



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

***DIVERSIDADES (INTER) CULTURAIS NA PRÁTICA CLÍNICA:
ESTUDO COMPARATIVO DA RELAÇÃO MÉDICO PACIENTE
EM PORTUGAL E FRANÇA NA CONSULTA PRIVADA DE
MEDICINA DENTÁRIA***

Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa
para obtenção do grau de Mestre em Medicina Dentária

Por

Sandy Marques Morais

Viseu 2013



UNIVERSIDADE | INSTITUTO DE
CATÓLICA | CIÊNCIAS DA SAÚDE
PORTUGUESA

***DIVERSIDADES (INTER) CULTURAIS NA PRÁTICA CLÍNICA:
ESTUDO COMPARATIVO DA RELAÇÃO MÉDICO PACIENTE
EM PORTUGAL E FRANÇA NA CONSULTA PRIVADA DE
MEDICINA DENTÁRIA***

Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa
para obtenção do grau de Mestre em Medicina Dentária

Por

Sandy Marques Morais

Sob a orientação de

Professora Doutora Filomena Capucho

Viseu 2013

AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Filomena Capucho, pelo apoio e colaboração prestados ao longo destes meses. Agradeço a disponibilidade sem falhas e os conselhos prodigados ao longo da redacção desta dissertação. Obrigada pelos encorajamentos, conversas, amizade e atenção que sempre teve comigo: foi uma verdadeira guia ao longo deste caminho.

Aos médicos dentistas, portugueses e franceses, que se demonstraram disponíveis em participar neste projecto: agradeço a confraternidade e confiança que disponibilizaram em mim.

Aos meus pais, Fernando e Lurdes, pelo amor, educação e apoio em todas as etapas da minha vida. Serei vos eternamente grata pelo sacrifício e pela liberdade de escolha que sempre me deram. Sempre fizeram tudo para que eu fosse feliz. Há cinco anos atrás, tiveram a força de me deixar voar das minhas próprias asas longe de vocês. Guardo em memória os momentos felizes sem esquecer me dos mais difíceis pelos quais passamos: é isto que faz a nossa família. Amo-vos simplesmente.

Ao meu irmão, Emmanuel – o meu puto - pelo amor, carinho e amizade. Porque longe de mim, crescestes e tornaste-te um homem do qual orgulho-me. Nunca te esqueças disto.

À minha “irmã”, Stéphanie. Obrigada por teres sido sempre presente ao longo destes cinco anos. Porque as minhas mais belas recordações foram contigo.

À minha “convertida portuguesa”, Anne-Laure. Nem a distância, nem os anos que passam conseguiram destruir a nossa amizade. Obrigada por continuares a ser esta amiga fiel e “sem limites”.

À todos aqueles que em 5 anos constituírem à minha “família de substituição”. Obrigada por me terem feito sentir em casa e terem contribuído à minha felicidade.

A todos os colegas de curso, pelos momentos partilhados, e por terem contribuído para o meu crescimento pessoal ao longo destes 5 anos.

« Les plus forts ne sont pas ceux qui ne tombent
jamais, mais ceux qui se relèvent toujours »

RESUMO

Tal como muitos outros profissionais, os médicos dentistas têm demonstrado uma vontade crescente de procurar novas oportunidades, exercendo a sua profissão fora do país de origem. Esta mobilidade progressiva torna necessário o conhecimento por parte dos médicos dentistas das diferenças (inter)-culturais na relação médico-paciente. A problemática subjacente ao tema de tese proposto leva-nos a reflectir sobre a existência de uma unidade cultural europeia na prática clínica, que ultrapassa as diversidades nacionais. Portugal e França poderão, pois, constituir exemplos possíveis dentro desta unidade.

Através da observação de 40 consultas (amostra de 4 médicos dentistas – 2 franceses e 2 portugueses – e 10 consultas para cada médico), pretendemos verificar se as diversidades culturais próprias a cada país permanecem visíveis ao longo da consulta e se influenciam os aspectos socio-comunicacionais da prática clínica. Através da observação da abordagem linguística e comportamentalista do médico dentista e do paciente, determinamos as diferenças e semelhanças culturais na relação médico paciente em Portugal e em França.

Da análise dos resultados, verificou-se a existência de semelhança linguística no discurso estabelecido entre médico e paciente, as diferenças culturais sendo mais visíveis na componente não verbal. Numa visão global, comprovou-se que os quatro médicos dentistas – independentemente da sua nacionalidade, género ou idade – demonstraram-se competentes em estabelecer uma relação médico paciente eficiente. Nesta perspectiva, ultrapassam-se as culturas nacionais alcançando uma cultura profissional - a dos médicos dentistas. Conseguindo um consenso sobre a existência de uma unidade cultural europeia na prática clínica de Medicina Dentária para além de diversidades locais ou nacionais, pretendemos com este trabalho melhorar o conhecimento dos médicos dentistas e estudantes da área sobre a relevância da comunicação (inter)-cultural em saúde.

Palavras-chave:

Comunicação em saúde; medicina dentária; relação médico-paciente; cultura; comunicação intercultural.

ABSTRACT

Like many other professionals, dentists have shown an increasing willingness to seek new opportunities, exercising their profession outside their country of origin. This gradual mobility should compel them to be aware of (inter)-cultural differences in the doctor-patient relationship. The problem underlying the main topic of our work leads us to reflect on the existence of a European cultural unity in clinical practice, which goes beyond national diversities. Therefore, Portugal and France may be possible examples within this unity.

By the observation of 40 consultations (sample of 4 dentists - 2 French and 2 Portuguese - 10 consultations for each doctor), our goal is to verify if the cultural features of each country remain visible throughout the consultation and influence the socio-communicational aspects of clinical practice.

In this investigation, we will examine the cultural influence in health communication by observing the dentist's and the patient's linguistic and behavioural attitudes, and we will determine the cultural differences and similarities in the doctor-patient relationship between Portugal and France.

Analysing the results, it was found that linguistic similarity in speech established between doctor and patient exists while the cultural differences are more visible in the non-verbal component. In an overall view, it was shown that the four dentists - regardless of nationality, gender or age - seemed competent to establish an efficient doctor-patient relationship. In this perspective, we overpass national cultures and reach a professional culture – the one of dentists. Having achieved a consensus on the existence of a European cultural unity in clinical practice of dentistry which goes beyond local and national diversities, we aim at improving the dentists' and students' knowledge about the relevance of (inter)-culture in health communication.

Key words

Communication in health surroundings; dentistry; doctor- patient relationship; culture; intercultural communication.

INDÍCE DE ABREVIATURAS

RMP: relação médico- paciente

FTA's: Face Threatening Acts

FFA's: Face Flattering Acts

(M): fala do médico dentista

(P): fala do paciente

V/NV: verbal/não verbal

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	1
I. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	7
1. O que entendemos por comunicação?.....	9
1.1. Conceito de comunicação	9
1.2. Comunicação verbal	11
1.2.1 Língua e linguagem.....	11
1.2.2 Estruturas de delicadeza.....	13
1.2.3 Modalidade	15
1.2.4 Formas de tratamento	16
1.2.5 Adequação do discurso	17
1.2.5.1 Registo de língua.....	17
1.2.5.2 Vocabulário	18
1.2.5.3 Pessoa verbal.....	18
1.3. Comunicação não verbal	19
1.3.1 Paraverbal	20
1.3.1.1 Voz.....	21
1.3.1.2 Silêncio	21
1.3.2 Proxémica	22
1.3.3 Quinésica.....	23
1.3.4 Cronémica.....	25
1.3.5 Aparência física e vestuário.....	25
1.4 A importância da comunicação em saúde	26
2. A relação médico - paciente.....	29
2.1 Definição e objectivos.....	29
2.2 Modelos comunicacionais existentes e reflexos das interacções médico paciente. ...	30
2.3 Parâmetros que influenciam a relação médico paciente.....	33
2.3.1 Características do médico	33
2.3.2 Características do paciente	36
2.3.3 Emoções do paciente.....	36
2.3.4 Ansiedade e medo dentários.....	37
2.3.5 Satisfação.....	38
2.4 Consentimento informado.....	39
3. A consulta em medicina dentária	43
3.1 Definição do conceito.....	43

3.2 A consulta de medicina dentária como ritual social	44
3.3 A negociação na consulta de medicina dentária	46
4. A relevância da (inter) cultura.....	49
4.1 Definição de cultura.....	49
4.2 Cultura e língua.....	50
4.3 Cultura em saúde – competências culturais em saúde/ visão da doença	53
4.4 O perfil de Médico europeu.....	54
II. INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA	59
1. Objectivos	61
2. Metodologia.....	63
2.1 Amostra	64
2.2 Participantes.....	64
2.3 Instrumentos.....	68
2.4 Procedimentos	68
2.5 Procedimentos legais e éticos	69
III. ANÁLISE DOS RESULTADOS.....	71
1. Resultados e discussão	73
CONCLUSÃO	87
BIBLIOGRAFIA.....	95
ANEXOS	103
ANEXO 1 – Índice de ilustrações	105
ANEXO 2 – Termo de Consentimento Voluntário, Esclarecido e Informado (França).....	109
ANEXO 3 – Termo de Consentimento Voluntário, Esclarecido e Informado (Portugal)..	113
ANEXO 4 – Grelha Sistematizada de Avaliação.....	117
ANEXO 5 – Observações das consultas francesas	121
ANEXO 6 – Observações das consultas portuguesas.....	161

INTRODUÇÃO

O nosso mundo encontra-se dominado pela comunicação: é através dela que interagimos com os outros e que nos tornamos parte integrante da sociedade. No entanto, a nossa capacidade para comunicar apresenta lacunas e, enquanto profissionais de saúde, temos o dever de melhorar a forma como comunicamos, conhecendo os mecanismos de funcionamento dos sistemas comunicacionais e relacionais.

Tal como muitos outros profissionais, os médicos dentistas têm demonstrado uma vontade crescente de procurar novas oportunidades, exercendo a sua profissão fora do país de origem. Um inquérito promovido pela ordem dos médicos dentistas portuguesa revela que o número de dentistas portugueses a exercer no estrangeiro está a aumentar, situando-se nos 12%.⁽¹⁾ Esta mobilidade progressiva torna necessário o conhecimento por parte dos médicos dentistas das diferenças (inter)-culturais na relação médico-paciente.

Vários estudos demonstraram a importância em reconhecer a cultura em saúde como um factor essencial na melhoria da eficiência da comunicação e da relação médico paciente estabelecida na consulta de medicina dentária. De facto, a consciencialização das especificidades culturais do ritual clínico, do estatuto dos diferentes intervenientes e da abordagem socio-interaccional do paciente permitiria reduzir os problemas inerentes à mudança de contextos nacionais, melhorando assim a adaptação a uma nova cultura. O multiculturalismo, associado ao sistema socio-económico que é a União Europeia, incita-nos a meditar sobre a necessidade em reconsiderar a prática médica e melhorar a qualidade da prestação e personalização da relação médico paciente em qualquer contexto nacional.

A problemática subjacente ao tema de tese proposto leva-nos a reflectir sobre a existência de uma unidade cultural europeia na prática clínica, que ultrapassa as diversidades nacionais. Portugal e França poderão, pois, constituir exemplos possíveis dentro desta unidade.

Inserindo-se na problemática acima descrita, o intuito deste estudo consiste em verificar - através da observação de consultas privadas de Medicina Dentária em França e Portugal - se as diversidades culturais próprias a cada país permanecem visíveis ao longo das consultas e se influenciam os aspectos socio-comunicacionais da prática clínica. Ao longo da investigação, teremos por objectivo analisar esta influência cultural através da observação da abordagem linguística e comportamentalista do médico dentista e do paciente, assim como determinar as diferenças e semelhanças culturais na relação médico paciente em Portugal e em França.

O presente estudo observacional sobre as diversidades (inter)-culturais existentes na prática clínica de Medicina Dentária é inovador, apesar da evidente e comprovada

importância do tema apresentado, adquirindo portanto um carácter exploratório. Desta forma, não é possível efectuar qualquer previsão de resultados nesta área específica da Saúde, pela escassez de meios de comparação.

A presente dissertação encontra-se organizada em diferentes capítulos, iniciando-se com uma introdução teórica do tema a desenvolver, seguida da metodologia e métodos implementados e utilizados para a obtenção de resultados, sucedendo-lhe a discussão dos mesmos e as conclusões alcançadas pela comparação com a revisão bibliográfica efectuada; por fim, apresentamos as referências bibliográficas consultadas, bem como, em anexo, os termos de consentimento informado francês e português, a grelha de avaliação sistematizada e as respectivas observações realizadas.

Com este trabalho, pretendemos melhorar o conhecimento dos médicos dentistas e estudantes da área sobre a relevância da comunicação (inter)-cultural em saúde, alcançando um consenso sobre o perfil do “novo médico dentista europeu”.

I. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

1. O que entendemos por comunicação?

1.1. Conceito de comunicação

O nosso mundo encontra-se dominado pela comunicação: é através dela que interagimos com os outros e que nos tornamos parte integrante da sociedade. Do latim *comunicare* “dividir alguma coisa com alguém” (2) (p.274), *comunicar* é um pressuposto inerente a todos os indivíduos. De facto, “a comunicação é uma condição sine qua non da vida humana e da ordem social”. (3) (p.13) Somos constantemente afectados pela comunicação, até a nossa “consciência de nós próprios depende da comunicação”. (3) (p.13) De facto, “desde o início da sua existência, um ser humano está envolvido no complexo processo de aquisição de regras de comunicação [...]”. (3) (p.13) Mas o que entendemos realmente por comunicar? Será que se prende apenas de uma partilha de informação como o pressupõe a sua etimologia?

O processo comunicacional ocorre quando é intencional, consciente e bem sucedido. (4) A comunicação pressupõe um compromisso e uma relação entre as duas entidades, que decorrem numa “compreensão mútua”: “para entender-se a si mesmo, o homem precisa ser entendido por um outro. Para ser entendido por um outro, ele precisa entender o outro”. (5) (p.237) A *comunicação*, sendo “the heart of who we are as human beings”(6) (p.5), é definida como a permuta de informação realizada através dum código ou sistema comum de signos e comportamentos, criando uns sentimentos mútuos de compreensão e empatia entre um emissor e um receptor. (7) O contacto entre as duas entidades estabelece-se por canais comunicativos permitindo, dentro dum contexto específico, a transmissão de mensagens, cujo conjunto constitui a interacção. (3) Esta definição comunicacional segue a concepção telegráfica de Jakobson. (8) Nesta perspectiva, os seis componentes referidos anteriormente (o *destinador* que utiliza um *código* para transmitir uma *mensagem* a um *destinatário* através de um *canal* situado num *contexto* específico) seriam suficientes para uma comunicação bem sucedida, desde que a mensagem fosse transmitida sem ruídos e decodificada pelo destinatário, que possui o mesmo código do que o destinador. (8)

A comunicação pode dividir-se em três áreas interdependentes: a sintaxe, a semântica e a pragmática. (9) A *sintaxe* ou técnica trata da transmissão da informação (3), e da precisão com a qual os símbolos da comunicação são transferidos através de código, canais, ruído e

outras propriedades da linguagem. (9) (3) A *semântica* trata do significado da mensagem e da preocupação em receber uma mensagem correspondente à enviada: para a mensagem ser transmitida com exactidão, o emissor e o receptor devem concordar antecipadamente sobre o significado, pressupondo que toda a informação partilhada siga uma certa convenção semântica. Finalmente, a *pragmática* preocupa-se com a eficiência com a qual a mensagem recebida afecta a conduta e o comportamento do receptor. (3, 9) Desta teoria, surgiram vários modelos comunicacionais baseados nestes três parâmetros. Um deles resume-se ao esquema seguinte:

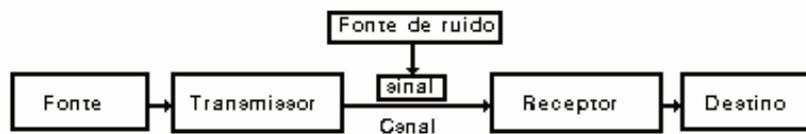


Ilustração 1 - Modelo comunicacional de Shannon e Weaver (9)

O modelo comunicacional de Shannon e Weaver, ou teoria da informação, pretende explicar como transmitir a informação de forma mais simples, económica e eficaz entre duas entidades, sejam elas seres humanos ou máquinas. A sintaxe transparece através da organização combinatória de sinais que constituem o código, a semântica através do sentido veiculado pelos sinais transformados em signos e a pragmática pelo efeito provocado pela mensagem no destinatário. (4, 9) Em simultâneo com os estudos de Shannon e Weaver, Lasswell, propôs uma versão verbal do modelo estabelecido, condensando 5 perguntas numa frase: “Quem? Diz o quê? A quem? Através de que canal? Com que efeitos?”. Cada resposta a estas perguntas abre o seu respectivo campo de estudo específico: assim, “quem?” define o estudo sobre os emissores; “o que?” trata da mensagem; a pergunta sobre o canal corresponde a investigação sobre os canais de comunicação; “a quem?” trata do estudo das audiências; e ao efeito, coincidem estudos sobre as audiências. (1, 4) Em contraste com o sistema de Shannon e Weaver, que não referenciava o valor interpessoal da comunicação, o modelo de Lasswell mantém uma concepção unívoca, linear e assimétrica da comunicação. (4)

Seguidamente, nos anos 50 e baseada nas reflexões dispersas em ciências sociais e humanas, a escola americana de Palo Alto reivindicou uma teoria geral da comunicação, doutrina melhor sistematizada por Paul Watzlawick. Esta teoria defende uma propriedade essencial ao comportamento humano: “por muito que um indivíduo se esforce, é impossível

não comunicar” (3) (p.45): não pode existir um não-comportamento, e todo comportamento numa interacção – actividade como inactividade, mensagem como silêncio - tem valor de mensagem. Essas mensagens influenciam os outros e os outros “não podem não responder a essas comunicações”. (3) (p.45) Por exemplo, um homem sentado num avião de olhos fechados comunica a sua vontade em não comunicar; os seus vizinhos recebem a mensagem e respondem adequadamente, deixando-o sozinho. Este intercâmbio tem tanto valor como uma conversa. Assim, comunicação e comportamento podem ser vistos virtualmente como sinónimos: todo comportamento, se interpretado, é comunicação e toda comunicação afecta o comportamento. Nesta concepção, a relação comunicacional estabelecida é bilateral, dependendo duma sequência de comportamentos entre dois intervenientes, ”sem que nenhum deles se limite a ser passivo da informação”. (4) (p.26)

A comunicação, base fundamental das relações interpessoais, não se resume só a palavras que constituem a base da sintaxe e da semântica mas inclui ainda todo o comportamento, verbal como não verbal, intencional ou não.

Vamos seguidamente demonstrar em que medida as linguagens verbal e não verbal são ferramentas fundamentais na interacção.

1.2 Comunicação verbal

1.2.1 Língua e linguagem

A comunicação verbal organiza-se como um jogo de linguagem por lances existentes entre interlocutores, que alternam da posição de emissor a receptor. Para além disso, devem falar a mesma língua, ou seja, ” partilh[ar] os códigos das suas mensagens e est[ar] de acordo sobre as regras da língua e da conversação”. (10) (p.21) Mais, “toute interaction verbale peut être envisagée comme une suite d’évènements dont l’ensemble constitue un “texte”, produit collectivement dans un contexte déterminé”. (11) (p.9)

Saussure, referido por Fairclough, define a *língua* como “a system or code which is prior to actual language use” idêntico para todos os membros duma mesma comunidade. (12) (p.20) Definido como um sistema socializado de signos, remete directamente a um conjunto de elementos que se determinam nas suas inter-relações” e no qual “tudo significa em função dos outros elementos”. (13) (p.21) Saussure (13) reconhece a língua como um elemento unitário e homogéneo da sociedade, facto que hoje em dia não se comprova, sendo as línguas

marcadas pela diversidade cultural inerente à sociedade actual. (14) A língua é o resultado de uma convenção social transmitida pela sociedade ao indivíduo. (15)

Por outro lado, Sapir considera a língua como sendo um sistema primário de símbolos fonéticos usado para expressar verbalmente pensamentos e emoções, próprios ao ser humano. (12) A língua assim definida, torna-se específica dos mamíferos superiores, considerando que “the gift of speech and a well ordered language are characteristic of every known group of human beings”. (16) (p.1) A língua é o resultado de uma convenção social transmitida pela sociedade ao indivíduo.(15)

A noção de língua remete directamente à função de comunicação da linguagem, a linguagem sendo vista como a forma mais comum de comportamento social. (12) Por linguagem, entende-se a faculdade inerente e universal que os indivíduos têm de construir e usar códigos – ou seja línguas – para comunicar e expressar os seus sentimentos. (12) A linguagem é própria do homem, é ela que permite ao homem pensar e agir e logo viver em sociedade. Sem a linguagem, o homem “não saberia como entrar em contacto com os outros [ou] como estabelecer vínculos psicológicos e sociais com esse outro que é, ao mesmo tempo, semelhante e diferente.” (17) (p.10) Fenómeno complexo, a linguagem não se pode resumir ao simples manuseamento de regras gramaticais e de palavras. No teatro que constitui a vida social, a actividade humana que é a linguagem exige um *savoir-faire* ou competência. (17) Esta competência toma vários aspectos. Não existindo linguagem fora de uma situação de comunicação, devemos dar relevância primordial à competência situacional, que nos obriga a considerar a finalidade de cada situação e a identidade dos participantes na troca comunicacional. (17) Mais, uma competência *semio linguística* será necessária para saber organizar a encenação do acto de linguagem, em função do objectivo pretendido (enunciativo, descritivo, narrativo, argumentativo) e das categorias que cada língua nos oferece. (17) Enfim, com a ajuda de formas verbais (gramaticais ou lexicais), a competência *semântica* é necessária para conseguir construir o sentido do enunciado. (17) O conjunto de competências aqui apresentado constitui o que se chama de *competência discursiva*. (17) É esta competência que nos permite produzir actos de linguagem portadores de sentido e de vínculo social, é esta competência que torna a linguagem como “o primeiro poder do homem”. (17) (p.11)

A noção de poder na linguagem e mais precisamente no discurso não pode ser vista como uma componente estática da interacção ou como um atributo inerente à posição socio estrutural dos participantes na interacção. (18) Considerado nas suas vertentes dinâmica,

complexa e multifacetada, o poder no discurso tem de ser visto como uma prática social durante a qual os indivíduos negociam as suas identidades, oscilando entre posições de dominantes a dominados. (18) A negociação criada será perceptível na interacção através da análise da dimensão discursiva do poder. A dimensão discursiva do poder distingue-se como o conjunto de estratégias discursivas utilizadas pelos locutores que lhes permite exercer poder sobre o interlocutor e gerir a relação de forças construída no e pelo discurso. (19) Este conjunto de estratégias constitui um sistema específico que determina e caracteriza a relação interpessoal construída em cada momento da interacção. Sendo a relação médico-paciente institucionalmente marcada por factores de poder, onde o médico ocupa uma posição mais alta e o paciente mais baixa, esta interacção constitui um caso de eleição para investigar as estratégias usadas por ambos para manter ou alterar essa relação. São estas estratégias linguísticas e verbais que iremos abordar em seguida.

1.2.2 Estruturas de delicadeza

Durante décadas, a *delicadeza* baseou-se em fórmulas estereotipadas e outras regras normativas, tornando-a num tema sem interesse para qualquer linguista. No entanto, realçou-se a impossibilidade de descrever com eficácia a comunicação estabelecida, sem ter em conta certos princípios de delicadeza, na medida que estes princípios regulam tanto a relação interpessoal como as regras linguísticas. (11) Tornando-se um fenómeno linguisticamente pertinente (11), consideramos que a delicadeza transcende todos os aspectos do discurso regulados por regras, tendo por objectivo a preservação do carácter harmonioso da relação. Brown e Levinson (20) construíram um modelo geral de delicadeza baseado na noção de "Face", princípio já desenvolvido por Goffman. Considera-se que todo ser social possui duas faces: uma face negativa, que Goffman – relatado por Kerbrat – Orecchioni - define como "os territórios do eu", compostos pelos territórios corporal, espacial e temporal constituídos pelos bens e reservas, materiais ou cognitivos (11); e uma face positiva, que corresponde ao narcisismo desenvolvido por cada um e ao conjunto das imagens valorizadas que os interlocutores constroem deles próprios e tentam impor na interacção. (11)

Bem que contraditórios pela terminologia, estes dois conceitos constituem componentes fundamentais e complementares de todo ser social. Brown e Levinson, através da ênfase da ligação existente entre os conceitos, elaboram a noção de "FTA – Face Threatening Acts" (20), a partir da qual se cria um sistema homogéneo de regras de

delicadeza. Os FTA designam os actos, verbais como não verbais, que constituem ameaças potenciais para as faces. Definimos:

- *o acto ameaçador para a face negativa do indivíduo que o executa*: por exemplo, quando um indivíduo faz uma promessa, compromete-se a realizar um acto que poderia lesar a curto ou médio prazo o seu próprio território; (11)

- *o acto ameaçador para a face positiva do indivíduo que o executa*: poderá ser uma desculpa, auto crítica ou outra auto-acusação, ou seja todo tipo de comportamento “auto degradante”; (11)

- *o acto ameaçador para a face negativa do indivíduo que é submetido a este acto*: ameaças territoriais tanto não verbais (ofensas proxémicas; contactos corporais inapropriados; agressões visuais, sonoras ou olfactivas) como verbais (perguntas indiscretas; comportamentos perturbadores ou constrangedores que limitam a liberdade de acção do indivíduo; actos directivos como a ordem, proibição, pedido, conselho; interrupção de palavra); (11)

- *o acto ameaçador para a face positiva do indivíduo que é submetido a este acto*: todo acto que ponha em perigo a auto-imagem positiva, como a crítica, a negação, o insulto, a censura. (11)

Kerbrat-Orecchioni considera a delicadeza como uma ferramenta útil na conciliação entre o desejo de preservação das faces e a ameaça representada pela maioria dos actos de linguagem. Para suavizar os FTA, surge a noção de "Face Flattering Act" (FFAs), ou seja de actos valorizantes para a face. (21)(p.140) Estes actos têm um efeito positivo nas faces, sendo realizados quando queremos lisonjear outrem, quando se oferece uma prenda ou quando se corteja a outra pessoa, para que a mesma se sinta confortável. (11) Todo acto de linguagem pode assim ser descrito como um FTA, um FFA ou como um conjunto destes dois componentes (21): o elogio, por exemplo, será visto como um acto híbrido, sendo tanto um FTA para a face negativa do indivíduo elogiado, como um FFA para a sua face positiva. Nesta situação, o FFA será preponderante sobre o FTA. Os actos mistos podem ser suavizados e reforçados simultaneamente. (21)

Nesta perspectiva, a delicadeza oscila entre uma delicadeza negativa – que consiste em evitar ou suavizar a realização de FTA – e uma delicadeza positiva – que consiste em realizar

um FFA, de preferência reforçado. (11), A delicadeza é, pois, redefinida como um conjunto de estratégias que visam o manuseamento e a valorização das faces na interação.

Estando o conceito de delicadeza directamente ligado à noção de poder (18), os fenómenos verbais como não-verbais (11) inerentes às estratégias de delicadeza empregadas serão considerados de relevância central na análise da relação interpessoal e de poder estabelecida.

1.2.3 Modalidade

A *modalidade* é um conceito importante que possibilita analisar os valores de autoridade partilhados numa relação estabelecida: constitui a componente semântica ou marca linguística através da qual se manifesta “[1] attitude du locuteur para rapport au contenu propositionnel de son énoncé”. (22) (p.61)

A modalidade refere a um conjunto de realidades linguísticas muito diversas chamadas de “modalisateurs” sendo elas “une expression linguistique, un morphème, un procédé typographique, ou bien un phénomène prosodique, qui marque le degré d’adhésion du sujet de l’énonciation à l’égard du contenu des énoncés qu’il profère.” (23) (p.21) Distinguímos os modos gramaticais; os tempos; os auxiliares de modalidade como *poder* e *dever*; as negações, afirmações, interrogações e ordens; os verbos modais como *saber* e *querer*; e advérbios modais como *certamente*, *provavelmente*, etc. (24)

Os marcadores de modalidade expressam “la prise de position [du sujet] dans son énoncé”. (25) (p.27) Logo, o modo imperativo poderá manifestar uma ordem estrita ou um pedido educado enquanto o modo condicional manifestará um conselho ou desejo. Mais, os auxiliares de modalidade como *poder* e *dever* terão tanto valor aléctico – que expressa o possível, impossível, o necessário; deôntico - que determina noções como a obrigação, a proibição ou a permissão; como epistémico – que refere aos valores de certeza, possibilidade e probabilidade, dependendo do conhecimento do locutor sobre a verdade ou falsidade do conteúdo do seu enunciado. Segundo a modalidade usada, será implícita a relação de poder existente na interação desenvolvida.

1.2.4 Formas de tratamento

Entende-se por *formas de tratamento* o conjunto de expressões que o locutor possui para designar o destinatário da mensagem. (11) Além de referir o receptor da mensagem, tem um valor relacional que permite estabelecer o tipo de ligação social existente entre as duas entidades. (11) Reconhece-se o uso de formas pronominais da segunda e terceira pessoa do singular e plural (“tu” “vous”/ “tu” “você”), bem como a existência de expressões nominais susceptíveis de serem usadas para determinar o locutor. (11) Assim, distinguimos:

- os antropónimos: nomes, apelidos, diminutivos, alcunhas. Frequentemente, no português europeu, empregam-se estas formas nominais antecedidas do artigo “o” ou “a”; (11, 26)

- as ligações de relacionamento familiar (nomes de parentesco), literais ou metafóricas;(11)

- os apelativos como Monsieur/Madame/Mademoiselle ou Senhor/Senhora/Menina: são formas de respeito ou de cortesia. *Dona* aplica-se em senhoras de qualquer classe social; (11, 26):

- os títulos de nobreza: Duc, Maître; Dom, etc.; (11, 26)

- os nomes abstractos e protocolares que se aplicam aos ocupantes dos cargos como *Votre Excellence, Votre Grâce/ Vossa Excelência, Vossa Reverência;* (11, 26)

- os títulos de profissão(11): em Portugal, um interlocutor, ao dirigir-se a um indivíduo que possui título profissional ou exerce determinado cargo, costuma fazer acompanhar as formas “o Senhor” e “a Senhora” da menção do respectivo título ou cargo: “o Senhor Engenheiro”, “o Senhor Doutor”. (26) Igualmente, o título de doutor é de uso bastante generalizado. Não só o recebem os médicos e os que defenderam tese de doutoramento mas também, e de forma indiscriminada, todos os diplomados por escola superior; (26)

- os termos precisos que relatam a natureza da relação das entidades; (11)

- os termos afectivos. (11)

Estas diferentes categorias apresentam logo maior valor semântico, comparativamente com as formas pronominais que só nos dão a informação sobre a distância e hierarquia

existente. Assim, estas formas de tratamento têm várias funções essenciais ao estabelecimento da relação (11): por um lado, no ato de fala em si, tornam-se úteis na fase do ritual de agradecimentos e cumprimentos, e permitem regular o tempo de fala dado a cada um, otimizando assim a mecânica da conversa estabelecida.(11) Por outro lado, no aspecto relacional da interação, são fundamentais na negociação das identidades e na relação interpessoal. Permitem expressar da forma mais precisa a natureza da relação existente entre os diferentes interlocutores. Estes diferentes marcadores são grande ponto de interesse para o linguista, que consegue observar a interpenetração no discurso da gramática e do cultural. (11)

1.2.5 Adequação do discurso

Parece inútil ter uma linguagem correcta se não conseguirmos adaptar-nos verbalmente ao nosso interlocutor A adequação do discurso, sendo um conceito ditado por uma determinada cultura, num preciso local e num dado período de tempo, parece constituir uma ferramenta essencial de uso na consulta de medicina dentária. Mas através de que princípios esta adequação é perceptível?

1.2.5.1 Registo de língua

Para que a comunicação se efectue é preciso a existência de um código comum que nos permite falar a mesma língua. No entanto e como referido anteriormente, a língua, quer seja portuguesa ou francesa, está sujeita a várias influências que nos levam à constatação que existem vários registos de língua. Tanto o vocabulário, a sintaxe, como a pronúncia variam em função das situações de comunicação e dos perfis dos interlocutores. (2) Assim, os linguistas distinguem quatro tipos de registos em ordem crescente de formalidade e elaboração:

- linguagem familiar (10): linguagem descuidada e incorrecta;
- linguagem comum (10): “conjunto de palavras, expressões e construções mais usuais”. A língua é simples mas correcta;
- linguagem cuidada (10): o vocabulário empregado é mais preciso e raro; a sintaxe é mais elaborada que na linguagem comum;

- linguagem oratória (10): cultiva efeitos sintáticos, rítmicos e sonoros; usa elementos retóricos.

Estes registos de língua são essenciais no bom funcionamento da comunicação. Os interlocutores deverão ter deles consciência, tentando sempre adaptar a própria linguagem. A norma linguística será aquela que permite um discurso claro e preciso, variando de acordo com a situação, no objectivo de favorecer sempre a comunicação. Assim, a escolha do registo implicará uma “avaliação precisa da situação e dos elementos linguísticos” assim como “uma aquisição e aprendizagem de tais elementos”. (10) (p.33)

1.2.5.2 Vocabulário

O vocabulário usado nas consultas de medicina dentária é uma verdadeira ferramenta activa do processo comunicativo na interacção entre médico e paciente. Médicos dentistas possuem dois vocabulários: o *do dia-a-dia* e o médico. A maioria dos médicos referem usar um vocabulário do dia-a-dia com os pacientes mas, por vezes, torna-se difícil diferenciar claramente estes dois vocabulários, principalmente na fase de discussão de escolha de tratamento. Igualmente, e apesar dos pacientes apresentarem uma compreensão básica de certos termos médicos, ainda não estão totalmente familiarizados com este vocabulário. De facto, o uso de vocabulário médico específico é visto por parte dos pacientes como um problema enquanto o uso do vocabulário do dia-a-dia é visto como promotor de melhor compreensão da situação médica. Seria então de esperar que os profissionais de saúde usassem um vocabulário adequado aos pacientes, assim como estratégias comunicativas no intuito de minimizar os mal-entendidos e maximizar a eficácia da interacção, satisfação e adesão ao tratamento por parte do paciente. (27)

1.2.5.3 Pessoa verbal

Tanto a gramática francesa como a portuguesa possuem sistemas de pessoais verbais. A escolha da pessoa verbal a utilizar é dependente da natureza do poder e solidariedade existentes na relação. (12)

Assim, a teoria de Brown e Gilman (1960) e Brown e Ford (1961) sobre os sistemas de uso de pessoa verbal (20) consiste em considerar duas grandes categorias de formas,

representadas por T e V (tu/tu e você/vous). O uso de um ou outro depende da distância ou solidariedade e o estatuto ou poder existentes entre as duas entidades.

Assim, na relação estabelecida entre duas entidades, se o uso é recíproco, T será símbolo de intimidade e V de distância; num uso não recíproco, T e V expressarão uma diferença de estatuto hierárquico entre as entidades. (11) Nas línguas ocidentais, o pronome pessoal da segunda pessoa constitui um dos elementos mais usados no sistema de referência à pessoa. Na língua francesa, existem duas formas, uma expressando uma relação “familiar” - *tu*, a outra uma relação “distante” - *vous*. Em português, duas formas concorrem: o *tu* e o *você* (com utilização verbal da terceira pessoa do singular). (11) No português europeu normal, o “tu” é empregado na forma própria de intimidade, usado entre familiares ou colegas de faixa etária igual ou próxima. Num objectivo de igualdade, o seu uso tem-se alargado tendendo a ultrapassar os limites da intimidade estabelecida entre as entidades. (26) O “você” emprega-se, fora do campo da intimidade, como tratamento de igual para igual ou de superior para inferior (idade, classe social, hierarquia). Em certas camadas sociais altas, é aplicado como forma carinhosa de intimidade. Usar “você” de inferior para superior ainda parece impossível, apesar de certo alargamento recente do seu uso. Neste caso, o uso de título ou de nome do interlocutor parece ser preferível. (26) Quanto à forma pronominal do sujeito da segunda pessoa do plural “vós”, desaparece de forma progressiva na linguagem quotidiana, sendo muito frequentemente substituído pela forma “vocês”. A forma *vós* parece restringir-se actualmente ao discurso religioso ou à linguagem de certas regiões portuguesas continentais como a Beira Alta e Baixa e os Trás-os-Montes. (14)

1.3 Comunicação não verbal

Como já referido anteriormente, mesmo que um indivíduo pare de falar, não deixa de comunicar através da linguagem do corpo. Assim, “o que diz pode vir ou não a propósito, mas não deixa de comunicar algo. Os actores sociais participam num sistema em que todo o comportamento fornece uma informação socialmente pertinente. Nada acontece por acaso. Todo o olhar, todo o gesto, inclusive todo o silêncio se integra numa semiótica geral. Todas as formas de comportamento fazem parte da apresentação de si.” (28) (p.710) O que entendemos por não verbal e em que medida é que a comunicação não verbal se relaciona com a verbal? Que interesse apresenta a comunicação não verbal?

A *comunicação não verbal* “qualifica a interação humana, imprimindo sentimentos, emoções, qualidades e um contexto que permite ao indivíduo não somente perceber e compreender o que significam as palavras, mas também compreender os sentimentos do interlocutor”. (29) (p.164) Distinguem-se dois grupos: o para verbal (voz, riso, etc.) e o não verbal propriamente dito (quinésica, proxémica, etc.). (30) Uma mensagem não verbal relaciona-se sempre com uma mensagem verbal: assim, o não verbal poderá substituir, reforçar ou contradizer uma mensagem verbal. (31) De facto, as nossas culturas implementaram gestos que conseguem substituir e traduzir facilmente mensagens verbais breves como um “olá” ou um “sim”. Igualmente, um simples movimento de mão ou um silêncio poderá enfatizar certa parte da mensagem verbal, facilitando a compreensão, por parte do destinatário, do que é realmente importante na mensagem. Assim, o que é dito será modificado pela maneira do como é dito. O não verbal parece ter um impacto cada vez mais crescente no nosso quotidiano: a crença popular é de considerar que o não verbal transmite informação sobre as nossas intenções e emoções. Assim, os nossos movimentos, expressões faciais ou qualidades vocais não poderão ser simulados e situações de não autenticidade serão detectadas de imediato. (31) A investigação negligenciou durante muitos anos os componentes não-verbais da comunicação entre médico e paciente, em detrimento dos componentes verbais da interação. Na doença, que envolve emoções como o medo, a ansiedade ou a incerteza, os pacientes ficam atentos a qualquer sinal que possa transmitir informações sobre a gravidade, o curso e o prognóstico da doença, demonstrando logo grande sensibilidade e observação da comunicação não verbal realizada pelo médico. (27) Se o paciente observar inadequação entre a parte verbal e não verbal do médico, essa inconsistência poderá ser vista como uma "falta de autenticidade", e provocará a falta de uma das condições fundamentais duma boa relação médico paciente. (27)

1.3.1 Paraverbal

O *paraverbal* prende-se com o estudo do fenómeno vocal, ou seja, tudo o que se adiciona à linguagem e que ajuda a processar a maneira como o discurso é dito. (31) Divide-se em duas componentes: as qualidades vocais (ritmo, ressonância, articulação, etc.) e as vocalizações ou ruídos (choro, riso, grito, silêncios...). A voz, independente da componente semântica da mensagem vocal, fornece numerosas informações sobre o estado emocional do

interlocutor. Igualmente, dá indícios sobre a personalidade do interlocutor. Assim, um indivíduo activo e dinâmico é caracterizado por aumentar a sonoridade, o ritmo, o timbre e o fluxo de palavras. (31) Finalmente, nenhum estudo comprova que os fenómenos vocais sejam semelhantes duma cultura para outra.

1.3.1.1 Voz

A voz é o resultado da associação existente e coordenada entre as paredes da cavidade bucal e a musculatura da língua, da faringe e da laringe, conjugados às cordas vocais, essenciais à emissão de sons. O som será obtido pela vibração criada pela passagem de ar. (30) A voz é função de vários atributos: entoação, ritmo, volume e débito são factores essenciais a considerar. O volume vocal é uma das condições de uma comunicação verbal efectiva, um baixo volume vocal podendo interferir com uma correcta transmissão da mensagem. Apesar do volume vocal não ser necessariamente função da personalidade, uma grande intensidade vocal poderá ser símbolo de poder. (31) Mais, considera-se que os níveis vocais variam consideravelmente duma cultura a outra. (32) Entende-se por débito ou fluxo o número de palavras debitadas num período de tempo determinado, sendo este em média de 125 a 150 palavras por minutos. Não existe fluxo perfeito, sendo efectivo quando adaptado ao conteúdo verbal da mensagem e ao receptor. (31) Igualmente, o ritmo terá a sua importância no discurso: pausas contínuas e associadas a vocalizações como “hum” anulam a efectividade da comunicação enquanto pausas breves e silenciosas enfatizam a mensagem verbal. (31) Este acto voluntário, que é a voz, é um transmissor directo das nossas emoções: por isso, na consulta de medicina dentária, o profissional de saúde deverá estar atento às possíveis modulações de voz apresentadas pelo paciente, fornecendo informações directas sobre o estado emocional do paciente (dor, medo, ansiedade, etc.); quanto ao médico dentista, deverá aprender a modelar a sua voz em função das circunstâncias e diferentes fases da consulta. (30)

1.3.1.2 Silêncio

O silêncio é um meio modulador activo da comunicação que permite controlar a interacção de forma hábil. Pode suscitar a preocupação, como permitir reflectir e controlar as emoções. Na consulta de medicina dentária, é alternado com a palavra, dando ritmo à interacção estabelecida. (30)

1.3.2 Proxémica

Entende-se por *proxémica* “the study of the use and perception of social and personal space”. (33) (p.14) Quando duas pessoas querem comunicar, a posição ocupada para cada um no espaço não é fruto do acaso; isto é, em função da relação e da comunicação que pretendemos estabelecer, respeitamos certas distâncias relacionais físicas. Assim, as relações humanas descrevem-se segundo quatro tipos de distâncias: a íntima, a pessoal, a social e a pública, cada distância sendo dividida numa zona próxima e numa zona afastada. (34)

Na distância íntima, “the presence of another person is unmistakable and may at times be overwhelming because of the greatly stepped up sensory inputs”. (31) (p.105) Situa-se numa distância definida entre 0 e 40 cm (34), distância observada entre dois indivíduos com grande intimidade. (30) Na zona próxima, qualquer tema discutido é considerado secreto enquanto na zona afastada discute-se de factos confidenciais, a voz sendo um murmúrio. (31)

Em seguida, define-se a distância pessoal como sendo “a small protective sphere or bubble that an organism maintains between itself and others”. (31) (p.106) Os tópicos discutidos são pessoais, a distância sendo propícia para a comunicação. (30) A distância é incluída entre 45 a 125 cm. (34) A zona próxima é reservada a relações muito próximas enquanto a zona afastada é confortável para uma conversa entre amigos. (31)

A distância social, incluída entre 125 a 210 cm (30, 34), é descrita como uma distância psicológica na qual a zona próxima se adequa para conversas em eventos sociais e a zona afastada para reuniões de empresa. (31) Esta distância permite uma percepção completa da pessoa.

A distância pública, a maior de todas e incluída entre 210 a 750cm (30, 34), existe somente nas relações humanas e corresponde a troca de sinais de mão na rua. Na zona próxima, será usado um grande volume vocal e uma linguagem formal enquanto na zona afastada, o interlocutor deverá usar movimentos corporais e maior volume vocal. (31)

Como resultado destas distâncias estabelecidas, o conteúdo da mensagem e o volume vocal variam consoante a distância existente entre os comunicadores. Mais, é de realçar que a proxémica varia em função das culturas. A investigação faz a distinção entre culturas de *contacto ou alto contacto* ou de *não ou baixo contacto*. (34, 35) Os indivíduos do primeiro grupo comunicam *face a face* com mais frequência, diminuem as distâncias entre

interlocutores com mais facilidade, bem como estabelecem com mais frequência o contacto físico e ocular, em comparação ao segundo grupo. (35) As culturas árabes, latino americana e do Sul da Europa constituem culturas de contacto enquanto as culturas asiáticas e do Norte da Europa pertencem ao grupo de não contacto. (34, 35) Estas diferenças proxémicas podem levar a dificuldades comunicacionais entre culturas (34): assim, um olhar intenso poderá ser interpretado como irrespeitoso para população do Norte enquanto a falta dele será símbolo de falta de atenção ou indelicadeza por parte de população do Sul. (35)

1.3.3 Quinésica

A *quinésica* é o conjunto de movimentos que englobam gestos, movimentos corporais (pernas, braços, pés, mãos), expressões faciais (sorrisos), movimentos oculares e postura. (31, 33) Estes movimentos expressam, de forma voluntária ou não, os nossos desejos, sentimentos ou angústias. Relativamente aos gestos, reconhece-se duas grandes categorias: os independentes e dependentes do discurso. (31) Os independentes do discurso – ou gestos parasitas (30) não são relacionados com o discurso mas podem possuir tradução verbal consistindo numa palavra ou numa frase. Cada cultura ou subcultura acorda-se sobre o significado de cada tradução verbal (p.e. V da Vitória). Os dependentes do discurso acompanham o discurso, ilustrando o que está a ser dito. Estes movimentos podem realçar uma frase ou uma palavra. (31) Uma grande quantidade de gestos poderá exprimir o carácter expansivo e demonstrativo do indivíduo, gestos lentos ou calmos e gestos poucos amplos uma possível timidez. No entanto, estas noções devem ser ponderadas devido à existência de diferenças culturais ou geracionais. (30) Relativamente à consulta de Medicina Dentária, será importante o profissional de saúde detectar os gestos de ansiedade do paciente. Mais, o médico deverá controlar a sua própria produção gestual para evitar gestos involuntários – podendo ser vistos com uma agressão do território íntimo do paciente – ou o contágio do paciente com o seu próprio stress. Nos gestos, incluímos também os apertos de mão: visto com ritual de reconciliação, o aperto de mão é sabido nas nossas culturas como parte integrante do cerimonial de acolhimento. Os estudos efectuados até agora não denotaram diferenças no aperto de mão consoante a idade, o género, o estatuto socio- económico ou a delicadeza. (30)

As expressões faciais são uma verdadeira fonte de comunicação não verbal: de facto, conseguimos constantemente ler expressões nas faces das pessoas; a face humana é tão móvel que em poucos segundos consegue transmitir sentimentos tão variados como a surpresa ou o aborrecimento. (31) Conclui-se que as expressões faciais são constantes duma cultura a outra, as diferenças culturais sendo visíveis “in the circumstances which elicit an emotion, in the action consequences of an emotion and in the display rules which govern the management of facial behaviour in particular social settings”. (36) (p.64) As expressões faciais constituem uma ferramenta de extrema importância na consulta de Medicina dentária, a mímicas transformando-se num meio de detecção da colaboração do paciente: uns músculos faciais crispados – por exemplo os lábios - serão símbolo de ansiedade, enquanto uma cara relaxada sinalizará confiança e descontração. O movimento das sobrancelhas tem igualmente a sua relevância: duas sobrancelhas levantadas de metade poderão traduzir medo, enquanto uma só transmitiria cepticismo. Quanto ao sorriso e devido à importância que lhe é dada em Medicina Dentária, o sorriso não pode ser considerado como um simples movimento muscular. Sorrir é “a human social display that is universal”. (37) (p.42) Visto como um instrumento eficaz de comunicação conjuntamente com o olhar, o sorriso tem uma função relacional, reflectindo uma imagem de confiança e de positivismo. Sendo assim, terá uma incidência directa sobre a relação médico paciente instaurada. (30)

Relativamente aos movimentos oculares, entendemos por oculésica “the study of the role of eye contact in communication”. (31) (p.117) Segundo certos investigadores, o maior controlo muscular existente da parte inferior da face - em comparação ao existente em redor dos olhos - sugere a transmissão através do olhar de mais espontaneidade, sendo revelador da personalidade e do pensamento do indivíduo. Socialmente, o olhar utiliza-se segundo o contexto comunicacional, o género e estatuto socioeconómico dos interlocutores. Estima-se que durante uma interacção comunicacional, passamos 30 a 60% do tempo em contacto ocular com os outros: fixando uma pessoa com o olhar, podemos convidá-la a participar na interacção, a pessoa podendo rejeitar ou não o convite, desviando ou não o olhar. (31) Um contacto ocular frequente é símbolo de afecto e interesse, tornando-se demonstrativo da personalidade do indivíduo. Um indivíduo capaz de olhar para outro demonstra sinceridade e boas intenções. Assim, uma pessoa com necessidade de dar auxílio mantém o contacto ocular num maior grau do que o normal. (38) A investigação relativa à importância do olhar na consulta de Medicina Dentária revela que, em situação comunicacional, o desvio do olhar por

parte do médico será visto como um desinteresse, o paciente parando logo qualquer forma de fala. (30)

1.3.4 Cronémica

A *cronémica* pode definir-se como a maneira que as pessoas têm de usar e definir o tempo, diferindo entre culturas. Logo, para entender as várias percepções existentes de cronémica, será importante primeiro entender a cultura na qual se enquadra a noção de tempo. (33) A cronémica constitui parte do ambiente comunicacional e tem um papel fulcral na interacção social. Hall defende duas concepções do tempo: uma dita de tempo monocrómico, apreciado como linear e segmentado, e uma segunda dita de concepção policrómica. (31) Na primeira perspectiva, os indivíduos realizam um acto de cada vez, seguindo um agendamento bem definido. Na segunda, vários actos podem ser executados simultaneamente, os atrasos e as interrupções sendo possíveis. (31) Esta noção de tempo é essencial para controlo da interacção entre dois indivíduos, sendo dado o poder na comunicação ao indivíduo que domina os padrões cronémicos estabelecidos. (33) Estes padrões cronémicos existentes regulam a hora dos acontecimentos e encontros, assim como a duração e o ritmo da interacção. Relativamente à consulta de Medicina Dentária, o uso do tempo de forma apropriada é um requisito essencial a uma consulta eficaz. O tempo médio de consulta é de trinta minutos, podendo variar de quinze a quarenta e cinco minutos. Certos estudos demonstraram que, em consultas mais longas, se consagrava mais tempo a assuntos psicossociais, provocando maior satisfação dos pacientes. (30)

1.3.5 Aparência física e vestuário

A aparência física é constituída por características corporais (altura, estatura), elementos naturais (cabelo, pele) e outros elementos ditos “artefactos” (vestuário, acessório, maquilhagem, tatuagem, piercings, etc.). A aparência física constitui o primeiro elemento não verbal detectado num primeiro encontro. (30, 31) O próprio comprimento do cabelo pode afectar a percepção e a interacção humana. Os vários tipos de pigmentação melanítica determinam a cor de pele, enquanto diferentes tipos de corpo podem ser associados a certos tipos de personalidade. Vários exemplos na nossa vida quotidiana sugerem que a roupa tem um papel importante nas relações interpessoais: Knapp e Hall referem a relevância da roupa nas primeiras impressões, sendo o primeiro elemento que as mulheres reparam num primeiro encontro. (33) Um estudo de Lefkowitz, Blake e Mouton demonstra que a roupa não tem só

uma função particular, mas é influenciadora do comportamento dos indivíduos. (39) Por outro lado, o vestuário pode fornecer informações sobre o sexo, a idade, a nacionalidade e o estatuto socioeconómico, bem como a ligação com um grupo específico, a personalidade e ainda interesses e valores. A própria roupa deixa-nos expectantes sobre o comportamento do indivíduo que a veste: assim, um paciente, ao visualizar um médico dentista bem arranjado e com bata imaculada, associará higiene do consultório assim como competência profissional do médico. Os estudos existentes sobre o papel exacto da aparência física e vestuário na comunicação não verbal são ainda insuficientes. No entanto, sabe-se que constituem parte integrante dos estímulos não-verbais que influenciam as respostas interpessoais e que, em parte, são os determinantes principais de tais respostas.

1.4 A importância da comunicação em saúde

Entende-se por *comunicação em saúde* o “estudo e utilização de estratégias de comunicação para informar e para influenciar as decisões dos indivíduos e das comunidades no sentido de promoverem a sua saúde”. (40) (p.615) Ao nível individual, a comunicação é essencial no processo avaliativo feito pelos utentes na qualidade de serviços prestados. De facto, a satisfação final dos utentes é em grande parte influenciada pelas capacidades comunicacionais dos profissionais com os quais interagem. Mais, comunicar aparece como capital no processo de aceitação da doença por parte do utente. Assim, uma transmissão adequada da informação poderá influenciar positivamente o controlo da ansiedade do paciente perante os sintomas da doença, assim como a própria relação estabelecida com os técnicos de saúde, alcançado um bem-estar psicológico. (40) A comunicação consegue finalmente influir comportamentos protectores e estilos de vida mais saudáveis ao paciente, tanto na adesão ao tratamento e no seguimento das recomendações de saúde, como em medidas de auto-cuidado e prevenção. (40) Ao nível colectivo, a comunicação facilitaria a adopção por parte de todos de normas contribuindo para a melhoria drástica da saúde e qualidade de vida, possibilitando mudanças positivas nos ambientes socioeconómicos e físicos e assim melhorando a acessibilidade aos serviços de saúde. (40) Apesar da inovação tecnológica existente para realização do diagnóstico e posterior tratamento, a comunicação permanece o primeiro instrumento através do qual se obtém informação essencial à elaboração da fase terapêutica. (27) Desde as duas últimas décadas, a comunicação entre médico e paciente apresenta um interesse crescente na literatura especializada, onde se definiram vários objectivos à comunicação em saúde: primeiro, a comunicação em saúde possibilita a criação duma boa relação interpessoal entre o

paciente e o profissional de saúde.(27) Segundo Roter and Hall, “talk is the main ingredient in medical care and it is the fundamental instrument by which the doctor-patient relationship is crafted and by which therapeutic goals are achieved”. (41) (p.35) O processo comunicativo desperta sentimentos como a empatia, o respeito, a autenticidade, a aceitação incondicional e a cordialidade, pré-requisitos essenciais para a obtenção de resultados ótimos. Depois, a comunicação estabelecida permite uma troca de informação, tanto pela dádiva como pela pesquisa de informação. O médico precisa de informação para estabelecer um correcto diagnóstico e um plano de tratamento, enquanto o paciente precisa saber e entender, ou seja conhecer a origem do seu problema. (27) O paciente tem o desejo de se sentir considerado, não só como simples fornecedor de informações sobre a sintomatologia referida, mas também como verdadeiro actor na situação médica. O médico deve então tentar evitar de subestimar este novo papel do paciente. Finalmente, a comunicação existente entre pacientes e médicos deve permitir a partilha de decisão acerca do tratamento: nas três últimas décadas, evoluímos duma visão paternalista onde o médico decidia da opção terapêutica a seguir, sem tomar em consideração a opinião do paciente, a uma visão de partilha de responsabilidade na decisão terapêutica. (30, 42) Nesta nova visão, tanto as recomendações do médico como as preferências do paciente serão ponderadas. No entanto, esta situação só será possibilitada se o terapeuta, dependendo dos seus valores e crenças, oferecer ao paciente a hipótese de participar na decisão terapêutica. (27)

2. A relação médico - paciente

2.1 Definição e objectivos

A relação médico-paciente (RMP) constitui a pedra angular da prática médica: num contexto não igualitário e profundamente assimétrico (43) (30) (44), entende-se por *relação médico-paciente* a interacção e relação interpessoal estabelecidas entre o médico e o paciente (45), na qual a boa comunicação criada permite alcançar “a higher level of patient satisfaction and better compliance”. (45) (p.2) Esta relação é objecto de esperança mútua: a RMP é criada quando um paciente, diminuído e inferior pela sua impotência técnica em curar-se, solicita ajuda médica, o profissional de saúde providenciando com o seu poder de cura um serviço médico, incluindo o diagnóstico e tratamento do paciente. (30, 37, 46) Cada relação estabelecida é única, dependendo do contexto, cultura, objectivos e expectativas de ambas as partes. Em contrapartida, sem uma boa RMP, “it is not possible to establish a productive treatment alliance between the counterparts and to achieve many importante goals of practice”. (47) (p.111) A natureza complexa (48) da relação médico paciente pode ser resumida pelo seguinte esquema.

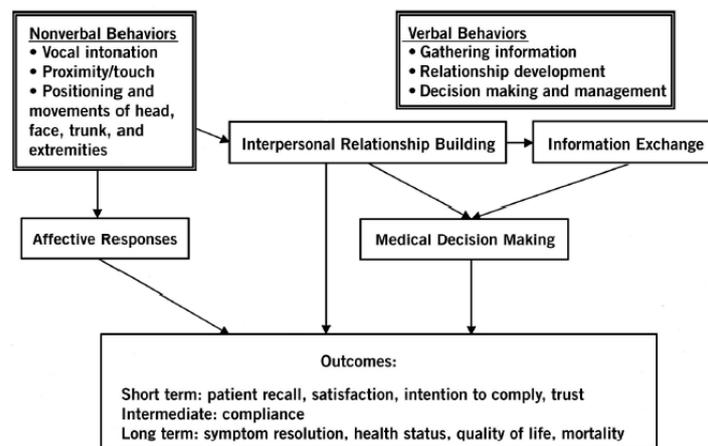


Ilustração 2 - Relação médico-paciente segundo Beck (65)

No entanto, a medicina dentária deve encarar novos e números desafios similares a muitas outras profissões: de facto, o mundo actual está marcado tanto por avanços nas tecnologias de

informação e comunicação, como por novas forças de mercado que originam novos modos de vida. (48) Assistimos a uma remodelação tanto do ambiente social como profissional, que afecta directamente a medicina dentária. O impacto provocado nos pacientes merece, assim, especial interesse: estas remodelações sociais afectam tanto directa como indirectamente os valores, pedidos, expectativas e percepção da medicina dentária por parte dos pacientes. Os médicos dentistas encontram-se perante uma nova comunidade de pacientes mais informados – os pacientes tendo maior acesso à informação de saúde - e mais preocupada com a qualidade dos cuidados de saúde e os seus direitos. Tornam-se assim mais envolvidos no processo dentário e participativos na decisão de tratamento. (48) O paciente aparece como um consumidor da indústria de saúde, a medicina tornando-se um objecto de consumo de massa, muito para além dos cuidados de saúde tradicionalmente vistos como primários. (4) Contudo, o bem-estar e a promoção do maior interesse do paciente sendo parâmetros que não podem ser comprometidos por quaisquer forças mercantis ou pressão social, a prática médica orientada pela doença evolui para uma prática orientada pelo paciente, na qual a satisfação do paciente se torna sinónimo de sucesso e de qualidade do serviço prestado. Por outro lado, a imagem que o paciente constrói do médico está em constante evolução: devido ao aumento do nível cultural dos doentes através duma maior alfabetização e escolarização da população em países desenvolvidos, o doente tem cada vez mais tendência em não reconhecer ao médico outra superioridade que não a técnica, diminuindo a incidência cultural e social desta superioridade. (4) O paciente torna-se mais crítico em relação ao efectivo poder do clínico, bem como aos seus raciocínios e decisões, oscilando entre as imagens de médico como anjo salvador e como sábio perverso.(4) Mais, a crescente consciência e reconhecimento dos direitos próprios do doente, assim como a promoção da sua autonomia, levam-nos a reflectir acerca dos vários modelos comunicacionais existentes, reflexos das interacções médico-paciente.

2.2 Modelos comunicacionais existentes e reflexos das interacções médico paciente.

Da observação e análise desta relação assimétrica, decorrem vários modelos que reflectem a variabilidade das interacções médico-paciente. Como já referimos, a mutação das nossas sociedades, onde prevalecem hoje os direitos dos indivíduos, provocou uma evolução da RMP de um modelo paternalista a um modelo mais autónomo. Neste novo contexto, é dado ênfase à autonomia do paciente assim como aos seus valores, caracterizados por uma

situação de soberania do paciente no controlo e escolha terapêutica. No entanto, questiona-se os limites de tal modelo numa situação onde o paciente doente procura protecção e onde a sua subjectividade de julgamento pode levar a uma interpretação errada da informação técnica dada. (42) Esta luta perpétua de valores coloca a seguinte questão: qual seria a RMP ideal?

Emanuel & Emanuel, num artigo de 1992, realçam quatro modelos possíveis. O primeiro modelo, dito paternalista, é demasiado inegalitário e caracteriza-se por dominância e poder por parte do médico, visto como o “pai ou guardião da autoridade”. O médico determina a condição médica do paciente e o tratamento mais adequado para cada estágio da doença. O médico considera qual é o melhor interesse do paciente, limitando a participação deste último e tendo a obrigação de colocar o interesse do paciente acima do seu próprio interesse (42) Não existe discussão acerca dos valores do paciente: de facto, os valores de saúde são partilhados pelo médico e pelo paciente. Este, frágil e fragilizado, é pouco informado dos tratamentos. No entanto, considera-se o paciente como grato ao médico pelas decisões tomadas, mesmo quando não existe consenso na altura da intervenção. A interacção estabelecida garante ao paciente intervenções médicas promotoras de saúde e de bem-estar que prevalecem sobre a sua autonomia. O modelo paternalista é justificado em situação de emergência médica, em que não há tempo para obter o consentimento do paciente, sob pena de pôr em risco o estado de saúde do paciente. Este modelo torna-se um modelo difícil de aplicar de forma rotineira: de facto, “num primeiro momento, poderá ser imprescindível que o profissional atenda às demandas mais dependentes e primitivas do paciente, até que se estabeleça uma sólida relação de confiança e cooperação entre ambos. Mas se essas demandas continuam sendo sistematicamente atendidas de forma paternalística, isso poderá contribuir para a manutenção de um tipo de vínculo de dependência para com o profissional”. (49) (p.39)

No modelo seguinte, dito informativo, o médico tem um papel de prestador de competência técnica e fornece ao paciente toda a informação relevante à escolha da intervenção; isto é, tem a obrigação de informar o paciente sobre o seu diagnóstico e estágio de doença, assim como as possíveis opções terapêuticas e os riscos e benefícios de cada uma. O médico tem de providenciar uma informação verídica, e pedir auxílio de outros quando o seu conhecimento parece limitado. Após a integração de toda a informação, a selecção da escolha terapêutica será feita pelo paciente em função dos seus valores. Tantos os valores do médico como a sua opinião não serão considerados. A autonomia do paciente transparece pela decisão terapêutica final ser dele. No entanto, o modelo informativo parece inadequado com

as qualidades essenciais a uma boa RMP. De facto, o paciente espera do médico uma abordagem humana na qual demonstra compreensão e valorização dos seus valores, factos ausentes neste modelo. Igualmente, devido ao facto do médico ser capaz de aprender com experiências anteriores, assimilar factos médicos e dar recomendações sem medo de impor ao paciente a sua vontade na decisão médica final, o modelo informativo não pode ser considerado como ideal. (42)

O terceiro modelo é o modelo interpretativo. Neste modelo, o médico, com papel de conselheiro, ajuda o paciente a elucidar e interpretar os seus valores, no objectivo de determinar que intervenção médica possibilite melhor realização dos ditos valores. Inicialmente, estes valores não são necessariamente fixos ou conhecidos pelo próprio paciente e podem gerir conflitos em certas situações. O médico tem o papel de tornar coerentes estes valores, ajudando o paciente na reconstrução de aspirações, prioridades e objectivos médicos. O médico determina o tratamento que melhor realiza estes valores. No entanto, é o paciente que determina numa fase final os valores que melhor o definem; assim, a autonomia é vista como “*self understanding*”. Este modelo tem por objecção a possibilidade do médico, com tempo e capacidades interpretativas limitadas, acabar por conseguir impor os seus valores ao paciente e a decisão terapêutica final ser influenciada pelo médico. Este facto poderá levar a uma certa aproximação entre modelo paternalista e modelo interpretativo. Outras limitações a destacar são aquelas que existem na capacidade avaliativa dos valores do paciente e na falta de persuasão do médico em o fazer adoptar novos valores. (42)

No último modelo, dito deliberativo, o médico – “mentor, amigo ou professor” do paciente não se limita a indicar o que o paciente deve fazer. Conhecendo o paciente e desejando o melhor para ele, o médico tem de fornecer a informação necessária à situação clínica e delinear a sua opinião sobre a decisão terapêutica mais adequada ao nível médico. O médico e o paciente podem iniciar uma deliberação sobre os valores a considerar e a sua relevância na decisão terapêutica final, valores estes ligados à saúde, que afectam ou possam ser afectados pela doença e o tratamento escolhido. Tendo em conta estes valores, o médico demonstra ao paciente que tem a autonomia e o poder para seguir as suas preferências. A autonomia do paciente aqui transparece através dum “*moral self development*”. A maior objecção deste modelo é a questão de ser adequada ou não à capacidade de julgamento por parte do médico dos valores do paciente e à promoção de certos valores relacionados com a saúde. A crítica final avança que o modelo deliberativo poderá metamorfosear-se muito facilmente num modelo paternalista não intencional. (42)

Apesar de ser um modelo que precisa de tempo, Emanuel e Emanuel (42) consideram o modelo deliberativo como ideal. Num primeiro ponto, é um modelo que se aproxima ao máximo do conceito de autonomia, o processo deliberativo próprio a este modelo parecendo ser o mais adequado para o paciente alcançar total liberdade na sua escolha de valores. Depois, o médico aparece neste modelo como aquele que integra a informação e valores relevantes no objectivo de elaborar recomendações para o paciente e criar um discussão acerca da melhor escolha a realizar. Mais, o modelo deliberativo não é uma forma disfarçada do modelo paternalista: de facto, o médico tenta persuadir, e não impor ao paciente que aceite os valores e a linha de acção mais desejáveis. Igualmente, neste modelo, os pacientes adequam os valores e acção, de forma que sejam mais compatíveis com as recomendações de promoção de saúde feitas pelos médicos. (42, 46, 50)

Estes modelos são dinâmicos, influenciados pela cultura e pelos modelos socio-ideológicos próprios a cada país. O modelo escolhido será representativo do código de valores morais e culturais partilhados entre o médico dentista e o paciente. Deverão, contudo, alcançar um objectivo comum: a saúde.

Quais os parâmetros que influenciam os vários aspectos da RMP? Que características parecem essenciais para evitar uma RMP conflituosa?

2.3 Parâmetros que influenciam a relação médico paciente

2.3.1 Características do médico

Para que ocorra uma forte e produtiva interacção médico-paciente, o profissional de saúde tem de apresentar um conjunto de qualidades desejáveis e propiciadores de atitudes terapêuticas necessárias. (49) Em primeiro lugar, o médico tem de apresentar as qualidades de um bom entrevistador. De facto, o médico deve ter competência de estabelecer uma comunicação eficiente, dentro de um ambiente de respeito para as diferenças culturais que separam médico e paciente. Inclui não apenas os aspectos da comunicação verbal, mas também a habilidade em perceber e decodificar a comunicação corporal do paciente e de interagir a esse nível com ele. (49) Assim, o técnico de saúde deve encorajar as perguntas por parte dos utentes e ouvir os pacientes, interessando-se por conhecer o seu ponto de vista, assim como pelas suas preocupações e expectativas. O profissional de saúde tem ainda de

recolher dados sobre a situação pessoal, familiar ou profissional do utente. (27) Deve induzir uma participação activa do paciente, ajudando na diminuição da ansiedade que possa sentir.

Ao longo desta relação complexa, destacam-se certas barreiras como a incompreensão por parte do médico das palavras usadas pelo paciente para expressar a dor, bem como a dificuldade em transmitir informações adequadas ao paciente (44): uma “informação insuficiente, imprecisa ou ambígua” ou “excessivamente técnica” pode dificultar a comunicação existente. (40) (p.617) O profissional de saúde deve ter a capacidade em transmitir a informação de forma “clara, compreensível, recordável, credível, consistente ao longo do tempo, baseada na evidência e personalizada”. (40) (p.617) A informação fornecida deverá responder às necessidades de informação do paciente, adaptada ao seu nível cultural e cognitivo. (27) Assim, a melhoria da partilha de informação, por boas aptidões comunicacionais por parte do médico dentista, permitiria diminuir o sofrimento do paciente, exponenciar o seu grau de satisfação e aperfeiçoar a RMP, fundamental para a eficácia do acto médico. (51)

Em seguinte, o médico idealmente deverá demonstrar que detém as seguintes características:

- a empatia: o prestador de serviços deve ter a capacidade de se colocar no lugar do paciente, percebendo as suas dúvidas, angústias e sofrimento, sem no entanto se confundir com ele; (49)

- a continência: o médico deverá ser capaz de tolerar dentro de si todos os sentimentos e pensamentos expressados pelo paciente durante a consulta – por exemplo, os ataques de choro ou de raiva - sem represálias para este último; (49)

- a humildade: é aqui sinónimo de reconhecimento por parte do médico das suas limitações humanas como profissional e do respeito pelas crenças do paciente; (49)

- o respeito das diferenças: o profissional de saúde não se deve sentir investido de transmitir verdades morais supostamente universais e válidas para o paciente; (49)

- a curiosidade: o médico tem de questionar-se sobre as suas próprias hipóteses e as do paciente; (49)

- a capacidade em conotar positivamente: refere-se à competência que o médico tem para encontrar aspectos socialmente valorizados em certos comportamentos do paciente. (49)

A estes valores deverão ser acrescentados outros atributos que lidam com o sofrimento humano, como o amor à verdade, ética, criatividade, paciência e solidariedade. (49) O médico deverá ser capaz de realizar uma consulta centrada no paciente, sem sacrificar a eficiência da consulta, assim como o entendimento mútuo.

O médico dentista tem de partilhar o seu poder e responsabilidade (45), esta partilha podendo ser visível no discurso que estabelece. Como já referido anteriormente, as três últimas décadas destacaram-se pela evolução de uma relação profundamente assimétrica para uma relação mais igualitária, o poder na relação sendo distribuído de forma mais equilibrada. Este conjunto de estratégias constitui um sistema específico que determina e caracteriza a relação interpessoal construída em cada momento da interacção em curso. A RMP sendo institucionalmente marcada por uma relação de poder onde o médico ocupa uma posição mais alta e o paciente mais baixa, esta interacção constitui um caso de eleição para investigar as estratégias discursivas usadas por ambos para manter ou alterar essa relação. Assim, ao longo da consulta, a gestão de interacção na abertura e fecho da consulta, as modalizações usadas, as formas de tratamento, o uso dos pronomes de solidariedade serão perfeitos exemplos da gestão do poder estabelecido no discurso e da tentativa do médico dentista em estabelecer uma relação médico paciente mais igualitária.

De maneira idêntica, o médico dentista tem de considerar o paciente não somente de um ponto de visto biológico mas sim como um todo através da sua integridade física, psíquica e social. Esta perspectiva holística permite encarar o paciente como “a person with a unique personal history and individual needs” (45) (p.3), realçando a necessidade de humanização da relação médico paciente. Entende-se por *humanização* o “processo, fundamentado no respeito e [na] valorização da pessoa humana, que visa à transformação da cultura institucional por meio da construção coletiva de compromissos éticos e de métodos para as acções de atenção à saúde e de gestão dos serviços. Sua essência é a aliança da competência técnica e tecnológica com a competência ética e relacional.” (52) (p.254) A humanização tem um papel fulcral na relação do profissional com o paciente, mostrando-se indispensável aos bons resultados que o profissional deseja de si mesmo. Para alcançar esta humanização, é necessário provocar uma redescoberta fundamental do desejo e do prazer de cuidar dos profissionais de saúde, factos por vezes distantes dos valores contemporâneos actuais. (52) Logo, a humanização necessária da relação entre o médico e o paciente, a confiança e a colaboração estabelecidas, assim como a optimização da comunicação melhorarão a qualidade do serviço de saúde, bem como os resultados do tratamento e saúde do paciente. (43) (45)

2.3.2 Características do paciente

Numa perspectiva idealista da relação médico paciente, os profissionais de saúde constroem uma visão dos seus utentes a partir de dados objectivos e imparciais obtidos ao longo da história clínica e do posterior exame clínico, tornando esta concepção independente das características dos pacientes. No entanto, o médico dentista, como qualquer ser humano, adopta uma estratégia de categorização dos indivíduos, no objectivo de simplificar a sua percepção do paciente. É um facto: a brevidade das entrevistas médicas, a pressão do quotidiano e a gestão complexa e simultânea de várias tarefas forçam o médico ao uso de estereótipos. (53) Actualmente, a associação existente entre características socioeconómicas do paciente e relação médico paciente carece de investigação, dificultando o nosso entendimento de tal afinidade. No entanto, demonstrou-se que a percepção do paciente por parte do médico dentista poderia estar influenciada por estas características. Primeiro, o estatuto socioeconómico do paciente poderia ter um impacto tanto no comportamento do médico dentista como no tratamento efectuado (53): certos estudos demonstram que pacientes de baixo estatuto socioeconómico têm consultas mais curtas e recebem menos informações. Igualmente, sempre segundo estes estudos, investem-se menos na sua saúde, tendo maior dificuldade em expressar sua doença. Por outro lado, aponta-se que os indivíduos da classe média são mais activos na procura de informação junto ao médico. (54) O género do paciente poderia também influenciar a comunicação estabelecida durante a consulta médica: de facto, certos estudos explicam que, durante a consulta médica, as mulheres colocam mais dúvidas, recebem mais informações, tornando-se melhores parceiras do que os homens na construção da RMP. (53) Igualmente, as mulheres, com uma abordagem mais calorosa, encorajam os outros a comunicar e são mais comunicativas ao nível não verbal do que os homens. (55) Finalmente, as características de personalidade do paciente poderão igualmente influenciar a RMP. (49)

2.3.3 Emoções do paciente

O paciente pode expressar emoções que se traduzem através de fenómenos como o de transferência. No contexto da relação médico paciente, traduz-se pelo conjunto de expectativas mágicas que o paciente deposita no médico, expressadas através reacções infantis perante as inevitáveis frustrações. A aliança terapêutica só poderá ser estabelecida

através dos aspectos mais amadurecidos das duas entidades. Mais, perante o desconhecimento, o paciente pode criar hipóteses para preencher o conhecimento que lhe falta sobre a sua doença, assumindo formas muito assustadoras e provocando crises de pânico. Estas emoções representam dificuldades no estabelecimento de uma aliança de trabalho com o médico, assim como a forma de pedir ajuda. Cabe então ao médico tentar compreender o sentido que a doença adquire para cada paciente, facilitando a mobilização de recursos terapêuticos necessários à mudança dos padrões comportamentais estabelecidos. Os fenómenos psicológicos associados à doença sendo variáveis, não existem padrões rígidos de conduta por parte do médico que tem de manter um conjunto de atitudes essenciais para o bom estabelecimento da RMP. (49)

2.3.4 Ansiedade e medo dentários

Uma das complicações encontradas pelo médico dentista durante a consulta de medicina dentária é o medo que alguns pacientes manifestam em relação aos procedimentos que irão ser realizados. (56) Entende-se por medo a “emoção primária e poderosa que nos alerta sobre o perigo iminente, em relação a um objecto ou situação”, o perigo sendo conhecido. (56) (p.787) Quando o perigo não é evidente mas se apresenta de forma vaga e persistente, o paciente apresenta um estado de apreensão, verificando-se então a ansiedade. (56) Este estado não é controlado pela consciência, os pacientes não tendo a capacidade em interrompê-lo, e podendo assim agravar o sofrimento psicológico causado pela dor. (56, 57) Ao vir à consulta de medicina dentária, o paciente apresenta medo e ansiedade provocado por inúmeras razões: experiências dentárias dolorosas prévias, sentimento que o tratamento indolor é impossível, sensação de perda de controlo sobre a situação, ideia de não poder parar o tratamento se se tornar desconfortável, falta de compreensão dos procedimentos diagnósticos e/ou terapêuticos executados pelo médico; relatos de más experiências por próximos; sensação de não ser considerado na sua individualidade pelo médico dentista, ou ainda medo de parecer ridículo perante certas situações. (57) Quanto maior for a infantilização do paciente perante o medo dentário, mais intensa será a sua regressão e menor será a possibilidade em contar com a sua efectiva participação na terapia. (49) Assim, o médico dentista tem de procurar as causas responsáveis da ansiedade dentária, bem como considerar as numerosas técnicas que auxiliam a diminuição de ansiedade em pacientes: através das suas capacidades comunicativas, o médico deverá, com competência e paciência, discutir com o paciente as suas experiências passadas, informá-lo acerca do procedimento

efectuado e das medidas tomadas para evitar dor, assim como garantir-lhe que o procedimento poderá ser parado a qualquer momento. (56)

2.3.5 Satisfação

A satisfação do paciente é uma medida útil de avaliação dos cuidados de saúde, e mais precisamente da qualidade da RMP estabelecida. (58) Como já referido anteriormente, a evolução, na medicina dentária, do estatuto de pacientes para clientes ou consumidores (58), o maior envolvimento do paciente no processo terapêutico e a relação de causa a efeito entre satisfação e compliance do paciente (59), tornaram o conceito de satisfação cada vez mais estudado na literatura actual. (58) Entende-se por *satisfação* a “complex process balancing consumer expectations with perceptions of the service or product in question”. (59) (p.161) A noção de satisfação está directamente relacionada com marketing. A literatura da área considera a satisfação como estando directamente ligada à experiência de consumo e vista como um processo complexo avaliativo. A satisfação do paciente é um conceito multidimensional (58), dependente de vários factores tanto pessoais, técnicos como interpessoais. Por um lado, e relativamente aos determinantes pessoais, as expectativas dos pacientes aparecem como os principais factores, estando associadas à percepção dos benefícios do tratamento. (60) Assim, um paciente com baixas expectativas terá maior satisfação do que um indivíduo com altas expectativas. O médico deverá, pois, esforçar-se em descobrir e perceber as expectativas do paciente e adequar o seu tratamento de forma a ser o mais coincidente possível. (61) Igualmente, as experiências passadas do paciente, que estão directamente associadas às expectativas que possa ter, poderão constituir um factor influente. Ainda, as características do indivíduo como a idade, o género e o perfil socioeconómico podem influir na satisfação do paciente. (60, 61) No entanto, a idade seria a característica mais consistente, vários estudos demonstrando que uma pessoa idosa tende a ficar mais satisfeita com o sistema de saúde do que um indivíduo jovem. (60, 61) Por fim, determinantes psicossociais, como o medo dentário, preferências e outros valores, são determinantes a ponderar. Por outro lado, relacionados com a realidade da prestação do serviço de saúde, determinantes técnicos e interpessoais tem de ser considerados. Ware, em 1983, determinou oito parâmetros a tomar em conta:

- aspecto interpessoal da relação: forma como o prestador de serviço interage pessoalmente com o paciente (respeito, preocupação, amizade, cortesia); (62)

- qualidade técnica: competência do médico em realizar um diagnóstico e tratamento com rigor e precisão, sem colocar em risco o paciente; (62)
- acessibilidade: facilidade de acesso ao serviço de saúde; (62)
- aspecto financeiro; (62)
- eficácia e resultados obtidos: que permitem melhoria ou manutenção da saúde; (62)
- continuidade do tratamento: o profissional de saúde constante nos seus actos médicos; (62)
- ambiente físico: características das instalações e dos equipamentos nos quais são prestados os serviços de saúde; (62)
- disponibilidade. (62)

No entanto, poderá ser difícil avaliar a qualidade técnica do serviço prestado por parte do médico. Outros parâmetros referenciados e menos técnicos como o aspecto interpessoal do acto médico são componentes igualmente importantes a tomar em conta na avaliação. Assim, a comunicação estabelecida com o paciente, a empatia demonstrada, a informação dada, são atributos que limitarão a insatisfação do paciente. A satisfação em saúde tem uma conexão directa com o estado de saúde do paciente, os resultados obtidos, a adesão ao tratamento, a ansiedade desenvolvida, assim como a frequência de uso dos serviços de saúde. Assim, os cuidados de saúde não serão considerados de alta qualidade se um paciente não estiver satisfeito. Será desejável o médico dentista entender a natureza da satisfação do paciente, no intuito de conquistar uma relação médico paciente de qualidade.

A qualidade dos cuidados de saúde torna-se um verdadeiro critério de satisfação, a falta dela tornando-se razão de mudar de médico dentista. Contudo, os serviços de saúde sendo complexos e os resultados não sendo sempre evidentes, os pacientes podem não julgar adequadamente a qualidade do serviço técnico prestado. Estando os pacientes envolvidos no julgamento da qualidade de serviço como quaisquer consumidores, os pacientes parecem avaliar as competências dos médicos dentistas a partir de evidências tangíveis e parâmetros como personalidade, expectativas e modos de vida. (47)

2.4 Consentimento informado

A noção de consentimento só conquistou a sua posição central na relação médico paciente quando a autonomia do paciente se tornou um ponto essencial a salvaguardar

na RMP. É um facto: a crescente valorização da pessoa humana transformou o paciente de um mero espectador do acto médico em ser de influência, ao decidir ou não submeter-se a determinada intervenção

Entende-se por *consentimento* a decisão voluntária de um indivíduo autónomo em aceitar uma proposta feita por outro. (63) A noção de consentimento informado implica conhecimento e compreensão da proposta realizada, através de uma informação adequada fornecida. (63) O consentimento informado pode ser apresentado de forma oral, escrita ou presumida. O consentimento escrito é mais recomendável, sendo um formato mais seguro e eficaz, permitindo reconhecimento ao nível legal – e logo poderosa prova em situação conflituosa - por conter os detalhes da informação fornecida ao paciente assim como a sua manifestação em aceitar o tratamento. Este ponto questiona tanto a quantidade de informação realmente necessária aos pacientes como a quantidade de informação dada pelos médicos. No entanto, na prática, haverá conjugação da forma escrita com a forma oral. Apesar da forma oral ser a mais usual, não oferece segurança àquele que prestou as informações por não haver nenhum documento capaz de comprovar o esclarecimento e conseqüente permissão para a intervenção. Será recomendável que o ato seja testemunhado, no caso do médico dentista, pela assistente, por exemplo. Finalmente, o consentimento presumido precisa ser óbvio e fácil de constatar. Se consultado, o paciente deve concordar com a prática do acto. (64)

A noção de consentimento informado pressupõe o *dever de informar* dos médicos. Entende-se por este conceito “a obrigação que têm determinadas pessoas de fornecer conhecimentos sobre determinado produto, serviço ou actividade”. (64) (p.55) Na área da medicina, o dever de informar reside no fornecimento de explicações por parte do profissional de saúde sobre detalhes do procedimento possível de executar no objectivo do paciente tomar uma decisão consciente e segura sobre autorizar ou não o tratamento, (64) como referenciado pelo artigo 17º do Código de Deontologia dos médicos dentistas, na secção dos “Direitos e deveres dos médicos dentistas para com os doentes”. O médico dentista tem de certificar-se que a informação fornecida foi entendida pelo paciente, numa linguagem suficientemente clara e objectiva, para que tome livremente a decisão que melhor lhe corresponder. (64)(p.4) A linguagem utilizada para tal informação deve ser compatível com o grau de instrução do paciente. O dever de informar possui três requisitos que são a adequação – meios de informação compatíveis com os riscos - suficiência e veracidade - informação completa e real. Isto pressupõe que a relação médico paciente deve ser construída sobre a confiança, honestidade e segurança. Este dever de informar está diretamente associado ao direito a ser informado do paciente: assim, é indispensável que o paciente tenha conhecimento do seu

estado geral, da natureza e da gravidade da sua doença, como das possibilidades de tratamentos aos quais poderá ser submetido, bem como as possíveis consequências advindas dos procedimentos. Deve ainda ter a oportunidade em colocar perguntas e elucidar eventuais dúvidas.

Na área de medicina dentária, o consentimento informado pode então ser determinado como o acto ou aval pelo qual o paciente autoriza o médico a determinada actuação – ou seja a realização do tratamento necessário - com o propósito de interferir positivamente e melhorar suas condições de saúde oral. Relativamente ao código de deontologia portuguesa dos médicos dentistas, a noção de consentimento informado transparece através do artigo 18º e da noção de “Métodos arriscados” dos “Direitos e deveres dos médicos dentistas para com os doentes”: “antes de optar por um método arriscado de diagnóstico ou terapêutica, o médico dentista deve obter, de preferência por escrito, o consentimento do doente”. Da mesma forma, o artigo R4127-236 do Code de Déontologie Dentaire define que "le consentement de la personne examinée ou soignée est recherchée dans tous les cas (...)".

Caso o paciente for menor, incapaz mental ou em estado grave de doença que compromete a livre manifestação de sua vontade, estas informações deverão ser prestadas ao responsável e o consentimento fornecido por este último. Em situações de emergência, o profissional actua independentemente do consentimento dadas as circunstâncias excepcionais, como o define o artigo R4127-236 do Code de Déontologie Dentaire: “lorsqu'il est impossible de recueillir en temps utile le consentement du représentant légal d'un mineur ou d'un majeur légalement protégé, le chirurgien-dentiste doit néanmoins, en cas d'urgence, donner les soins qu'il estime nécessaires. »

Finalmente, cumpre destacar que o consentimento informado não descaracteriza a responsabilidade profissional por parte do médico dentista em casos que provocam danos ao paciente. Quando os pacientes estão devidamente informados sobre as várias alternativas ao tratamento e potenciais riscos e envolvidos no processo de decisão, é constatada maior adesão às recomendações médicas assim como mudanças nos comportamentos ligados à saúde. (65)

3. A consulta em medicina dentária

3.1 Definição do conceito

Entende-se por *consulta* a “ relação e comunicação interpessoal [existentes] entre dois ou mais indivíduos” e “[associadas à] aplicação de técnicas que visam chegar a um diagnóstico com o fim último de ajudar o paciente em restabelecer o equilíbrio com o seu ambiente”, conjugando assim “ relação humana com habilidades técnicas”. (66) (p.99) O objectivo da entrevista clínica é a obtenção de informações, sendo o conjunto de dados inseridos no seu contexto essenciais à realização de um diagnóstico. (66) Analogamente à consulta de medicina geral, a consulta de medicina dentária tem por funções questionar e investigar o paciente, apresentar um diagnóstico e prescrever o tratamento correspondente, assim como aconselhar e analisar a progressão curativa do tratamento. No entanto, em contraste com uma simples consulta de medicina, a consulta de medicina dentária é o lugar da execução imediata dum tratamento efectivo, onde o médico dentista “sob pressão” efectua um tratamento num paciente ansioso pela realização de um acto supostamente desagradável. (28, 67) Quando um paciente procura uma consulta, fá-lo com o objectivo de encontrar uma resolução de um problema sentido na esfera oral. Através deste problema, surgem as representações que temos adquirido - através do contexto social, da interiorização de valores e categorização social que partilhamos - sobre o corpo e mais precisamente sobre a doença, vista como um desequilíbrio ameaçador à integridade do indivíduo. As regiões tratadas pelo médico dentista não só têm uma função biológica, mas sim emotiva e frequentemente simbólica. É um facto: o simbolismo da boca e dos dentes é capital na construção da imagem que o indivíduo se constitui dele próprio. Com forte um valor sensorial e emotivo, é através da boca que se processam os primeiros laços afectivos, as emoções assim como a comunicação. (30) Os dentes, quanto a eles, têm uma função defensiva, instrumental e ornamental. Hoje em dia, é esta função ornamental que é privilegiada, a higiene e a estética podendo ser índices da estima que o indivíduo tem de si. (30) Estas representações são influenciadas tanto culturalmente como socialmente. (28)

3.2 A consulta de medicina dentária como ritual social

A consulta de medicina dentária, como qualquer interacção do dia-a-dia, constitui um contexto social cujos rituais são “interiorizados e categorizados” pelos actores participantes, como se estivessem a seguir um “guião de uma peça, acto por acto”. (28) (p.711) Pressupõe o desempenho dum papel específico de cada actor social neste novo contexto situacional, (28) o médico e o paciente actuando em conformidade com as regras situacionais – segundo o género, idade, cultura, profissão, etc. - e respeitando o que cada entidade “espere d[o outro], naquele espaço e naquela realidade”. (28) (p.713) Assim, por exemplo, ao entrar no consultório, o paciente aguarda que o médico se sente ou o convide a sentar-se na cadeira que lhe é destinada. Por outro lado, um paciente que começa a cantar ou a dançar no meio da consulta poderá ser visto como desequilibrado, tendo perdido a noção da situação e esquecido as regras de comportamento expectadas pelo médico, naquele espaço e naquela realidade. Neste palco, os actores, que são o médico e o paciente, estão envolvidos na situação de consulta médica na qual deverão representar o mais conveniente possível os seus respectivos papéis, de forma a satisfazer as duas partes presentes. (28)

Dada a importância dos assuntos que nela se processam, a consulta médica possui uma sequência padronizada que é hoje consensual e universalmente aceite. (9) No palco da consulta de medicina dentária, existem símbolos e sinais que nos ajudam a entender que o que decorre faz parte da consulta: o cenário (66) - incluindo o mobiliário, a decoração, a disposição de objectos, os acessórios e os outros elementos constituintes do pano de fundo, e os papéis interpretados (66) – o médico com o ar sério de quem coloca questões, espera respostas, toma notas, observa radiografias enquanto o paciente aponta e toca certas regiões do corpo, explicando o seu problema de saúde - são essenciais para compreender a interacção observada.

Além de um simples encontro, trata-se de um ritual comunicativo onde estão previstas várias fases: na *fase preparatória*, o clínico planeia o encontro com o doente, fazendo uma antecipação do que espera da consulta, seleccionando as estratégias e os meios para ultrapassar as dificuldades que possa encontrar. Nesta avaliação, recupera a memória do paciente e dos seus problemas pendentes e faz uma tentativa de previsão dos novos problemas que o paciente possa trazer. (66) Na fase de *início da consulta ou de abertura*, inicia-se a consulta, estabelecendo logo a relação de confiança e compreensão com o paciente. (66)

Clarificam-se os motivos de consulta e definem-se os objectivos comuns. Nesta fase, o médico deve fazer prova de escuta activa, evitando de interromper de forma desajeitada a narração espontânea do doente. O médico usa certas competências como perguntas abertas ou controlo dos silêncios. São usadas competências referidas anteriormente como a postura, o contacto com o olhar ou a entoação de voz que facilitam a criação da relação. (30) (66) Deve ser também identificada a totalidade dos assuntos ou problemas que o doente deseja abordar. (66) Em seguida, inicia-se a fase *exploratória*, cujo objectivo será tanto a obtenção de informações por parte do médico como a dádiva de informações que o paciente deseja comunicar ao médico. (30, 66) Isto implica a exploração activa dos valores, preocupações, expectativas e emoções do paciente assim como do problema referido nas suas vertentes físicas, psicológicas, sociais e espirituais.(30) Com esta fase, o médico considera que já conhece suficientemente o mundo do paciente e os seus problemas de forma mais precisa, podendo negociar com ele uma ordem de prioridades na abordagem a efectuar. Nesta fase, pode-se proceder ao exame clínico. A fase seguinte, dita *resolutiva*, consiste em realizar e apresentar um plano de tratamento que seja aceite pelo paciente, isto é negociar com o paciente e envolvê-lo na tomada de decisão terapêutica. O médico tem de estar atento ao impacto das suas mensagens no paciente, assim como verificar que este entende as explicações fornecidas. Após realização do tratamento, ou seja da fase *terapêutica*, surge a fase de *encerramento ou de fecho*. Esta fase não pode ser negligenciada, nem ser abordada de forma brusca: a necessidade em realizar uma comunicação bi-direccional mantém-se, o médico perguntando ao paciente se existe algum ponto que queira esclarecer e partilhando a decisão sobre a data da próxima consulta. Nesta fase, o médico deve resumir o plano e os compromissos assumidos. (66)

Além das diferentes fases constituintes da consulta de medicina dentária, os rituais de abertura e encerramento específicos deste contexto são importantes de realçar: num primeiro ponto, o dentista tem de dar as boas vindas ao paciente, sendo de forma verbal ou não.(68) Muito frequentemente, a consulta inicia com o paciente sentado na cadeira de tratamento, cadeira constituída por toda um conjunto de equipamento e material necessários ao tratamento. Assim, após pedir ao paciente para se sentar na cadeira, o dentista inicia a conversa falando de um assunto não ligado à medicina dentária. Em seguida, o médico informa o paciente do tratamento que será executado, colocando a seguir máscara e luvas. Durante o tratamento, o médico continua a preocupar-se com o paciente e sobre o seu estado. No entanto, e nesta situação, a comunicação verbal é restringida ao máximo, o médico esforçando-se em realizar o tratamento o mais eficaz e rapidamente possível. (67) Após o

tratamento concluído, assiste-se a uma breve conversa que se conclui com a despedida do médico ao paciente. Ao longo desta entrevista que constitui a consulta, deveremos enfatizar tanto as necessidades do paciente e a sua vontade de ser tratado, como as capacidades do médico dentista e a sua vontade de tratar. (9)

Neste palco que constitui a consulta de medicina dentária, tanto o médico como o paciente realizam uma verdadeira performance (69) falando a mesma linguagem. De facto, a entrevista clínica não deixa de ser uma conversa centrada e com objectivo no paciente. O médico estrutura a conversa de modo a ser o mais útil possível para o paciente, em local e tempo definidos, tratando dos problemas do paciente e de mais ninguém. (66) Em consultas médicas onde coabitam várias culturas, deverá existir um esforço contínuo por parte dos diferentes intervenientes da interacção para o diálogo fazer sentido Na consulta médica, podemos considerar três níveis de conversa, que traduzem a evolução da progressão da intensidade da escuta activa, e conseqüentemente da disponibilidade e do envolvimento dos interlocutores na transacção comunicacional: no primeiro nível, a conversa é superficial e educada. Os dois interlocutores expressam a tomada de consciência recíproca, confirmando-se mutuamente. Este nível vai um pouco além da comunicação fática expressa anteriormente. (66) À medida que a conversa evolui, passa para o segundo nível, tornando-se menos superficial e implicando mais escuta activa. O paciente fala de assuntos pessoais enquanto o médico escuta e resume o percebido, permitindo um início de construção de compreensão comum. (66) Em certas consultas, a conversa terapêutica torna-se mais profunda, passando para o terceiro nível. Neste nível, alcançou-se um grau de confiança e de conhecimento mútuo, onde o paciente “se põe a nu”, abordando temas como ansiedades, medos e outros sentimentos mais íntimos. (66)

3.3 A negociação na consulta de medicina dentária

Ambos os intervenientes usam determinadas estratégias no intuito de se influenciarem mutuamente e direccionar a consulta para o fim pretendido. Os recursos usados são inúmeros, e quanto maior o envolvimento e a cooperação entre os actores, melhor e mais rápido será o diagnóstico e o combate do problema relatado pelo paciente, seja ele real ou imaginário. (28) Como qualquer profissional de saúde, o médico desempenha um papel que responde a “uma série de constrangimentos” sendo eles “ institucionais, políticos, pessoais” e “normativos” (28) (p.717). Igualmente, o clínico deverá associar o “saber fazer “com os seu “saber ser,

como ser e quando ser”. (66) (p. 99) Quanto ao paciente, intimidado e fragilizado, sofre um constrangimento relacionado com a exposição do seu corpo, e mais precisamente, na consulta de medicina dentária, da sua boca. Tanto o médico como o paciente se colocam dúvidas face ao que irão dizer um ao outro: o paciente pensando no que contar ao médico, o que realçar para ser levado a sério, o médico pensando na melhor forma de transmitir a informação. Apesar da grande evolução técnica da ciência médica, e face à doença e ao sofrimento, o paciente cria representações que o profissional de saúde tem que ajudar a superar. Por isso, o médico recorre a várias estratégias. A negociação é uma delas.

Entende-se por *negociação* o acto de “confer with another or others in order to come to terms or reach an agreement - to arrange or settle by discussion and mutual agreement.” (70) (p.488) No contexto constituído pela consulta de Medicina Dentária, a negociação é função do contexto das interações, e mais precisamente função do carácter da consulta, do tipo de paciente e da gravidade do problema de saúde. (28) A negociação será tão visível em consultas de rotina ou de *follow-up*, como nas primeiras consultas na construção tão importante de identidades. (66) Assim, nas consultas rotineiras e nas quais o médico e o paciente já se conhecem, o conhecimento prévio do paciente por parte do médico dentista será visto como uma vantagem no processo de negociação acerca do tratamento a realizar. Nas consultas de *follow-up*, o médico dentista verifica que o quadro de saúde continua inalterado após tratamento, controlando a possibilidade de recidiva. Nestas consultas, a negociação funda-se sobre a necessidade do paciente em respeitar as recomendações médicas, e consequentemente em aderir de forma contínua ao tratamento. Por outro lado, a situação de primeira consulta exige um “maior cuidado e maior tempo de interconhecimento” (28) (p.717) por parte dos actores, a negociação sendo, neste contexto, usada na elaboração de construção de identidades e papéis dos indivíduos.

4. A relevância da (inter) cultura

Portugal e França pertencem a um mundo marcado pela globalização cultural e mobilidade exponencial de indivíduos. Tal como muitos outros profissionais, os médicos dentistas têm demonstrado uma vontade crescente de procurar novas oportunidades, exercendo a sua profissão fora do país de origem. Segundo a ordem dos médicos dentistas francesa, 26% dos dentistas primo-inscritos na ordem em 2012 não são de nacionalidade francesa. (71) Um inquérito promovido pela ordem dos médicos dentistas portuguesa revela também que o número de dentistas portugueses a exercer no estrangeiro está a aumentar, situando-se nos 12%. (1)

A capacidade de mobilidade dos médicos dentistas e a possibilidade de trabalharem noutros países nunca foram tão grandes. Esta mobilidade crescente torna necessário o conhecimento por parte dos médicos dentistas da existência de diferenças (inter)-culturais na relação médico-paciente, entre o novo país e o país de origem.

A noção de inter-cultural refere ao fenómeno comparativo entre várias culturas. (72)

4.1 Definição de cultura

O conceito de *cultura* foi primeiro estudado na área da antropologia por especialistas como Tylor que já em 1871 definia de forma simples a cultura como “(...) [a] complex whole which includes knowledge, belief, art, morals, law, custom, and any other capabilities and habits acquired by man as a member of society”. (73) (p.1) Ao longo das décadas, esta definição foi ganhando conotação nova, sem no entanto perder o seu sentido original. Nos anos 50, Kluckhohn considerou a cultura como sendo uma forma de pensar, sentir e acreditar. (74) Da mesma forma, no início da década de noventa, Rocher elucidou, a cultura como “un ensemble lié de manières de penser, de sentir et d'agir plus ou moins formalisées qui, étant apprises et partagées par une pluralité de personnes, servent, d'une manière à la fois objective et symbolique, à constituer ces personnes en une collectivité particulière et distincte”. (75) (p.110) Finalmente, uma definição mais recente é-nos dada por Capucho que esclarece o conceito considerando a cultura como a “herança social e [o] constructo individual, resultado de aprendizagem - experiencial, na grande maioria dos casos, que corresponde ao conjunto de representações que os grupos sociais - e os indivíduos neles inseridos - constroem sobre o

mundo.” (76) (p.114) Assim, a cultura conecta as pessoas através de um sistema comum de mensagens, cada cultura tendo a sua própria linguagem verbal e não verbal e forma de interpretação das mensagens. (77) A cultura ensina-nos, através de códigos, o “como comunicar”.

A cultura apresenta várias características: primeiro, sendo uma maneira de pensar, sentir e agir (75), a cultura é símbolo da actividade humana, seja ela cognitiva ou afectiva. Como já referido, a cultura formaliza-se através de códigos, sendo eles representados por leis, rituais, cerimónias, crenças religiosas ou ainda conhecimento científico. Seguidamente, a cultura é partilhada por uma pluralidade de indivíduos, independente do número de entidades constituintes do grupo social. De facto, o essencial é esta *maneira de ser* ser considerada ideal ou normal por um número suficiente de indivíduos, no objectivo de alegar um carácter colectivo e social a estas regras de vida. (75) Finalmente, o último aspecto da cultura a salientar diz respeito ao modo de aquisição ou transmissão da cultura: é um facto, a cultura não consiste numa herança biológica ou genética, mas sim numa herança social resultando da aprendizagem das regras existentes.

Além destas características, a cultura destaca-se pelas suas funções social e psicológica (75): por um lado, o aspecto social define-se através de um universo mental - moral e simbólico - comum a uma pluralidade de pessoas e através do qual os indivíduos comunicam entre si, reconhecem ligação e interesses comuns, bem como divergências e oposições. De forma individual e colectiva, cada um sente-se como parte duma entidade que os ultrapassa, sendo um grupo como é uma colectividade ou uma sociedade. (75) Por outro lado, a função psicológica traduz-se através da moldagem efectuada nas personalidades individuais. De facto, a cultura fornece aos indivíduos conhecimentos, ideologias e sentimentos que vão influenciar tanto os gostos, a comunicação do indivíduo e outras características pessoais. No entanto, este molde não é rígido, possibilitando adaptações individuais e autorizando – dentro dos limites permitidos – uma certa flexibilidade de opção individual. Esta dupla função da cultura favorece a adaptação do Homem nas realidades da sociedade na qual se enquadra. (75)

4.2 Cultura e língua

Língua e cultura são duas entidades inseparáveis, representadas numa relação de inclusão única. (14, 76) A língua é produto da vida em sociedade: como a cultura, ela só

faz sentido para os membros dum mesmo grupo que a recebam como herança das gerações passadas, não podendo ser mudada pela única vontade individual. (15) No entanto, ao longo do tempo, a língua transforma-se, símbolo da vitalidade e da adaptabilidade à evolução social. (14) Macedo constata que “a língua tem de criar constantemente novos substantivos, categorias, formas de expressão (...) [e] ser capaz de integrar novas funções e necessidades, culturais, sociais e críticas (...) [no objectivo de constituir] não só a história de uma língua como a prova da sua vitalidade”. (78) (p.55) Igualmente, a língua é multicultural, não podendo ser vista como um todo homogéneo mas sim como um sinal de um “espelho multifacetado de identidades e culturas” (14) (p.283), próprio da pluralidade de sujeitos que vivem num mesmo território nacional. Nestes contextos, as culturas entrecruzam-se e a língua funciona como “um filtro sobre o mundo percebido, organizando-o de forma específica”. (76) (p.115) Ao interagir com indivíduos de outras culturas, entendemos que actuamos segundo normas que seguem valores não absolutos. A língua constitui uma destas normas. Esta constatação interroga- nos sobre a estrutura cultural compreendida por uma língua e as suas componentes, assim como as interacções que se entrecruzam nela. Em 2006, Capucho propôs uma resposta representada pelo seguinte esquema explicativo.

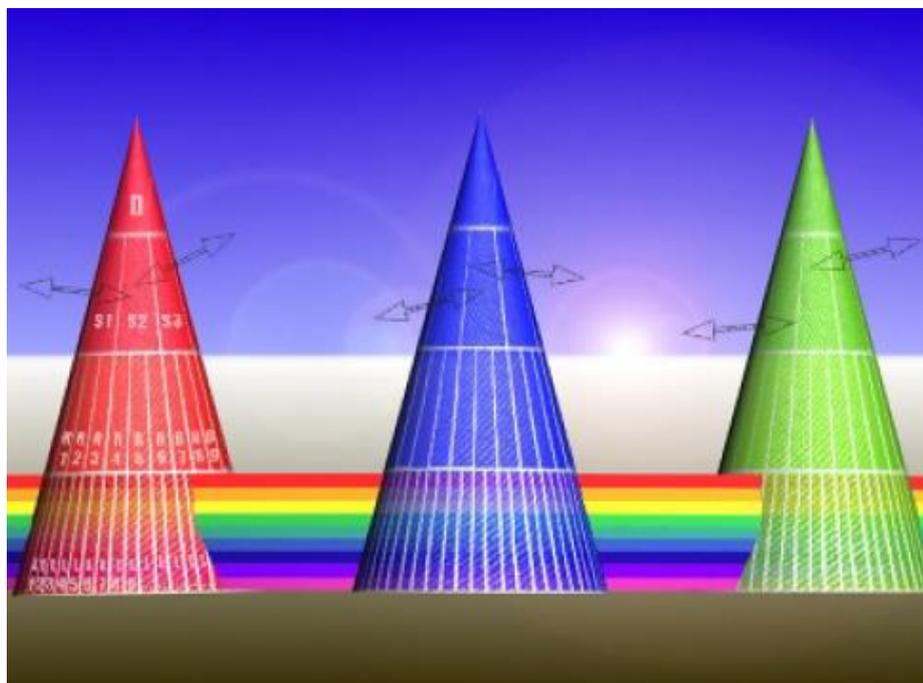


Ilustração 3 – Línguas e Culturas (76)

A autora representa a língua através dum cone, cada cone representando uma língua/cultura específica (por exemplo, o cone vermelho representa a cultura francesa; o azul a cultura portuguesa). No topo da pirâmide, a letra D visível representa o dia-sistema existente entre língua e cultura. No nível abaixo e assinalados pela letra S, distinguimos os diferentes

sistemas linguísticos e culturais nacionais que emanam do nível superior. Assim, teremos representado por exemplo o Francês de França (S1), o Francês da Bélgica (S2), o Francês da Suíça (S3) e o Francês do Luxemburgo (S4). No nível imediatamente inferior, deparamos com as variantes regionais de cada um destes sistemas (R1, R2, R3, R4...). Finalmente, a base da pirâmide, representada pela letra L, corresponde ao nível local concreto e ao discurso efectivamente produzido pelos locutores, geograficamente situados em espaços definidos.

Contudo, a investigadora distingue “culturas verticais” (representadas pelo cone e geograficamente situadas em paralelo umas às outras) de culturas “horizontais transversais”. Entende por culturas verticais aquelas que influenciam a identidade cultural e língua materna de cada indivíduo desde o início da vida em sociedade.

Para entender o conceito de culturas horizontais transversais, temos de entender as culturas - representadas pelos cones - como estruturas em movimento dinâmico – representado pelas setas bi-direccionais. Estas setas representam tanto a influência da cultura sobre o exterior, como o carácter permeável das culturas às influências externas. Assim, a cultura, como a língua, torna-se um fenómeno em permanente transformação, sensível às interações com o exterior. As culturas transversais propriamente ditas são representadas pelo arco-íris de oito cores que atravessa transversalmente a base dos cones e que corresponde a influência directamente dependente de factores geofísicos, geodemográficos, organizacionais, profissionais, geracionais, de género, étnicos e ideológicos. As culturas transversais são comuns a vários espaços linguísticos e constituem fragmentos de um todo invisível e diverso. As diferentes “culturas horizontais” caracterizam-se pela fluidez e pela indefinição dos seus contornos, colorindo de diversas tonalidades o fundo cromático de uma cultura monolíngue nacional. Estas culturas resultam num mosaico multicolorido que corresponde às representações culturais dos diferentes grupos sociais e dos indivíduos que neles se inserem. (76)

Tanto a língua portuguesa como a língua francesa, e logo as respectivas culturas, resultam de uma dinâmica evolutiva marcada por um multiculturalismo inerente ao passado colonial das duas nações, bem como às políticas nacionais de acolhimento para emigrantes. Nestes territórios, vistos como espaço de transição e interacção entre povos e culturas, a interculturalidade apresenta-se como uma estratégia plural, multidireccional e heterogénea que ocorre na comunicação, na interacção cultural, bem como nas relações económicas, no entendimento religioso, na convivência inter-geracional, na acção dos medias e nas práticas de saúde. (79) É neste contexto de saúde que vamos agora abordar a cultura.

4.3 Cultura em saúde – competências culturais em saúde/ visão da doença

Vários estudos demonstraram a importância em reconhecer a cultura como um factor essencial na melhoria da eficiência da comunicação em saúde (80), destacando a preponderância da cultura na RMP. De facto, nas sociedades multiculturais que são a sociedade francesa e portuguesa, os profissionais de saúde têm de enfrentar pacientes com diferentes culturas, e conseqüentemente com crenças dissemelhantes sobre a doença e a saúde. (81) Igualmente, confrontam-se com barreiras linguísticas que podem existir entre eles e os pacientes, dificultando a realização de um serviço de saúde com qualidade e a obtenção duma RMP eficiente e satisfatória. (81) Mais, certos estudos apontaram que, perante pacientes pertencentes a minorias étnicas, os profissionais de saúde apresentavam menos afecto e forneciam menos explicações médicas. As dificuldades comunicacionais por parte destas populações podem ter como conseqüências a não adesão ao tratamento assim como sentimentos de medo e desespero, afectando a qualidade do serviço de saúde. (81) Apesar do conceito de cultura ser profundamente associado ao de saúde, continua um princípio mais retórico do que propriamente aplicado no dia-a-dia. Assim, os profissionais de saúde têm de reconhecer a cultura como um facto importante de saúde pública, no objectivo de contribuir para o desenvolvimento de novas estratégias, de forma a eliminar as disparidades existentes. (80) Como qualquer profissional de saúde, O médico dentista, tem de se familiarizar com o conceito de comunicação intercultural, ponto fulcral para obtenção do bem-estar físico e mental do paciente. Disso, emerge o conceito de *competência cultural*, que reconhece e incorpora “the importance of culture, assessment of cross-cultural relations, vigilance toward the dynamics that result from cultural differences, expansion of cultural knowledge, and adaptation of services to meet culturally unique needs”. (82) (p.294) Este conceito baseia-se sobre “an awareness of the integration and interaction of health beliefs and behaviours, disease prevalence and incidence, and treatment outcomes for different patient populations.” (82) (p.294) De facto, o médico tem de ter a capacidade em comunicar com pacientes de culturas diferentes e assim desenvolver uma certa sensibilidade cultural. Entende-se por isto o médico ter um certo conhecimento sobre a cultura em questão ao interagir com o paciente, usar uma linguagem verbal e não verbal adequada, considerar a cultura do paciente na escolha do tratamento, assim como compreender e respeitar os valores, crenças e atitudes do paciente no que diz respeito a saúde. (77) Esta competência intercultural é essencial para evitar

qualquer forma de malentendido, insatisfação e ansiedade por parte do paciente. Neste contexto de saúde, parece relevante destacar a noção de doença. Este conceito engloba tanto o aspecto biológico da doença como sendo a má função ou adaptação ao nível fisiológico, como as reacções pessoais, interpessoais e culturais do indivíduo à doença. (83) A percepção de doença, tal como a experiência íntima deste estado são fortemente influenciados pelas representações dadas pela cultura. Assim, a cultura é uma das determinantes das expectativas do paciente, da sua percepção dos sintomas, bem como da maneira que tem de comunicar os seus sintomas.(83) Logo, a consciencialização das especificidades culturais do ritual clínico, do estatuto dos diferentes intervenientes e da abordagem socio-interaccional do paciente permitiria reduzir os problemas inerentes à mudança de contextos nacionais, melhorando assim a adaptação a uma nova cultura.

4.4 O perfil de Médico europeu

O multiculturalismo associado ao sistema socioeconómico que é a União Europeia incita-nos a reflectir sobre a necessidade em reconsiderar a prática médica e melhorar a qualidade da prestação, bem como a personalização da relação médico paciente em qualquer contexto nacional. Da mesma forma, esta reflexão incita-nos a ponderar a possível existência de uma identidade europeia nesta mesma prática clínica. Seguindo esta linha de pensamento, em 1999, ministros da Educação de vários países europeus assinaram a declaração de Bolonha que marcou o ponto de início dos processos de convergência e harmonização dos sistemas de ensino superior europeus. No que respeita à medicina dentária, duas organizações europeias – a A.D.E.E (Association for Dental Education in Europe) e a TNP (DentEd Thematic Network) – trabalharam em conjunto no intuito de alcançar uma certa sintonia nas formações superiores, e assim representar cerca de 160 faculdades de Medicina Dentária membros da A.D.E.E. (84) Desde de 1995, uma directiva do Parlamento Europeu adoptada pela Comissão Europeia considera a medicina dentária como “ (...) a specific profession distinct from that of medical practitioner (...) ” cujos objectivos são a “(...) prevention, diagnosis and treatment relating to anomalies and illnesses of the teeth, mouth, jaws and associated tissues”. (85) Consideraram ainda que, depois de um ensino teórico e prático numa duração de 5 anos a tempo completo numa faculdade ou instituto equivalente, o novo graduado em medicina dentária tinha capacidade de exercer de forma segura e independente a profissão de médico dentista. A partir de 2004, foram elaborados projectos que definiam os *Profile and*

Competences for the European Dentist. O projecto de 2004 (86) definia as seguintes características para o perfil do médico dentista graduado:

- ter uma ampla formação académica na área de medicina dentária e ser capaz de intervir em qualquer área de dentária; (86)
- ser formado na área das ciências biomédicas; (86)
- ter a capacidade em trabalhar em conjunto com outros médicos dentistas e outros profissionais do sistema de saúde; (86)
- ter boas capacidades comunicacionais; (86)
- estar consciente da aprendizagem contínua ao longo da vida que obriga a medicina dentária; (86)
- ser capaz de usar os conceitos de medicina dentária baseada na evidencia, a partir da teoria e prática. (86)

Das competências do médico dentista graduado, espera-se um nível básico de conhecimento, comportamento e aptidões que permitem implementar e promover uma saúde oral apropriada ao paciente, contribuindo assim para a obtenção dum estado de saúde geral do paciente. Na segunda edição do *Profile and Competences for the European Dentist* de 2009, o perfil e as competências do médico dentista graduado foram definidos em setes domínios associados com a prática geral de medicina dentária. (84) Distinguimos:

- **Profissionalismo:** o médico dentista tem de apresentar uma atitude e um comportamento profissionais, que inclui habilidades de investigação, de análise, de planeamento, de comunicação, de resolução de problemas e de liderança. Igualmente, o médico dentista tem de estar familiarizado com noções como ética e jurisprudência, tendo uma compreensão completa da moral e da ética, das responsabilidades envolvidas na prestação de cuidados à pessoa, assim como das leis aplicáveis à prática de medicina dentária; (84)
- **Comunicação interpessoal e capacidades sociais:** o médico dentista tem de apresentar competência para comunicar de forma efectiva, interactiva e reflexiva com os pacientes, familiares e próximos assim com outros profissionais de saúde, independentemente da idade, da categoria social e da cultura. Assim, o médico tem de ser competente em estabelecer uma RMP permitindo a realização dum tratamento dentário efectivo. Igualmente, tem de identificar as expectativas, desejos, necessidades

e pedidos do paciente na elaboração do plano de tratamento, como os factores sociais e psicológicos que possam estar a origem da doença oral e efectuar o respectivo diagnóstico e tratamento. O médico dentista tem de partilhar a informação e o seu conhecimento com o paciente e outros profissionais, ter a capacidade em negociar, dar e receber crítica construtiva. Deve ter a capacidade em controlar o stress e ansiedade, tanto seus, do paciente ou da equipa médica, e ter a capacidade de trabalhar em equipa. Finalmente, o médico tem de ter conhecimento das ciências comportamentalistas; (84)

- Base de conhecimento, informação e competência informacional: o médico dentista tem de ter a capacidade em aplicar o seu conhecimento e compreensão das ciências clínicas, técnicas, médicas e biológicas básicas no intuito de reconhecer as diferenças existentes entre as condições normais e patológicas relevantes para a prática de medicina dentária. Por outro lado, o médico dentista tem, ao longo da sua vida profissional, de demonstrar a sua capacidade em manter o seu conhecimento profissional, através da aquisição contínua de informação; (84)
- Recolha de informação clínica: o médico dentista tem de obter e recolher a história clínica completa do paciente, tanto médica como dentária, assim como registar o estado oral do paciente. Tem de colectar também informação social e psicológica. Finalmente, o médico deverá executar um exame clínico adequado no objectivo de alcançar um diagnóstico apropriado; (84)
- Diagnóstico e plano de tratamento: tendo em conta os dados da história clínica e os resultados do exame clínico e dos diferentes testes de diagnóstico, o dentista tem de ter a capacidade de realizar um diagnóstico diferencial e um plano de tratamento de acordo com as necessidades e pedidos do paciente, assim como dar a sua opinião apropriada de especialista; (84)
- Terapia - estabelecimento e manutenção da saúde oral: o médico dentista tem de ter a capacidade em motivar o paciente em manter a saúde oral assim como recomendar o paciente a especialistas quando for necessário; (84)

- Prevenção e promoção de saúde: o médico dentista tem de ter a capacidade em melhorar a saúde oral dos indivíduos e da comunidade. (84)

A necessidade de definir o perfil de médico dentista europeu pressupõe a existência duma identidade europeia. Entende-se por *identidade* “o conjunto de repertórios de acção, de língua e de cultura que permitem a uma pessoa reconhecer a sua pertença a um certo grupo social, e desta forma, identificar-se a ele”. (87) (p.316) Nesta perspectiva, as diferentes culturas nacionais constituintes da Europa partilham valores e princípios comuns, assim como a consciência de ter em comum interesses específicos. Assim, apesar de se caracterizar por um conjunto de culturas diversas nacionais, a Europa determina-se por uma unidade de cultura, mas unidade na diversidade, sendo ela cultural e cimentada por identidades nacionais, regionais e locais coexistentes com a identidade europeia. (87)

II. INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA

1. Objectivos

Com a redacção desta dissertação, propusemos dois objectivos gerais:

- verificar se as diversidades culturais próprias a cada país permanecem visíveis ao longo da consulta e se influenciam os aspectos socio-comunicacionais da prática clínica;
- melhorar o conhecimento dos médicos dentistas e estudantes da área sobre a relevância da comunicação (inter)-cultural em saúde, realçando a preponderância da introdução das Ciências Sociais e Humanas tanto no curso universitário como na formação contínua dos médicos dentistas.

Estes objectivos, que constituem a base do trabalho, determinam os seguintes objectivos específicos da nossa investigação:

- analisar a influência das diversidades culturais no contexto da consulta de medicina dentária, pela observação da abordagem linguística e comportamentalista do médico dentista e do paciente em função da cultura;
- determinar as diferenças e semelhanças culturais na RMP em Portugal e França;
- perspectivar a existência de uma unidade cultural europeia na prática clínica de medicina dentária, ultrapassando as diversidades nacionais.

2. Metodologia

Enquanto futuros médicos dentistas, é-nos essencial considerar a Comunicação como área fundamental da nossa formação académica e profissional. O tema desta dissertação surgiu de dois factos: primeiro, e cada vez mais, jovens médicos dentistas portugueses demonstram vontade em procurar novas oportunidades de exercício da sua profissão fora do país de origem, França tornando-se um dos países de eleição para esta nova emigração. Neste novo contexto, as diferenças (inter)-culturais existentes na prática clínica entre França e Portugal constituem um campo de trabalho pertinente a explorar. Segundo, não temos conhecimento de nenhum trabalho direccionado para a temática específica aqui abordada, o que garantirá um maior interesse à nossa investigação.

Tendo por base os conceitos abordados nos capítulos anteriores, pretendeu-se estudar de forma comparativa as diversidades (inter)-culturais na RMP, tanto ao nível linguístico como comportamentalista, em França e Portugal, na consulta privada de Medicina Dentária. Desejou-se verificar não só a existência de diferenças culturais na prática clínica entre os dois países, como também averiguar as semelhanças na RMP estabelecida, deixando transparecer uma unidade europeia profissional na Medicina Dentária.

Esta investigação constitui um estudo observacional, seguindo a metodologia de observação naturalista. Trata-se além disto de um estudo de caso, definido como “[e]xploração de um único fenómeno, limitado no tempo e na acção (...) É um estudo intensivo e detalhado de uma entidade bem definida, um caso, que é único, específico, diferente e complexo”. (88) (p.64) Este trabalho enquadra-se, assim, num paradigma qualitativo.

Relativamente à literatura existente, existem escassos estudos referentes a temática do (inter)-cultural em comunicação em saúde em Medicina Dentária. De facto, esta problemática recente foi durante muitos anos desconsiderada, atribuindo assim ao tema da dissertação um carácter exploratório e inovador.

Para a redacção desta dissertação, procedeu-se à pesquisa bibliográfica em literatura relacionada com a temática abordada, para fundamentação teórica do tema escolhido e da investigação a realizar.

Associada a esta pesquisa, foram efectuadas observações de consultas em consultórios privados de Medicina Dentária em França e Portugal, com uma maioria de consultas de seguimento de pacientes.

2.1 Amostra

Foram observados quatro médicos dentistas em 40 (quarenta) consultas, sendo 20 (vinte) consultas em França (dez consultas em cada médico dentista francês), e 20 (vinte) outras consultas em Portugal (dez por cada médico dentista português), segundo a metodologia de observação naturalista.

A escolha das consultas a observar foi completamente aleatória.

A selecção dos médicos dentistas foi realizada de modo voluntário. Propusemo-nos constituir uma amostra com médicos dentistas que demonstraram disponibilidade em participar no estudo, após contacto directo com eles. A presença em consultório foi possível após autorização e assinatura dum consentimento informado por parte dos médicos dentistas, que garantiram o consentimento informado de cada paciente. A presença em consultório foi a mais discreta possível, sem método de gravação de som ou imagem por motivos legais e éticos.

Do mesmo modo, o anonimato dos pacientes foi assegurado, e garantimos a confidencialidade de toda a informação médica. Todos os dados são anónimos e utilizados unicamente no âmbito desta dissertação, estando garantida a integridade do/a paciente e do médico dentista, bem como a total confidencialidade das conclusões obtidas.

Não existiu nenhum critério de inclusão ou exclusão de pacientes a participar no estudo, tendo sido a única condicionante a maioria dos mesmos (terem idade igual ou superior a 18 anos).

2.2 Participantes

Foram seleccionados 4 médicos dentistas, de forma voluntária, seguindo características sociodemográficas, sexo, idade e experiência profissional semelhantes de um país a outro, no objectivo de eliminar qualquer tipo de viés: em França, foram analisados dois médicos dentistas, um de sexo masculino, outro de sexo feminino com respectivamente 66 anos e 30 anos e exercendo em meio urbano (Montgeron - Região Parisiense). Os dois médicos dentistas formaram-se na Faculté de Odontologie de Paris V, tendo o médico dentista 40 anos de experiência e a médica dentista 7 anos de experiência. Da mesma forma, em Portugal, foram observados dois médicos dentistas um de sexo masculino e outro de sexo feminino com respectivamente 69 anos e 30 anos, e exercendo em meio

urbano (Viseu e Coimbra). O médico dentista formou-se na Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, tendo 37 anos de experiência, enquanto a médica dentista se formou na Universidade Católica Portuguesa – Centro Regional das Beiras, tendo 7 anos de experiência.

Foram observados 40 pacientes, escolhidos de forma aleatória, entre os 20 anos e os 78 anos de idade (com uma média de 46.6 anos), 9 de sexo masculino e 31 de sexo feminino. (Ilustrações 4 e 7) Especificamente, em França, foram observados 20 pacientes, entre os 20 anos e os 78 anos de idade (com uma média de 49.3 anos), 5 de sexo masculino e 15 de sexo feminino. (Ilustrações 5 e 8) Em Portugal, foram observados 20 pacientes, entre os 21 anos e os 74 anos de idade (com uma média de 43.9 anos), 4 de sexo masculino e 16 de sexo feminino. (Ilustrações 6 e 9)

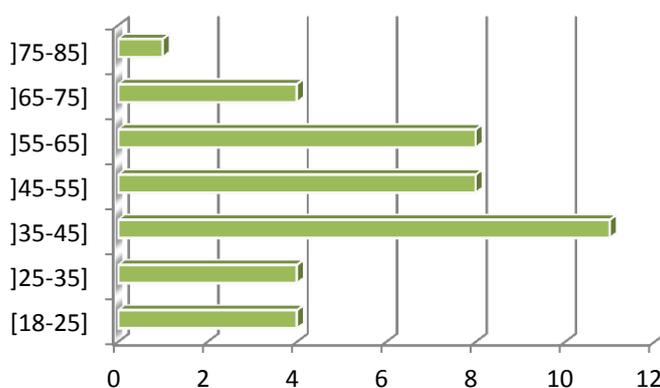


Ilustração 4 - Distribuição da Idade dos Pacientes Total

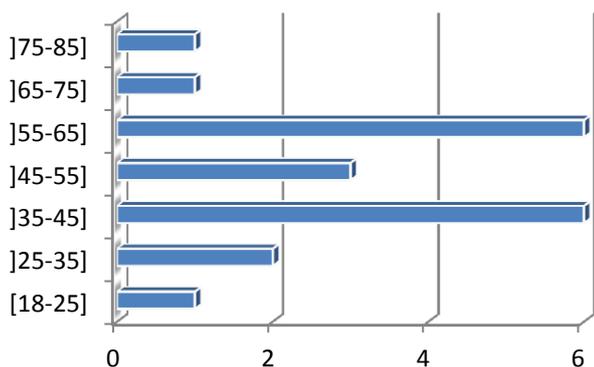


Ilustração 5 - Distribuição da Idade dos Pacientes Franceses

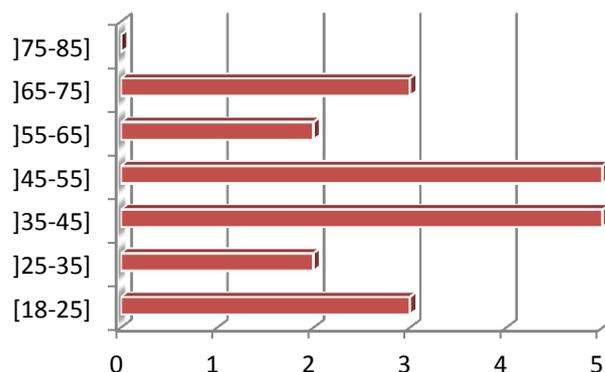


Ilustração 6 - Distribuição da Idade dos Pacientes Portugueses

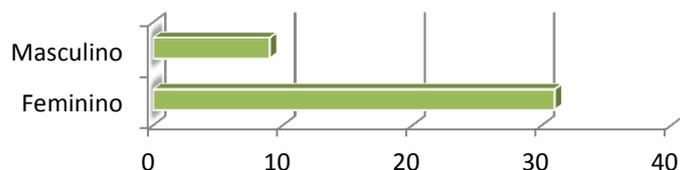


Ilustração 7 - Distribuição do Género dos Pacientes Total

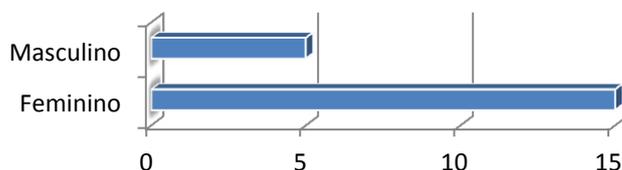


Ilustração 8 - Distribuição do Género dos Pacientes Franceses

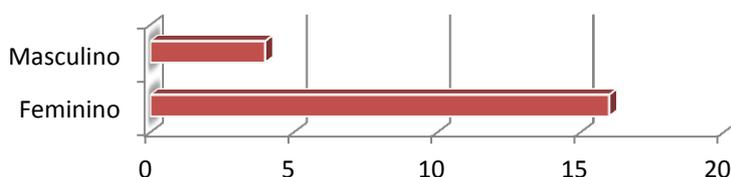


Ilustração 9 - Distribuição do Género dos Pacientes Portugueses

No que diz respeito às ocupações profissionais – a classificação segue a Classificação Nacional de Profissões do Instituto do Emprego e Formação Profissional (89) - o número de pacientes observados por grupo profissional foi o seguinte (Ilustrações 10,11 e 12):

- Quadros Superiores da Administração Pública, Dirigentes e Quadros Superiores de Empresa – um (gestor executivo francês);
- Especialistas das Profissões Intelectuais e Científicas – nove (professor de secundário - 1 portuguesa e 1 francesa; advogada - 1 portuguesa; enfermeiro - 2 portugueses; engenheiro - 1 português; veterinária - 1 portuguesa; contabilista - 1 portuguesa; assistente social - 1 portuguesa);
- Técnicos e profissionais de Nível Intermédio – três (educadora de infância - 2 portuguesas; professora do ensino básico - 1 portuguesa);
- Pessoal Administrativo e Similares – treze (operador em telefonia -1 francesa; encarregada de comunicação - 1 francesa; pessoal administrativo e similar - 2 portugueses e 5 franceses; empregado administrativo - 1 português e 3 franceses);
- Pessoal dos Serviços e Vendedores – dois (1 comerciante francês e 1 taxista francês);

- Agricultores e Trabalhadores Qualificados da Agricultura e Pescas – zero;
- Operários, Artífices e Trabalhadores Similares – um (florista francesa);
- Operadores de Instalações e Máquinas e Trabalhadores da Montagem – dois (1 vigilante de laboratório francês e 1 camionista português);
- Trabalhadores Não Qualificados – zero;
- Pessoas sem ocupação qualificada – nove (reformados - 3 portugueses e 4 franceses; 2 desempregados portugueses)

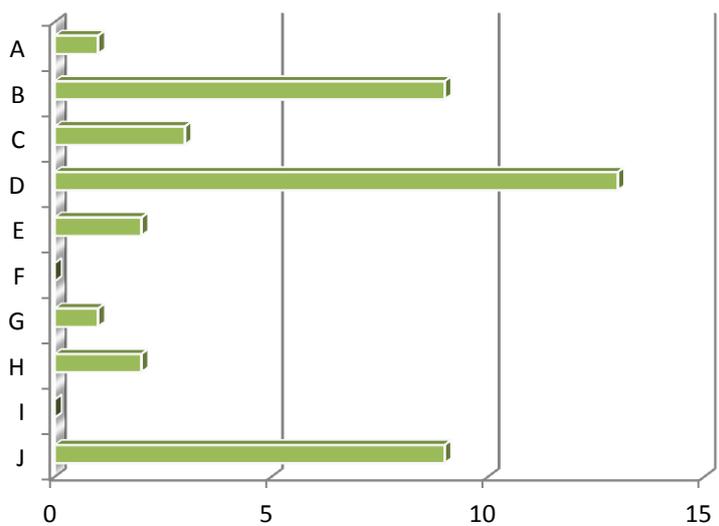


Ilustração 10- Distribuição das Ocupações Profissionais dos Pacientes

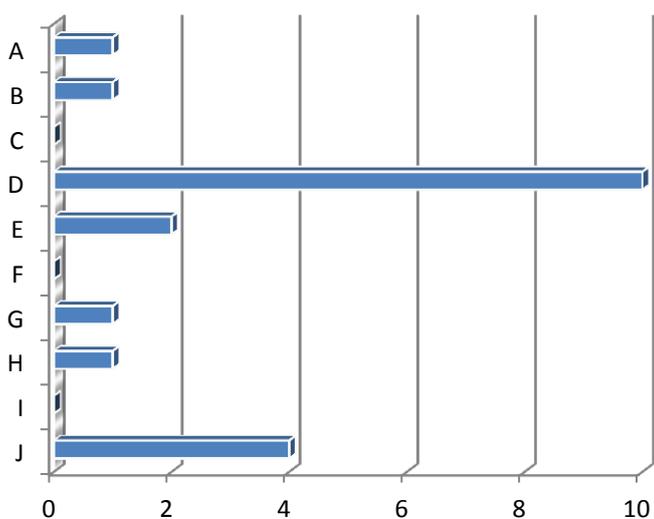


Ilustração 11- Distribuição das Ocupações Profissionais dos Pacientes Franceses

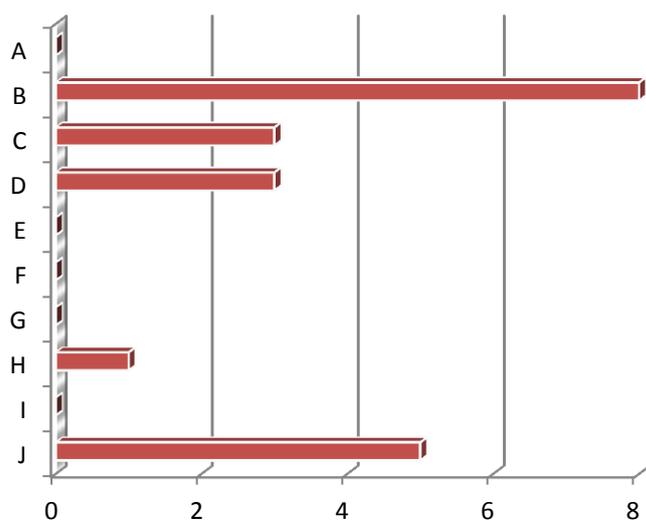


Ilustração 12- Distribuição das Ocupações Profissionais dos Pacientes Portugueses

- A- Quadros Superiores da Administração Pública, Dirigentes e Quadros Superiores de Empresa
- B- Especialistas das Profissões Intelectuais e Científicas
- C- Técnicos e profissionais de Nível Intermédio
- D- Pessoal Administrativo e Similares
- E- Pessoal dos Serviços e Vendedores
- F- 6 Agricultores e Trabalhadores Qualificados da Agricultura e Pescas
- G- Operários, Artífices e Trabalhadores Similares
- H- Operadores de Instalações e Máquinas e Trabalhadores da Montagem
- I- Trabalhadores Não Qualificados
- J- Pessoas sem ocupação qualificada

A nacionalidade dos médicos dentistas é a variável mais importante a considerar. Atentaremos, ainda à idade, sexo e experiência profissional do médico dentista, assim como ao meio socioeconómico e demográfico no qual exerce. Relativamente aos pacientes, consideraremos o sexo, a idade e a condição socioeconómica.

2.3 Instrumentos

Foi usada uma grelha sistematizada de anotações das observações, cada observação relatada seguindo directivas objectivas. (Anexo 4) Foram também necessários os consentimentos informados dos médicos dentistas, garantido o consentimento dos pacientes. (Anexos 2 e 3)

2.4 Procedimentos

A observação de cada consulta segundo o método de observação naturalista foi a opção de escolha. A observação naturalista é a técnica que consiste em observar os comportamentos como nos aparecem de forma espontânea em situações naturais. (90) Esta medida não intrusiva, descritiva e não experimental foi inicialmente usada na investigação sobre o comportamento animal, tendo demonstrado prova desde aí em antropologia humana, no estudo do comportamento humano. (90) Tem a vantagem de possibilitar a observação de comportamentos espontâneos, realistas e naturais num ambiente não artificial. (90) Assim, o observador terá de ser o mais discreto possível no intuito da sua presença não modificar os comportamentos observado. Por outro lado, e devido à legislação francesa, não foi autorizada a vídeo-gravação em consultório por parte do observador. Logo, para avaliação de distâncias, foram realizadas, anteriormente às observações, medições do consultório assim como

realização de pontos de referências para possibilitar a avaliação de medida durante a observação. Para controlo do tempo de consulta, foi usado um cronómetro.

Após breve explicação ao médico sobre o que seria efectuado e entrega do consentimento, o médico informou o paciente da presença do observador. Após obtenção do consentimento por parte do paciente, observou-se a consulta com preenchimento da grelha sistematizada.

2.5 Procedimentos legais e éticos

Todos os procedimentos foram realizados em consultórios privados de Medicina Dentária, em meio urbano, tanto em França como Portugal, em ambiente fechado para preservação da privacidade dos pacientes.

A informação foi recolhida por meio de observação e preenchimento de grelha sistematizada, tendo sido garantida a confidencialidade dos dados obtidos.

III. ANÁLISE DOS RESULTADOS

1. Resultados e discussão

Além de fornecer cuidados dentários aos pacientes, a consulta de Medicina Dentária não pode ser vista como uma simples entrevista durante a qual se partilham informações. No contexto da Medicina Dentária, como em qualquer especialidade de Medicina, a comunicação estabelecida – seja ela verbal ou não verbal - entre o médico dentista e o paciente é um ponto fulcral na obtenção de uma boa relação entre as duas entidades participantes. Esta relação interpessoal existente entre o médico dentista e o seu paciente, sendo vista como pedra angular da prática clínica, auxilia a obtenção de um tratamento eficaz, proporcionando maior satisfação e adesão ao tratamento do paciente.

Dentro de uma visão europeia da prática da Medicina Dentária, a mobilidade exponencial dos jovens médicos dentistas, assim como a vontade em harmonizar as várias políticas de cuidados de saúde existentes na União Europeia, tornaram fundamental o estudo comparativo da RMP em diferentes países europeus.

A maioria dos estudos existentes comprova a importância da comunicação na saúde assim como define os parâmetros essenciais à obtenção de uma relação médico-paciente satisfatória. No entanto, estes estudos estão na maioria realizados em países anglo-saxónicos, asiáticos ou sul-americanos e muitas vezes, num único país. À excepção de um estudo comparativo de 2003 acerca da comunicação existente entre médicos e pacientes na consulta de medicina geral, entre seis países europeus (Holanda, Espanha, Reino Unido, Bélgica, Alemanha e Suíça), nenhuma atenção se tem prestado às diversidades (inter)-culturais existentes na prática clínica de medicina dentária privada entre dois países europeus, como França e Portugal.

Os resultados desta investigação (grelhas de observações disponíveis nos anexos 5 e 6) não evidenciaram diferenças consideráveis entre França e Portugal na RMP estabelecida na prática clínica de Medicina Dentária. Não obstante, e apesar desta constatação geral, foi possível denotar algumas variações.

Um dos primeiros aspectos analisado foi todo o campo verbal da comunicação. Em primeiro lugar, examinou-se o emprego da modalização: em todas as consultas observadas, quer seja em França ou em Portugal, foi usada a modalização ao longo do discurso estabelecido. Nos resultados obtidos em Portugal, tanto a médica dentista nº3 como o médico dentista nº4 usaram vários modos gramaticais como formas de modalização: os modos imperativo (“feche”, “abra”) e infinitivo (“fechar” “abrir”) traduzem na maioria das vezes um pedido educado, por parte do médico dentista,

com conotação de obrigação de realização do pedido por parte da paciente para a boa continuação do tratamento a ser realizado. Estas duas formas modais foram as mais usadas ao longo das diversas consultas “portuguesas”. Além destas duas formas modais, o uso de fórmulas gramaticais com *ter de* (“tem de”) transcreveu uma obrigação que o paciente foi obrigado de cumprir, não tendo possibilidade de escolha. Por outro lado, o uso da negação não (“não vai poder” “não é aconselhado”) expressa uma proibição que o paciente vai ter que respeitar para não pôr em causa o sucesso do tratamento, sendo visto como maneira de aconselhar. Igualmente, o modo condicional (“o ideal seria”) bem como as modalidades que traduzem tanto a obrigação como a proibição foram usadas nas recomendações finais dadas ao paciente. Certas modalidades como o uso do auxiliar modal *poder*, perguntas directas, o uso do verbo *querer* no futuro do conjuntivo (“se quiser”) ou fórmulas gramaticais como ir + verbo conjugado na primeira pessoa do singular do presente indicativo (“vou-lhe pedir” “vou deixá-la”), traduzem uma forma de liberdade de escolha por parte do paciente em executar ou não o pedido efectuado por parte do médico dentista. Mais, o uso da primeira pessoa do plural (“vamos virar” “vamos lá a ver”) dá um valor acrescentado aos pedidos efectuados devido à implicação do médico dentista, que deverão ser concretizados de uma forma ou outra. Igualmente, o uso da pessoa pronominal de solidariedade poderá ser percebido como uma tentativa do médico dentista em distribuir o seu poder, e criar uma relação interaccional mais equilibrada. O uso desta forma pronominal de solidariedade vai no sentido de Kerbrat-Orecchioni que o considera característico de categorias socio-profissionais como a dos médicos. (11) Finalmente, apontamos o uso de fórmulas de pedido educado como “faça o favor” ou “faz favor” – com intuito de suavizar o pedido - com uma predominância de uso pelo médico dentista nº4 (p.e. consulta nº37).

Quanto aos resultados obtidos em França, as modalidades usadas são semelhantes às portuguesas, com significado semelhante. Assim, observamos o uso do modo imperativo (“serrez” “ouvrez”), do auxiliar modal *pouvoir* (“vous pouvez”), de perguntas directas (“vous fumez encore?”), do condicional (“je voudrais juste”), da fórmula “il faut que” -equivalente de tem de - conjugado tanto no tempo indicativo futuro (“il ne faudra pas”) como presente (“il faut”), de advérbios (“idéalement”), da fórmula “aller + verbe” (“vous allez”), do verbo *vouloir* (“vous voulez rincer?”) e da negação associada ao modo infinitivo (“ne pas manger durant une heure”). De igual forma, observamos tanto o uso da primeira pessoa do singular (“je vous autorise”) e da forma pronominal de solidariedade “on” – tendo o valor de uma primeira pessoa do plural (“on va attendre”) mostrando toda a implicação do médico no processo terapêutico e a vontade de criar uma posição de igualdade com o paciente. O uso de fórmula de pedido educado (“s’il vous plaît”) só foi detectado uma vez (consulta nº14). No entanto, observamos outras formas de modalidade como o uso do presente do indicativo com valor de obrigação (“vous restez comme ça”), da ausência do “ne” no uso da negação, inerente à variação da

linguagem (“Mangez pas” “ Vous pouvez pas”) ou ainda do uso de negação associada a uma frase nominal (“pas de noix ni de caramel”), tendo aqui um valor de obrigação nas recomendações dadas pelo médico dentista ao paciente.

Na comparação entre os dois países, observamos assim uma diversidade análoga das formas de modalidade usadas, apesar dos médicos dentistas portugueses parecerem usar com mais frequência a modalidade do que os colegas franceses. Assim, numa língua ou noutra, o uso da modalidade permite demonstrar a relação de poder existente na relação médico paciente estabelecida: atentamos à alternância da relação de poder, oscilando entre autoridade do médico e vontade de criar igualdade com o paciente. A modalidade participa a delicadeza, valor essencial à prática profissional e ao estabelecimento de uma relação interpessoal harmoniosa. (11)

A delicadeza transparece ainda através do equilíbrio entre uso de FTA e FFA. Este facto foi observado em 24 das 40 consultas, numa proporção semelhante entre os quatro médicos dentistas. Usaram estrategicamente os FTA para apreciar de forma negativa a falta de cuidados dentários por parte de certos pacientes, no intuito de provocar uma consciencialização acerca da necessidade de ter mais cuidados ao nível dentário (p.e. consultas nº 6, 13, 27, 32). Contudo, os profissionais de saúde também souberam utilizar os FFA para lisonjear os pacientes tanto sobre a aparência física deles (p.e. consultas nº 9 e 26) como sobre o bom comportamento ao nível dentário destes últimos de uma consulta a outra (p.e. consulta nº27). Esta estratégia verbal poderia assim criar um ambiente agradável e motivador, essencial à adesão do paciente ao tratamento. Os médicos igualmente usaram FTAs contra as faces dos pacientes atenuados por FFAs: este contrabalanço tem valor de encorajamento dos médicos para os pacientes (p.e. consulta nº21). Os médicos dentistas são também gratificados pelos pacientes, que reconhecem a qualidade do resultado terapêutico, elogiando-os (p.e. consultas nº6, 22 e 35) ou agradecendo-lhes com a oferta de prenda (p.e. consulta nº34). A delicadeza aqui usada através da alternância de FTAs e FFAs parece essencial na construção da relação interpessoal entre médico e paciente, coincidindo com o defendido por Kerbrat-Orecchioni. (11)

Outro parâmetro em análise refere a importância das formas de tratamento que podem ser usadas pelo médico dentista para definir o seu paciente. De facto, na língua – seja ela francesa ou portuguesa - as formas de tratamento constituem “um dos mais óbvios elos de ligação entre a própria estrutura da língua e a estrutura da sociedade, no sentido em que reflectem a organização da sociedade em termos de instituições [...] e de estratificação”. (91) (p.93) Na observação das consultas francesas, reparamos o uso do tratamento pronominal da 2ª pessoa verbal “vous” como forma de designação do paciente, em 19 consultas em 20, e da 2ª pessoa verbal “tu” numa consulta (consulta 14). O uso do “vous” permite criar um certo distanciamento entre o médico e o paciente enquanto o “tu” é símbolo

de intimidade existente entre o médico e o paciente. As outras formas de tratamento consistiram no uso das formas nominais “Madame” associado ao sobrenome (em 6 consultas: nº4,7,8,11,17 e 20), do “Madame” não associado a qualquer tipo de nome numa consulta (consulta nº3) e do “Monsieur” numa única consulta (consulta nº2). Em nenhum momento as formas de tratamento usadas pelos médicos dentistas franceses referenciaram o estatuto socio – económico dos pacientes.

Nas consultas portuguesas analisadas, observamos uma maior variedade das formas de tratamento: primeiro, observamos o uso do apelativo “Dona” associado ao nome da paciente em inúmeras consultas dos dois médicos dentistas portugueses (consultas nº21,22,24,35,38), sendo a forma de tratamento mais usada para designar pacientes de sexo feminino. Esta forma de tratamento foi aqui usada para designar mulheres pertencentes a uma faixa etária superior aos 50 anos. O nome do paciente como forma de tratamento é empregado em várias consultas (consultas nº 23,26,28,29,30,37,39), caracterizadas por pacientes pertencentes à faixa etária compreendida entre os 30 e 39 anos e pela grande cumplicidade e familiaridade que possam existir entre o médico dentista e o seu paciente. Esta confiança transparece no seu extremo pelo uso do diminutivo “-inho” associado ao nome da paciente (consulta nº26). Igualmente, é de notar o uso por parte do médico dentista nº4, e numa visão paternalista, do uso do termo “filha” (consultas nº32 e 34) para designar pacientes de sexo feminino, pertencentes a faixa etária do 30-39 anos, e com as quais apresenta grande familiaridade. À diferença das consultas francesas, apontou-se igualmente a escassez do uso do tratamento pronominal explícito da 2ª e 3ª pessoa verbal do singular - “tu” e “você” (consultas nº21 e 23), podendo ser explicado pela ausência habitual do pronome associado ao verbo e inerente às regras de gramática portuguesa. (26) Por outro lado, e numa forma paralela às consultas francesas, utilizaram-se formas de tratamento nominais como “Minha Senhora” (consultas nº 31,33, 35) ou “Senhor” e “Senhora” associado ao nome do paciente (consultas nº 27 e 35). Ao contrário dos homólogos franceses, que usam o sobrenome associado a uma forma nominal como forma de tratamento, o facto dos médicos dentistas tratarem o paciente pelo nome pode explicar-se pelo simples respeito das regras de forma de tratamento em Portugal. Como já referido, em Portugal, quando um interlocutor se dirige a uma pessoa com título profissional e que exerce um determinado cargo, designa-a com o respectivo título. (26) Assim, as consultas 35, 36 e 40 são exemplos de tal uso: perante pacientes com cargo de professora ou reformadas da profissão, o médico dentista utiliza formas de tratamento nominais como “Senhora Doutora” ou “Doutora” associado ao nome da paciente. Respeita assim a visão tradicional e hierárquica das relações interpessoais caracterizada pelo distanciamento e reconhecimento da posição social destas pacientes. (26) No entanto, as consultas 29 e 39 comprovam a evolução desta concepção hierárquica para uma visão mais igualitária das relações interpessoais (91). Nesta nova perspectiva, os actores sociais não sentem diferenças de poder e codificam a relação estabelecida em termos de

proximidade e familiaridade. De facto, na consulta 29, a médico dentista nº3 designa o seu paciente - com cargo de engenheiro - pelo seu antropónimo em detrimento do título profissional “Senhor Engenheiro”; igual facto ocorre na consulta 39 onde o médico dentista nº4 opta por tratar a sua paciente, com profissão de advogada, pelo seu nome em vez do seu título oficial “Senhora Doutora”. Estas situações parecem ser explicadas pelo grande grau de proximidade existente entre os médicos e os seus pacientes.

Em seguida, outro aspecto investigado foi a adequação do registo linguístico utilizado pelos médicos dentistas na conversação com os pacientes. Uma informação excessivamente técnica podendo dificultar uma comunicação, em todas as quarenta consultas analisadas, os médicos dentistas utilizaram um vocabulário técnico para explicitar as várias fases do procedimento efectuado durante a consulta, sendo este vocabulário sempre adaptado e explicitado aos pacientes, independentemente do género ou do estatuto socioeconómico. Mais, em trinta e sete das quarenta consultas observadas, os médicos dentistas aplicaram uma linguagem comum, marcando-a de um tom mais ou menos informal consoante a idade do paciente e o nível de confiança e proximidade partilhados. As consultas 13, 14 e 19 (consultas da médica dentista nº2) foram marcadas por uma alternância entre linguagem comum e familiar (“oh moi je m’en fous” “ah merde”). Este comportamento verbal não sendo visível na médica dentista portuguesa, não pode ser considerado como uma característica geracional ou de género influenciadora da linguagem verbal. Finalmente, em trinta e cinco das quarenta consultas, os médicos dentistas usaram a forma V com os pacientes, permitindo estabelecer um certo distanciamento e respeito da hierarquia social estabelecida. O uso da forma T foi somente observado nas consultas das duas médicas dentistas (consultas 14, 23, 26, 29 e 30), sendo em maioria para a médica dentista portuguesa. Símbolo de relação familiar, este uso foi verificado na interacção com pacientes pertencentes a faixas etárias iguais ou próximas das médicas dentistas e com os quais existem grande proximidade e intimidade. Em todas as quarenta consultas, notou-se o uso recíproco da pessoa definida, marcando assim uma certa igualdade entre as identidades sociais presentes na relação médico paciente. Assim, na maioria das consultas observadas, visualizamos de forma semelhante entre os dois países o uso por parte dos médicos dentistas de estratégias verbais essenciais na negociação de poder existente entre o médico e o seu paciente.

No entanto, uma comunicação eficiente estabelecida pelo médico dentista não inclui apenas os aspectos da comunicação verbal, mas também a habilidade em que ele tem de perceber a comunicação não verbal do paciente e de interagir a esse nível com ele. Um dos aspectos observados foi a distância estabelecida entre os intervenientes. As observações efectuadas permitem entender que as distâncias

estabelecidas nos dois países entre os vários médicos dentistas e os pacientes são na maioria a íntima e a pessoal. Hall define a distância pessoal como propícia à comunicação. (34) Este facto é confirmado por serem cumpridos, na maioria das fases iniciais e finais das consultas, momentos favoráveis à comunicação. De facto, foi observada uma distância pessoal no início da consulta em 34 das 40 consultas, e no fim da consulta em 35 das 40 consultas, o que nos parece profundamente ligado ao tipo de relação estabelecida entre médico e paciente. Em todas as quarenta consultas, observou-se a entrada do médico dentista na esfera da distância íntima durante a fase propriamente dita de tratamento.

Por outro lado, a investigação feita em comunicação inter-cultural distingue uma tendência das culturas do Norte da Europa requerer uma maior distância interpessoal do que nos países mediterrâneos. No entanto, nesta investigação, não foram verificadas diferenças nas distâncias observadas entre consultas realizadas em França e realizadas em Portugal.

O contacto físico estabelecido pelo médico dentista através duma mão colocada no ombro ou no braço do paciente pode ser traduzido como atributo de intimidade e proximidade existente entre o médico e o seu paciente. Este contacto físico pode ser visto como um parâmetro influenciado pela cultura: observou-se contacto físico voluntário em 60% das consultas respectivas dos médicos dentistas portugueses nº3 e 4 enquanto os escassos contactos físicos observados nas consultas francesas foram involuntários (consulta nº7) ou vistos como ameaça ao território íntimo do paciente (consultas nº4 e 5).

Os gestos na cultura francesa costumam ser simples, à diferença de certos países mediterrâneos caracterizados por maior entusiasmo. (92) Os gestos franceses como os gestos de qualquer cultura transmitem uma mensagem cultural: assim, a condescendência avistada nas consultas francesas poderá estar directamente associada ao respeito das conveniências tão importante na sociedade francesa. Por muitos franceses, a gesticulação desnecessária será considerada como um crime de lesa majestade contra a boa educação. (92)

A voz foi também analisada. À excepção da análise de tom de voz mais grave dos homens médicos dentistas, não foram observadas diferenças entre os quatro médicos relativamente às outras características vocais. Na maioria das consultas, empregou-se um volume vocal suficiente para comunicação e compreensão por parte dos pacientes, assim como ritmo e articulação satisfatórios. Em inúmeras consultas, sejam elas francesas ou portuguesas, o uso de máscara durante certas fases comunicacionais constitui uma dificuldade na compreensão da fala por parte do médico dentista.

O contacto ocular foi outro parâmetro estudado nesta investigação: os resultados foram obtidos pelo posicionamento de “cima para baixo”, o médico encontrando-se de pé ou sentado, a olhar para o paciente que se encontra sentado ou de pé. Em todas as quarenta consultas foi estabelecido contacto visual. No início das consultas, foi estabelecido um ângulo superior a 0° em 30 das 40 consultas, enquanto 26 das 40 consultas se caracterizaram por um ângulo igual a 0° no final. Assim, e na sua maioria, os médicos dentistas tentaram diminuir o ângulo de contacto ocular estabelecido inicialmente para alcançar um valor nulo, signo de tentativa de igualdade entre as duas entidades. Este contacto ocular frequente é símbolo de afecto e interesse por parte do médico dentista, convidando o paciente a participar na interacção. No entanto, em certas consultas (consultas nº1, 8, 38 e 40) os pacientes desviam o olhar apurado do médico dentista, sinal de rejeição do convite. Estas consultas são caracterizadas por pacientes fragilizados ou com certa angústia.

A esta noção de contacto ocular, está directamente associada a posição que o paciente e o médico ocupam tanto no início como no fim da consulta. Em 21 das 40 consultas, os médicos dentistas ocuparam, inicialmente, uma posição sentada lateralmente ao paciente, com predominância para o médico dentista nº1 e para o médico dentista nº4 (70% das suas respectivas consultas). No fim da consulta, os médicos dentistas franceses nº1 e 2 acabam numa posição sentada, frente ao paciente igualmente sentado, em 70% das suas respectivas consultas. Isto pode explicar-se pela existência, nos consultórios respectivos, de uma mesa à volta da qual se estabelece a comunicação final. Comparativamente, os médicos dentistas portugueses nº3 e 4 concluem a comunicação final de pé junto aos pacientes em respectivamente 70% e 60% das consultas, podendo ser explicado pela ausência de mesa próxima da cadeira de tratamento nestes consultórios.

Outro elemento não verbal analisado foi o vestuário: o médico dentista francês nº1 e a médica dentista portuguesa nº3 estavam vestidos com uma farda completa enquanto a médica dentista francesa nº2 e o médico dentista nº4 usavam uma simples bata acima de roupa do dia-a-dia. Assim, na observação efectuada, o vestuário não pode ser considerado função de cultura, de género ou de idade.

A comunicação verbal e não verbal estando intimamente interligadas, observou-se ao longo de diferentes consultas a interacção entre linguagem verbal e não verbal, na qual uma mensagem não verbal se relaciona com uma mensagem verbal. De facto, durante a fase de tratamento, e porque o médico dentista está a trabalhar na boca do paciente, a única forma de resposta do paciente quando o médico lhe coloca perguntas é o uso da linguagem não verbal. Assim, em certas consultas (consultas nº11, 24,25, 26, 27, 32, 35, 36, 37, 39, 40) – e com predominância para as dos médicos dentistas

portugueses - assistiu-se a uma interacção entre comunicação verbal e não verbal, inerente à prática de medicina dentária.

Numa visão global, a comunicação estabelecida entre médico e paciente apresentou muitas similaridades entre os dois países, facto igualmente observado no estudo de Brink-Muinen. (93)

Como já referenciado anteriormente, a satisfação dos pacientes é em grande parte influenciada pelas capacidades comunicacionais desenvolvidas pelos médicos. A medicina dentária não é uma excepção a regra: uma transmissão adequada da informação poderá influenciar positivamente a adesão ao tratamento e as recomendações de saúde dadas ao paciente. Assim, o médico dentista deverá ter a capacidade em explicitar ao paciente o conteúdo de cada consulta, diminuindo possível receio relativo ao tratamento dentário. Em 37 das 40 consultas examinadas, os médicos dentistas deram explicações aos pacientes acerca do tratamento a efectuar, esclarecendo de forma simplificada, mas com auxílio de termos técnicos, as várias fases do procedimento a ser realizado na consulta, assim como das terapias futuras a efectuar. Em algumas consultas, estas explicações apoiaram-se em material como radiografias (consultas 6, 13, 23, 30 e 39), imagens obtidas a partir de câmara intra-oral (consultas 5 e 7), softwares (21) e uso de espelho extra oral (consultas 35,37 e 40).

Apesar dos esforços feitos pelos médicos dentistas para se expressarem de forma simples e adequada, podem sempre existir falhas no processo comunicativo, denotadas logo pela falta de compreensão expressa por parte dos pacientes, e obrigando a um esclarecimento ou reformulações de discurso por parte do médico dentista. Assim, em 25 das 40 consultas, foram precisas reformulações de perguntas, muito delas ligadas a reformulação de pedido, por parte do médico, de confirmação de ausência de dor inerente ao tratamento (consultas nº5 e 6) assim como do ajuste a realizar no resultado final de certos tratamentos (p.e. polimento de restauração – consulta nº9). Mais, certos pacientes solicitaram reformulação de discurso em fases de escolha de tratamento (p.e. consulta nº21). Estas reformulações foram mais visíveis em consultas portuguesas. Identicamente, perante algum desentendimento, os pacientes colocaram dúvidas – como observado em 29 das 40 das consultas – relativas ao tratamento a efectuar ou efectuado, às recomendações finais dadas pelo médico dentista, ao pagamento da consulta ou à dor sentida durante o tratamento. Este fenómeno foi observado em maioria nas consultas portuguesas. Dúvidas colocadas pelos pacientes também podem comprovar a preocupação dos pacientes em obter toda a informação necessária à participação na decisão terapêutica final. Todas estas informações – perguntas, respostas e informações acerca do tratamento - constituíram grande parte da comunicação estabelecida, constatação também feita por Brink-Muinen. (93)

28 das 40 consultas analisadas caracterizaram-se por comportamentos recorrentes por parte dos médicos dentistas ao longo das diferentes consultas, sejam eles verbais como não verbais. Ao nível verbal, os comportamentos estudados consistiram em frases com função de marcadores temporais da consulta. Esta estratégia verbal demonstrou eficácia em consultas com pacientes mostrando uma certa impaciência ao tratamento. Relativamente aos médicos dentistas portugueses, notou-se a recorrência de expressões como “ora bem” ou “pronto” que demarcaram também as várias fases do tratamento. Finalmente, é relevante destacar o uso recorrente por parte da médica dentista nº3 da expressão “tudo bem” (consultas 23,25, 27, 28, 29) ou da pergunta “dói alguma coisa?”, testemunhos da sua preocupação permanente. Comportamentos não verbais recorrentes foram principalmente notáveis em consultas do médico dentista nº4: de facto, o médico dentista abandona inúmeras vezes o paciente, saindo do consultório propriamente dito para a divisão do lado no intuito de ir buscar o material necessário ao procedimento. Acompanha sempre o movimento de saída dum a mão frente ao olhar do paciente, traduzindo um “espera”.

Ao longo das trocas conversacionais, teve-se recurso à negociação, não sendo exclusiva de nenhum dos médicos dentistas. Foi desenvolvida em situação de esclarecimento de dúvidas do paciente acerca da decisão de escolha terapêutica, da realização do acto terapêutico propriamente dito ou ainda do resultado final obtido. A negociação pareceu essencial em situações de marcação de consulta, bem como na persuasão usada pelos médicos dentistas para convencer os pacientes em seguir as recomendações finais dadas. A negociação foi usada em 32 das 40 consultas, sendo a médica dentista portuguesa a médica que recorreu menos vezes à negociação (60% das consultas), seguida pelos médicos dentistas franceses (respectivamente 80% das consultas) e do médico dentista português (100% das consultas).

Também a existência de uma nota introdutória por parte do médico antes da realização da consulta pareceu importante no estudo. A conversa inicial poderá constar – como verificado nas consultas observadas - tanto de tópicos de conversa pessoais (p.e família, emprego do paciente), generalistas (sociedade, meteorologia) como propriamente médicos (motivo de consulta, tratamento efectuado ou a efectuar, seguimento de recomendações, pós operatório de tratamento anterior).

Os médicos dentistas foram responsáveis pela introdução de tópicos de conversas em 31 das 40 consultas analisadas. Mais de metade das consultas iniciadas pelos pacientes são portuguesas, o que pode ser visto como uma tentativa por parte dos pacientes de *empowerment* sobre a comunicação estabelecida.

É fulcral o médico iniciar a consulta abordando tantos tópicos médicos como pessoais: de facto, esta conversa inicial permite não só criar um certo ambiente de confiança através do fornecimento de informações relativas ao tratamento a efectuar e aos tratamentos futuros necessários, mas também permite ao médico demonstrar a sua apreciação do paciente como pessoa. Abordando assuntos pessoais na sua maioria, os quatro médicos dentistas souberam ultrapassar a visão puramente patológica do paciente para uma perspectiva mais humanista. Sentindo-se o paciente considerado como pessoa, a relação médico paciente será profundamente melhorada. Na investigação realizada, 25 das 40 consultas foram marcadas por uma visão psicossocial do paciente, sendo a médica dentista francesa e o médico dentista português a encarar numa percentagem idêntica o paciente no seu simples estatuto de paciente: logo, nesta percepção do paciente, o género como a idade dos médicos dentistas não parece ter influência. Esta constatação é contraditória com Brink-Muinen que considera que as médicas mulheres teriam maior tendência a perspectivar o paciente na sua vertente psicossocial. (93)

A consulta de Medicina Dentária sendo vista como um verdadeiro ritual social, a existência de uma abertura e encerramento formais em consultórios foi essencial para situar o paciente no contexto de consulta, indicando-lhe que naquele espaço e naquele tempo a comunicação será destinada às explicações do acto terapêutico a efectuar neste dia e num futuro próximo. Nestas fases, também poderá haver lugar uma partilha social comunicativa acerca de assuntos na maioria não relacionados com o acto médico dentário. Tanto nas consultas francesas como portuguesas, o ritual de abertura foi realizado preferencialmente junto a cadeira de tratamento, sendo também local de ritual de fechamento para as consultas portuguesas. Como já referimos, o ritual de fecho das consultas francesas ocorreu preferencialmente junto às respectivas secretárias dos médicos dentistas. Em todas as quarenta consultas observadas, observaram-se rituais de abertura e fecho de consulta, demonstrando assim a sua importância nas consultas de medicina dentária realizadas tanto em França como em Portugal. É de realçar os rituais de fecho e abertura de consultas do médico dentista nº1, constantes e quase imutáveis ao longo das dez consultas observadas. Um parâmetro que também nos pareceu judicioso de comparação na prática clínica entre os dois países consistiu na análise das formas de cumprimentos “físicos”, tanto no início como no final da consulta. Assim, verificou-se a existência deste comportamento em 29 das 40 consultas observadas, sendo observado em 100% das consultas portuguesas. Dependendo do género do paciente, bem como do grau de familiaridade e proximidade existente entre o médico dentista e o paciente, os cumprimentos observados em Portugal alternaram-se entre aperto de mão e beijinhos, sendo o modo de acção dos dois médicos dentistas semelhante.

Relativamente à escassez de formas de cumprimento nas consultas francesas, é de realçar a atitude do médico dentista perante o género feminino. De facto, em consultas com pacientes de sexo

feminino e que não estejam acompanhadas (p.e. consultas nº1, 3 e 4), o médico dentista nunca estabeleceu cumprimento físico. No entanto, na presença do marido ou companheiro de uma paciente, o médico dentista já se permitiu um aperto de mão, tanto à paciente como ao acompanhante (consulta nº10). Igualmente, reservou o aperto de mão a pacientes de sexo masculino e com os quais já existe uma certa familiaridade (consultas nº2 e 7). Relativamente à médica dentista francesa, não se observaram comportamentos tão lineares.

Quanto a cronémica, ou seja ao tempo destinado à consulta e à comunicação em si, concluímos com uma média de 32.5 min de tempo de consulta, com uma média de 11.5 min consagrada à comunicação nas 40 consultas observadas. A média de tempo das consultas portuguesas é maior do que a média de tempo das consultas francesas (38,35 min para Portugal contra 26,65 minutos em França). Da mesma forma, o tempo dedicado à comunicação nas consultas portuguesas é igual ao dobro do tempo dado à comunicação nas consultas francesas (15.3 minutos contra 7.7 minutos). Um achado interessante de destacar é o tempo dedicado à comunicação nas consultas das médicas dentistas. Seja em França ou em Portugal, as médicas dentistas consagram maior tempo à comunicação do que os seus colegas masculinos. Este resultado vai no sentido de vários estudos existentes acerca da relação entre comunicação e género dos médicos. Segundo uma meta análise de 2004 (55), as médicas dedicariam mais tempo a comunicação durante a consulta do que os seus homólogos masculinos. Como anteriormente referido, teriam igualmente maior capacidade em equilibrar a conversa entre paciente e médico, tendo maior aptidão e facilidade em construir mais rapidamente uma relação médico paciente satisfatória. Os pacientes de um médico de sexo feminino fariam mais, divulgando mais facilmente informações psicossociais tão importante como a obtenção de informações biomédicas.

A maioria das consultas foi marcada por um equilíbrio de fala entre médico e paciente, facto que vai em contradição com o estudo de Brink-Muinen que conclui que os pacientes falavam menos do que os médicos. (93) Este desequilíbrio de fala em favor do médico foi observado apenas em 6 consultas. Este caso verificou-se em situação de 1ª consulta ou de consultas com pacientes ansiosos. A monopolização da fala por parte dos pacientes foi visível em três consultas com pacientes muito fragilizados e com grande necessidade em falar ou com pacientes aparentando personalidades fortes.

Além das capacidades comunicativas apresentadas pelos médicos dentistas observados e discutidas anteriormente, o médico dentista tem de apresentar um conjunto de qualidades desejáveis e propiciadores dum ambiente favorável à construção de uma boa RMP. Assim, averiguou-se a presença de características idealmente presentes na RMP: ao longo de 16 das 40 consultas analisadas,

observou-se, por parte dos médicos dentistas, o uso de humor e risos, com preferência para a médica dentista portuguesa (70% das suas consultas). O riso e o humor apareceram como instrumentos essenciais em primeiras consultas e em consultas caracterizadas por pacientes ansiosos na construção dum ambiente agradável à consulta. Sob o mesmo ponto de vista, a empatia e solidariedade foram umas das características mais visíveis ao longo da investigação efectuada, principalmente perante pacientes fragilizados (p.e. consultas nº 3 e 40). Similarmente, os médicos dentistas demonstraram honestidade acerca da situação clínica dos pacientes e dos resultados obtidos após o tratamento efectuado (p.e. consultas 27, 31, 32, 36, 40). Esta honestidade tornou-se essencial à tomada de consciência por alguns pacientes da necessidade em seguir as recomendações fornecidas (p.e. consulta 27). Este conjunto contribui para a criação de um ambiente de confiança que poderá estar na origem da cumplicidade e proximidade observada em várias consultas. Assim, a boa RMP estabelecida parece ser mais influenciados por características ligadas tanto à personalidade do médico dentista como a do paciente do que propriamente à nacionalidade ou características socio demográficas, de género ou de idade. Esta observação vai de acordo com as conclusões finais de Brink-Muinen. (93)

A satisfação do paciente é um ponto crucial no correcto estabelecimento da RMP. Tendo sido impossível avaliar a satisfação de pacientes através de questionários, a satisfação de pacientes transpareceu através do uso de elogios por parte dos pacientes ou de oferta de prendas, sendo algo visível unicamente nas consultas portuguesas (consultas nº22, 26, 34, 38, 40).

Finalmente, em 26 das 40 consultas, seguiu-se o modelo de consulta dito deliberativo, facto observado em maioria nas consultas das jovens médicas dentistas (70% das consultas da médica dentista nº2 e 100% das consultas da médica dentista nº3). Este facto pode ser explicado pelas médicas dentistas pertencerem em uma nova geração de médicos dentistas cuja prática clínica sempre foi direccionada para uma perspectiva mais deliberativa do que paternalista. Tendo em conta as preferências dos pacientes e reconhecendo-os nas suas individualidades, foram capazes de estabelecer uma deliberação participativa à obtenção de uma relação médico paciente mais igualitária, como o pressupõem Emanuel e Emanuel. (42) Com respectivamente 60% e 50% das consultas definidas por um modelo paternalista, os médicos dentistas nº1 e 4 parecem ainda marcados pelos anos de experiência em Medicina Dentária, vivenciados através de uma visão mais tradicionalista da relação médico paciente. Contudo, a observação de consultas “deliberativas” dos médicos dentistas nº1 e 4 presume o seu conhecimento da evolução de um modelo paternalista para um modelo caracterizado pelo respeito da autonomia dos pacientes.

Numa visão global, todas as observações efectuadas parecem comprovar a concretização por parte dos médicos dentistas franceses e portugueses, e de forma independente da idade, do género ou da nacionalidade, da vertente comunicacional do Perfil de Médico Dentista Europeu definido em 2009 (84). De facto, ao longo das 40 consultas observadas, cada um dos quatro médicos dentistas soube apresentar competência em comunicação interpessoal. Independentemente da sua cultura nacional, cada um dos profissionais soube interagir de forma efectiva e interactiva com todos os pacientes. De maneira idêntica e na sua maioria, souberam partilhar a informação e o conhecimento com os pacientes, bem como ter a capacidade em negociar. Numa vontade de respeitar as expectativas e desejos dos pacientes, cada profissional de saúde soube na sua prática clínica responder às necessidades e pedidos dos doentes, controlar o stress e a ansiedade por vezes presentes, bem como lidar com os factores sociais e psicológicos que poderiam estar a origem da doença oral. Todos estes elementos contribuírem na competência do médico dentista em estabelecer uma RMP eficiente, permitindo a realização dum tratamento dentário efectivo e obtenção da adesão e satisfação do paciente.

A observar estas semelhanças de conduta entre as consultas portuguesas e francesas, parece-nos possível conseguir ultrapassar as culturas nacionais alcançando uma cultura “profissional” (76) - a dos médicos dentistas - ou seja uma cultura transnacional e sociológica partilhada pelo grupo de médicos dentistas com estatuto social, profissão, motivação e interesses comuns.

CONCLUSÃO

Duas premissas constituíram o ponto de partida para a presente investigação: primeiro, num contexto de vontade cada mais crescente dos jovens médicos dentistas em procurar novas oportunidades em exercer a sua profissão fora do país de origem - França tornando-se um dos países de eleição para esta nova emigração - as diferenças (inter)-culturais existentes na prática clínica de Medicina Dentária entre França e Portugal constituem um campo de trabalho pertinente a explorar. Mais, a vontade em harmonizar as várias políticas de cuidados de saúde existentes na União Europeia tornou fundamental o estudo comparativo da relação médico – paciente em diferentes países. A segunda evidência prendeu-se com a inexistência de nenhum trabalho direccionado para a temática específica abordada: não obstante a vasta bibliografia consultada ao longo desta dissertação, constata-se a escassez de estudos empíricos sobre as diversidades (inter)-culturais na prática clínica na consulta de Medicina Dentária.

A comunicação sendo um dos elementos essenciais ao estabelecimento de uma relação médico paciente satisfatória, observar como ela se processa no contexto da consulta de Medicina Dentária nestes dois países com culturas diferentes pareceu-nos de primeira relevância. Foi nesta perspectiva que se delineou um dos objectivos de base deste trabalho - verificar se as diversidades culturais próprias a cada país permanecem visíveis ao longo da consulta e se influenciam os aspectos socio-comunicacionais da prática clínica.

O primeiro objectivo específico deste trabalho consistia em analisar a influência das diversidades culturais no contexto da consulta de Medicina Dentária, pela observação da abordagem linguística e comportamentalista do médico dentista e do paciente em função da cultura, bem como determinar as diferenças e semelhanças culturais na relação médico paciente entre Portugal e França.

No que respeita à comparação da componente verbal entre os dois países, observou-se uma analogia geral das estratégias verbais usadas e da relação de poder estabelecida no discurso, alternando entre autoridade do médico e vontade em criar igualdade com o paciente. O uso de formas de tratamento constitui um dos únicos aspectos verbais influenciados pela cultura.

Relativamente à componente não verbal desenvolvida ao longo da RMP, a influência da cultura foi perceptível na frequência de contacto físico estabelecido entre médico e paciente nas consultas portuguesas, correspondente à hipótese que culturas do sul constituem culturas de contacto. Os cumprimentos físicos realizados no início e no fim das consultas,

assim como a cronémica, apareceram igualmente como parâmetros influenciados pela cultura. No entanto, não foram observadas diferenças entre os dois países nem no contacto ocular nem nas distâncias estabelecidas entre médico e pacientes.

Ao longo da investigação efectuada, os médicos dentistas, sejam eles franceses ou portugueses souberam empregar instrumentos como o riso, o humor e a honestidade, bem como demonstraram sentimentos como a empatia e a solidariedade, características essenciais na construção de uma RMP satisfatória e de confiança.

Perspectivando o paciente como pessoa na maioria das consultas, os médicos dentistas franceses e portugueses parecem ter conseguido ultrapassar a visão puramente patológica do paciente para uma perspectiva mais humanista, melhorando profundamente a relação médico paciente.

Desta forma, e avaliando todos os resultados obtidos, parece claro que tanto diferenças como semelhanças culturais são observáveis na RMP em Portugal e França. Contudo, numa visão global, todas as observações efectuadas parecem comprovar a concretização por parte dos médicos dentistas franceses e portugueses, e de forma independente da idade ou do género, da vertente comunicacional do Perfil de Médico Dentista Europeu definido em 2009. Os quatro médicos dentistas – independentemente da sua nacionalidade, género ou idade – demonstraram-se competentes em estabelecer uma RMP eficiente, permitindo a realização dum tratamento dentário efectivo e obtenção da adesão e satisfação do paciente. Assim, a boa RMP estabelecida parece ser mais influenciada por características ligadas tanto à personalidade do médico dentista como a do paciente do que propriamente a nacionalidade ou características socio demográficas, de género ou de idade.

Ao observar esta semelhança de conduta entre os quatro médicos dentistas, parece-nos possível conseguir ultrapassar as culturas nacionais alcançando uma cultura profissional - a dos médicos dentistas - ou seja, perspectivar a existência de uma unidade cultural europeia na prática clínica de Medicina Dentária.

No entanto, e apesar da sua notória relevância, a verdade é que tanto alunos em Medicina Dentária como médico dentistas confirmados parecem ignorar tanto as diversidades (inter)-culturais como a unidade existentes na prática clínica europeia. Assim sendo, e respondendo ao nosso último objectivo, torna-se evidente a necessidade de intervir de forma directa e investir na formação dos alunos de Medicina Dentária, de forma que se familiarizem

com os conceitos comunicacionais e tomem consciência desta realidade intercultural. Similarmente, é essencial para um profissional de saúde ser lembrado de tais fundamentos.

Por outro lado, a não gravação de consultas, assim como o reduzido tamanho da nossa amostra - ainda que justificado por se tratar de um estudo de caso exploratório, não nos permitiu alcançar resultados estatisticamente significativos.

A impossibilidade de extrapolar os resultados obtidos à prática clínica geral é ainda directamente ligada à atitude positiva dos médicos dentistas relativamente ao estudo realizado. De facto, os médicos dentistas participantes demonstraram de imediato disponibilidade em participar no estudo, podendo revelar por parte deles um certo interesse pela área da Comunicação em Saúde. Mais, autorizar uma estudante em Medicina Dentária em assistir às suas consultas em consultório privado revela não só confraternidade e espírito de colaboração, mas também total honestidade, confiança e clareza sobre a sua prática clínica. A capacidade demonstrada pelos quatro médicos dentistas em estabelecer uma boa RMP coloca, logo, a seguinte pergunta: será que todos os médicos dentistas são iguais? Será que conseguem todos tão facilmente concretizar uma RMP satisfatória? A dificuldade com a qual se obteve a amostra de médicos dentistas poderia ser uma possível resposta: em 30 médicos franceses contactados só dois se demonstraram interessados em participar no estudo, só dois não tiveram receio em partilhar com a comunidade científica o seu dia-a-dia. Perante esta principal limitação, numa perspectiva futura de continuação da investigação realizada, sabemos que será difícil conseguir aumentar a amostra de forma a generalizar o nosso estudo.

Esta dissertação não tem como intuito fornecer ideias definitivas, mas pretende sim servir como ponto de partida para estudos futuros e assim contribuir para uma análise mais aprofundada do intercultural.

De facto, seria interessante também analisar se médicos dentistas portugueses emigrados continuam marcados por diversidades culturais próprias ao seu país de origem ou se adoptam às convenções culturais do país de emigração. Mais, alargando a amostra em análise, observar as diversidades e semelhanças culturais na prática clínica de Medicina Dentária entre vários países europeus poderia ser fulcral para confirmar ou infirmar a concepção de cultura profissional europeia na Medicina Dentária.

Foi nosso único intuito demonstrar a importância da comunicação intercultural na Medicina Dentária. Em qualquer lugar do mundo, a aprendizagem que nos leva a ser um bom

médico dentista não se prende só a uma vertente técnica: as determinantes comunicacional e humana serão tão essenciais para alcançar este objectivo. À saída da sua formação universitária, o jovem médico dentista não está familiarizado com a realidade profissional que constitui a prática clínica privada. Apesar de semelhanças, esta realidade difere daquela com a qual o médico dentista recém formado contactou ao longo dos seus anos de formação. Assim, o estudo realizado poderá não só permitir à comunidade estudantil consciencializar-se sobre a profissão, como fomentar uma abertura de espírito acerca da RMP além das nossas fronteiras.

BIBLIOGRAFIA

1. Lusa. Mais dentistas portugueses no estrangeiro, piores condições para os que ficam. Público. 2012;Sect. Sociedade.
2. 2004. Dicionário Lello Prático Ilustrado.
3. Watzlawick P, Beavin J, Jackson D. Pragmática da Comunicação Humana. Cultrix ed. São Paulo 1967.
4. Gomes-Pedro J, Barbosa A. Comunicar na clínica, na educação, na investigação e no ensino. Climepsi Editores ed 2004.
5. Hora T. "Tao, Zen and Existencial Psychotherapy". Psychologia. 1959;2:236-42.
6. Rimal RNL, M. K. Why health communication is important in public health. Bulletin of the World Health Organization. 2009 Apr;87(4):247-a.
7. Schiavo R. Health Communication: from Theory to Practice. Jossey Bass ed 2007.
8. Jakobson R. Língua e comunicação. Cultrix ed 2003.
9. Pio Abreu JL. Comunicação e Medicina. Virtualidade ed 1998, revisto em 2008.
10. Vanoye F. Usos da Linguagem. Martins Fontes - 4th ed. São Paulo 1983.
11. Kerbrat - Orecchioni C. Les interactions verbales. Armand Colin ed. Paris 1990.
12. Fairclough N. Language and Power. London/New York : Longman ed 1989.
13. Saussure F. Curso de Linguística Geral. Editora Cultrix ed. São Paulo 2008.
14. Capucho MF. Língua, expressões linguísticas e diversidade cultural. In: ACIDI, editor. Percursos de interculturalidade - Matrizes e configurações. 32008. p. 253-98.
15. Caune J. Culture et communication. Grenoble : PUG ed 1995.
16. Sapir E. Culture, Language and Personality. 1970. 1. Available from: <http://books.google.fr/books?id=evTb5pXZ4mgC&lr=&hl=fr>.
17. Charaudeau P. Linguagem e Discurso: modos de organização. Editora Contexto ed 2008.
18. Llamas C, Mullany L, Stockwell P. The Routledge Companion to Sociolinguistics. Routledge - Taylor & Francis Group ed 2007.
19. Capucho MF. "Je voudrais dire un petit mot" - Langage et pouvoir: analyse du (-es) discours en télévision: Portuguese Catholic University - Viseu; 2000.
20. Brown P, Levinson SC. The pronouns of power and solidarity. Style in Language. Sebeok, T. A - Cambridge: MIT press. ed 1960

21. Kerbrat - Orecchioni C. Le discours en interaction. . Armand Colin ed. Paris 2005.
22. LeQuerler. Typologie des modalités. Presse Universitaire de Caen ed. Caen1996.
23. Franck N. Lexique des notions linguistiques. Nathan Université ed. Paris 2000.
24. Meunier A. Modalités et communication Langue Française, n°21 - Larousse ed. Paris 1974.
25. Korkut E, Onursal I. Pour comprendre et analyser les textes et les discours. L'Harmattan ed. Paris 2009.
26. Cunha C, Lindley Cintra LF. Nova Gramática do Português Contemporâneo. Edições João Sá da Costa ed. Lisboa 2005.
27. Ong LML, De Haes IJCJM, Hoos IAM, Lammes FB. Doctor-Patient Communication: a Review of the Literature. Social science & medicine. 1995;40(7):903-18.
28. Sampaio ML. A consulta médica e as estratégias de negociação de um corpo saudável. Revista Brasileira de Sociologia da Emoção. 2007;6(18):707-24.
29. Ramos AP, Bortagarai FM. Non-verbal communication in the health area. Revista CEFAC. 2012;14(1):164-70.
30. Arreto CD, Brune- Canonne A, F. F. Consulter en odontologie - La relation praticien patient. ÉDITIONS CDP ed. Mémento, editor 2006.
31. Tubbs SL, Moss S. Human communication. McGraw - Hill Higher Education - 8th edition ed 2000.
32. Hall ET. The Silent Language. New York - Fawcett ed 1959.
33. Knapp ML, Hall JA. Nonverbal communication in human interaction. Holt Rinehart and Winston, Inc - 3rd edition ed 1992.
34. Hall ET. The Hidden Dimension. New York: Doubleday ed 1969.
35. Watson MO. Proxemics Behaviour: a cross cultural study. The Hague - Mouton ed 1979.
36. Ekman P, Friesen WV, Bear J. The international language of gestures. Psychology Today. 1984;18:64-9.
37. Konner M. The enigmatic smile. Psychol Today. 1987;21:42-6.
38. Libby WL, Yaklevich D. Personality determinants of eye contact and direction of gaze aversion. Journal of personality and social psychology. 1973;27:197-206
39. Lefkowitz M, Blake R, Mouton J. Status factors in pedestrian violation of traffic signals. Journal of Abnormal Psychology. 1955;51:704-6.

40. Teixeira JAC. Comunicação em Saúde - Relação técnicos de Saúde - Utentes. Análise Psicológica. 2004;22(3):615-20.
41. Roter DL, Hall JA. Doctors Talking with Patients, Patients Talking with Doctors. Auburn House, Westport, CT ed 1992.
42. Emanuel EJ, Emanuel LL. Four models of the physician-patient relationship. JAMA : the journal of the American Medical Association. 1992 Apr 22-29;267(16)
43. Caprara A, Franco ALS. A Relação paciente-médico: para uma humanização da prática médica. Cadernos da Saúde Pública. 1999;15(3):647-54.
44. Caprara A, Rodrigues J. A relação assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico. Ciência & Saúde Coletiva. 2004;9(1):139-46.
45. Verlinde E, De Laender N, De Maesschalck S, Deveugele M, Willems S. The social gradient in doctor-patient communication. International journal for equity in health. 2012;11(12):1-14.
46. Hui EC. The centrality of patient-physician relationship to medical professionalism: An ethical evaluation of some contemporary models. Hong Kong Medical Journal. 2005; 11 (3):222-3.
47. Yamalik N. Dentist-patient relationship and quality care 1. Introduction. International dental journal. 2005 Apr;55(2):110-2.
48. Ridd M, Shaw A, Lewis G, Salisbury C. The patient-doctor relationship: a synthesis of the qualitative literature on patients' perspectives. The British journal of general practice : the journal of the Royal College of General Practitioners. 2009 Apr;59(561):e116-33.
49. Filho EJS. A interação médico-cliente. Revista da Associação Médica Brasileira 1998;44(1):35-42.
50. Hui EC. The contractual model of the patient-physician relationship and the demise of medical professionalism. Hong Kong Med J 2005;11(5):420-2.
51. Freeman R. Communicating effectively: some practical suggestions. British Dental Journal. 1999;187(5).
52. Rios IC. Humanização: a Essência da Ação Técnica e Ética nas Práticas de Saúde. Revista Brasileira de Educação Médica. 2009;33(2):253-61.
53. Van Ryn M, Burke J. The effect of patient race and socio-economic status on physicians' perceptions of patients. Social science & medicine. 2000 Mar;50(6)
54. Scott A, Shiell A, King M. Is general practitioner decision making associated with patient socio-economic status? Social science & medicine. 1996 Jan;42(1):35-46.

55. Roter DL, Hall JA. Physician gender and patient-centered communication: a critical review of empirical research. *Annual review of public health*. 2004;25:497-519.
56. Kanegane K, Penha SS, Borsatti MA, Rocha RG. [Dental anxiety in an emergency dental service]. *Ansiedade ao tratamento odontológico em atendimento de urgência*. *Revista de saúde pública*. 2003 Dec;37(6):786-92.
57. Bare LC, Dundes L. Strategies for combating dental anxiety. *Journal of dental education*. 2004 Nov;68(11):1172-7.
58. Mascarenhas AK. Patient satisfaction with the comprehensive care model of dental care delivery. *Journal of dental education*. 2001 Nov;65(11):1266-71.
59. Newsome PR, Wright GH. A review of patient satisfaction: 1. Concepts of satisfaction. *British Dental Journal*. 1999 Feb 27;186(4 Spec No):161-5.
60. Sitzia J, Wood N. Patient satisfaction: a review of issues and concepts *Social science & medicine*. 1997;45(12):1829-43.
61. Newsome PR, Wright GH. A review of patient satisfaction: 2. Dental patient satisfaction: an appraisal of recent literature. *Br Dent J*. 1999 Feb 27;186(4 Spec No):166-70.
62. Ware JE, Jr., Snyder MK, Wright WR, Davies AR. Defining and measuring patient satisfaction with medical care. *Evaluation and program planning*. 1983;6(3-4):247-63.
63. Habiba MA. Examining consent within the patient-doctor relationship. *Journal of medical ethics*. 2000 Jun;26(3):183-7.
64. Cabral H. Consentimento informado – aspectos da relação jurídica odontólogo-cliente sob o enfoque da responsabilidade civil e do direito do consumidor. *Revista magister de direito empresarial, concorrencial e do consumidor*. 2011;7(38):52-69.
65. Beck RS, Daughtridge R, Sloane PD. Physician-Patient Communication in the Primary Care Office: A Systematic Review. *The Journal of the American Board of Family Practice* 2002;15(1):25-38.
66. Nunes JMM. *Comunicação em contexto clínico*. Lisboa ed 2010.
67. Sondell K, Soderfeldt B. Dentist-patient communication: a review of relevant models. *Acta Odontologica Scandinavica*. 1997;55:116-26.
68. Rankin JA, Hams MB. Patients' preferences for dentists' behaviors. *Journal of the American Dental Association*. 1985;110:323-36.
69. Goffman E. *La mise en scène de la vie quotidienne - I. La présentation de soi*. Paris, Les Éditions de Minuit ed 1973.

70. Berlin JW, Lexa FJ. Negotiation techniques for health care professionals. *Journal of the American College of Radiology : JACR*. 2007 Jul;4(7):487-91. PubMed PMID: 17601591.
71. Dentistes ONdC. Les primo-inscriptions de 2010 a 2012 2013. Available from: http://www.ordre.chirurgiensdentistes.fr/uploads/media/les_primoinscriptions_de_2010_a____2012.pdf.
72. Jandt FE. *An Introduction to Intercultural Communication - Identities in a global community*. Sage Publications ed 2007.
73. Tylor EB. *Primitive culture: researches into the development of mythology, philosophy, religion, art, and custom*. John Murray - Albemarle Street ed. London 1871.
74. Kluckhohn C. *Mirror for Man, The Relation of Anthropology to Modern Life*. McGraw-Hill Education - New Ed edition ed. New York 1959.
75. Rocher G. *Introduction à la Sociologie Générale*. Montréal: Éditions Hurtubise HMH ltée, 3e édition ed1992. p. 101-27.
76. Capucho MF. Sobre línguas e culturas. *Revista Veredas*. 2006;10 (1 e 2):113-21.
77. Ulrey KL, Amason P. Intercultural communication between patients and health care providers: an exploration of intercultural communication effectiveness, cultural sensitivity, stress, and anxiety. *Health communication*. 2001;13(4):449-63.
78. Macedo JB. Não estão a assassinar o português. Estão a assassinar o português! *Imprensa Nacional - Casa da Moeda* ed1983. p. 53-61.
79. Capelo Gil I. As interculturalidades da multiculturalidade. In: ACIDI, editor. *Percursos de Interculturalidade - Desafios à Identidade IV*2008. p. 29-48.
80. Kreuter MW, McClure SM. The Role of Culture in Health Communication. *Annual Review of Public Health*. 2004;25:439-55
81. Schouten BC, Meeuwesen L. Cultural differences in medical communication: A review of the literature. *Patient education and counseling*. 2006; 64:21-34.
82. Betancourt JR, Green AR, Carrillo JE, Ananeh-Firempong O. Defining cultural competence: a practical framework for addressing racial/ethnic disparities in health and health care. *Public health reports*. 2003 Jul-Aug;118(4):293-302.
83. Kleinman A, Eisenberg L, Good B. Culture, Illness, and Care: Clinical Lessons From Anthropologic and Cross-Cultural Research. *F O C U S The Journal of Lifelong Learning in Psychiatry*. 2006;4(1):140-9.
84. Cowpe J, Plasschaert A, Harzer W, Vinkka-Puhakka H, Walmsley AD. Profile and competences for the graduating European dentist - update 2009. *European journal of dental*

education : official journal of the Association for Dental Education in Europe. 2010 Nov;14(4):193-202.

85. European Commission DGX. Advisory Committee on the Training of dental Practitioners. Report and recommendation concerning clinical proficiencies required for the practice of dentistry in the European Union. Brussels: ACDTP; 1995.

86. Plasschaert AJ, Holbrook WP, Delap E, Martinez C, Walmsley AD, Association for Dental Education in E. Profile and competences for the European dentist. European journal of dental education : official journal of the Association for Dental Education in Europe. 2005 Aug;9(3):98-107.

87. Tavares Ribeiro MM. A Europa da unidade e da diversidade culturais. In: Quarteto C, editor. Europa em Mutação - Cidadania, Identidades, Diversidade Cultural2003. p. 313-23.

88. Sousa MJ, Baptista CS. Como fazer Investigação, Dissertações, Teses e Relatórios segundo Bolonha. Lidel ed. Lisboa 2011.

89. Profissional IdEeF. Classificação Nacional de Profissões – CNP 2013. Available from: <http://www.iefp.pt/formacao/CNP/Paginas/CNP.aspx>.

90. Myers A, Hansen CH. Psychologie expérimentale. Boeck Supérieur ed 2003.

91. Gouveia CAM. As dimensões da mudança no uso das formas de tratamento em português europeu O Fascínio da Linguagem - Actas do Colóquio de Homenagem a Fernanda Irene Fonseca; Porto: CLUP/FLUP2008. p. 91-9.

92. Brault GJ. Kinesics and the Classroom: Some Typical French Gestures. The French Review. 1963;36(4):374-82.

93. Brink-Muinen A, Verhaak PFM, Bensing JM, Bahrsa O, Deveugeleb M, Gaskc L, et al. Communication in general practice: differences between European countries. Family Practice - Oxford University Press. 2003;20(4).

ANEXOS

ANEXO 1 – Índice de Ilustrações

ANEXO 2 – Termo de Consentimento Voluntário, Esclarecido e Informado (France)

ANEXO 3 – Termo de Consentimento Voluntário, Esclarecido e Informado (Portugal)

ANEXO 4 – Grelha Sistematizada de Avaliação

ANEXO 5 – Observações das consultas francesas

ANEXO 6 – Observações das consultas portuguesas

ANEXO 1 – Índice de ilustrações

Índice de Ilustrações

Ilustração 1- Modelo comunicacional de Shanon e Weaver

Ilustração 2 - Relação médico paciente segundo Beck

Ilustração 3 – Linguas e Culturas segundo Capucho

Ilustração 4 – Distribuição da Idade dos Pacientes total

Ilustração 5 – Distribuição da Idade dos Pacientes Franceses

Ilustração 6 – Distribuição da Idade dos Pacientes Portugueses

Ilustração 7 – Distribuição do Género dos Pacientes total

Ilustração 8 – Distribuição do Género dos Pacientes Franceses

Ilustração 9 – Distribuição do Género dos Pacientes Portugueses

Ilustração 10 – Distribuição das Ocupações profissionais dos Pacientes total

Ilustração 11 – Distribuição das Ocupações profissionais dos Pacientes Franceses

Ilustração 12 – Distribuição das Ocupações profissionais dos Pacientes Portugueses

ANEXO 2 – Termo de Consentimento Voluntário, Esclarecido e Informado
(França)

Terme de Consentement Volontaire, Eclairé e Informé

Je viens vous informer que, dans l'objectif de l'élaboration de Dissertation pour l'obtention du Diplôme d'État de Docteur en Chirurgie Dentaire, j'assisterai avec votre autorisation à vos consultations en cabinet privé de forme aléatoire dans le but de réaliser une étude ayant pour thème : « Diversités (inter) culturelles dans la pratique clinique : étude comparative de la relation médecin patient entre le Portugal et la France dans la consultation privée de odontologie«

Les observations faites dans la consultation se destinent de forme stricte à l'élaboration de la dissertation, étant garantie l'intégrité du chirurgien-dentiste et de son patient, bien comme la confidentialité des informations obtenues. Le patient sera informé de l'étude par le chirurgien-dentiste, étant le responsable de l'obtention de consentement.

La participation à cette étude n'impliquera aucune charge.

Je, soussigné (e), _____

autorise la présence sollicitée dans mes consultations d'odontologie en cabinet privé. J'ai été correctement informé (e) et me considère comme suffisamment éclairé.

Je suis consciente (e) que cette étude a pour responsables la Professeure Docteure Filomena Capucho e l'étudiante Sandy Morais.

Je signe ce document de libre volonté, ayant connaissance de son contenu .

Vous remerciant de votre collaboration et disponibilité.

À Montgeron, le _____

(Sandy Morais)

(Signature du Chirurgien-Dentiste)

ANEXO 3 – Termo de Consentimento Voluntário, Esclarecido e Informado
(Portugal)

Termo de Consentimento Voluntário, Esclarecido e Informado

Venho por este meio informar que, no âmbito da elaboração da Dissertação de Mestrado Integrado em Medicina Dentária, assistirei com a sua autorização às consultas de pacientes aleatórios na sua prática privada, com o intuito de realizar um estudo sobre às “Diversidades (inter) culturais na prática clínica: estudo comparativo da relação médico paciente em Portugal e França na consulta privada de Medicina Dentária”.

As observações feitas na consulta destinam-se estritamente à elaboração deste trabalho, estando salvaguardadas a integridade do médico e do paciente, bem como a total confidencialidade dos dados obtidos. O paciente será devidamente informado do estudo por parte do médico.

A participação neste estudo não implicará qualquer tipo de encargo.

Eu, _____

autorizo a presença solicitadas nas minhas consultas privadas de medicina dentária. Fui devidamente informado (a) e considero-me esclarecido (a).

Estou ciente que esta investigação tem como responsáveis a Professora Doutora Filomena Capucho e a aluna Sandy Morais.

Assino este documento de livre e espontânea vontade, estando ciente do seu conteúdo.

Grata pela sua colaboração e disponibilidade.

Viseu, ____ de _____ 2013

(Sandy Morais)

(Assinatura do médico dentista)

ANEXO 4 – Grelha Sistematizada de Avaliação

VERBAL	
Estruturas de delicadeza	
Modalização (ordem, pedido...)	
Formas de tratamento	
Adequação da linguagem: registo, uso do vocabulário técnico, uso da pessoa	
NÃO VERBAL	
Quinésica: posição do dentista/paciente no início e fim da consulta;	
Contacto médico/paciente: posição do olhar; contacto "físico"	
Voz: tom, ritmo, etc.	
Proxémica: distância aproximativa entre as duas entidades	
Cronémica - Duração - Tempo dedicado a comunicação em si - Equilíbrio no tempo de fala entre médico e paciente	
OUTROS	
Tópicos de conversa Responsável pela introdução destes tópicos Perspectiva do indivíduo como pessoa ou como paciente Dúvidas colocadas pelo paciente Explicações ao paciente: o que será feito na consulta (no início da consulta) e na próxima consulta (no fim da consulta) Reformulações de solicitações ou perguntas Comportamentos recorrentes ao longo da consulta	
Rituais de abertura/fecho da consulta	
Modelo comunicacional	
Outro	

ANEXO 5 – Observações das consultas francesas

Observações das consultas francesas – Médico dentista nº1

Nacionalidade: francesa
 Idade: 65 anos
 Sexo: masculino
 Anos de experiência: 40 anos
 Meio Urbano

Aparência física: uso de farda completa

Nota: em todas as consultas, foi observada uma distância íntima durante a fase de tratamento.

1ª consulta - *Sexo* : feminino, *Idade* : 51 anos, *Profissão* : florista – paciente já conhecida do médico dentista

VERBAL	
Estruturas de delicadeza	FFA sobre a ocupação da paciente: (Fala da médica – (M)) “La déco de table, c’est joli ça!”
Modalização (ordem, pedido...)	“serrez”, “ouvrez”, “vous pouvez fermer un petit peu”, ”vous pouvez déjà régler ça comme ça vous vous faites rembourser” “cela est à renvoyer rapidement”
Formas de tratamento	“vous”
Adequação da linguagem: registo, uso do vocabulário técnico, uso da pessoa	- Registo Comum - Vocabulário técnico (“couronne” “gencive”) - Uso da forma V
NÃO VERBAL	
Quinésica: posição do dentista/paciente no início e fim da consulta	<i>Início:</i> médico de pé lateralmente ao paciente sentado na cadeira. <i>Fim:</i> paciente e médico sentados frente um ao outro no escritório do médico.
Contacto médico/paciente: posição do olhar; contacto “físico”	- Pela posição mais alta do médico no início da consulta, o ângulo de contacto ocular é superior a 0°. No final, o ângulo de contacto ocular é igual a 0°. - Contacto visual criado logo no início pelo médico e mantido no fim da consulta, e ao qual a paciente parece fugir. - Não se observa aperto de mão nem no início nem no fim da consulta.
Voz: tom, ritmo, etc.	Volume sonoro correcto, boa articulação.
Proxémica: distância aproximativa entre as duas entidades	Início da consulta: pessoal Fim da consulta: pessoal
Cronémica - Duração - Tempo dedicado a comunicação em si - Equilíbrio no tempo de fala entre médico e paciente	25 min 4min Sim
OUTROS	
Tópicos de conversa	Família; evolução da sociedade; intensidade do trabalho da paciente.

<p>Responsável pela introdução destes tópicos</p> <p>Perspectiva do individuo como pessoa ou como paciente</p> <p>Dúvidas colocadas pelo paciente</p> <p>Explicações ao paciente: o que será feito na consulta (no inicio da consulta) e na próxima consulta (no fim da consulta)</p> <p>Reformulações de solicitações ou perguntas</p> <p>Comportamentos recorrentes ao longo da consulta</p>	<p>Médico</p> <p>Pessoa</p> <p>Relativamente ao pagamento: "Je vous fais 2 chèques?"</p> <p>Sim. O médico explica ao longo da consulta o que é feito, assim como as várias fases do procedimento: "alors on va mettre la couronne avant aujourd'hui." "je vais vous enlever le reste" "il se peut que ça picote votre gencive".</p> <p>"ça va?" "ça bute ou pas?"</p>
<p>Rituais de abertura/fecho da consulta</p>	<p>Verificaram-se uma abertura e um encerramento formal da consulta:</p> <p>- na abertura, o médico vai buscar a paciente à sala de espera ficando a entrada da sala, mas criando um primeiro contacto visual; deixa uns segundos à paciente para levantar-se. Durante estes segundos, o médico desloca-se até a entrada do gabinete em si e fica a espera da paciente, puxando e segurando a porta. Não existe forma de cumprimento. Deixa entrar a paciente em primeiro no gabinete. Na entrada do consultório, a paciente desloca-se até uma cadeira frente à secretária do médico onde deixa os seus objectos pessoais enquanto o médico já se encontra ao nível da bancada, junto a cadeira de trabalho. A paciente dirige-se até a cadeira de tratamento e deita-se logo enquanto o médico de pé acaba de preparar o material essencial à consulta;</p> <p>- no fim do tratamento, o médico afasta-se - sentado na sua cadeira, abaixa a cadeira da paciente e afasta todos os elementos que possam incomodar a paciente em levantar-se. O médico espera que a paciente se levante e volte a cadeira frente à secretária. Depois, o médico volta junto à bancada, arruma e limpa o material enquanto a paciente recupera os seus objectos pessoais. O médico volta até a secretária e senta-se antes da paciente, motivando-a a fazer o mesmo. O médico levanta-se antes da paciente, acompanhando-a até a saída do consultório.</p>
<p>Modelo comunicacional</p>	<p>Paternalista</p>
<p>Outro</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Negociação acerca da marcação da próxima consulta: (M) "on va se revoir fin janvier" (fala do paciente – (P)) "oui oui". - Consulta interrompida pelo telefone.

2ª consulta - Sexo : masculino, Idade : 41 anos, Profissão : empregado – paciente já conhecido do médico dentista

VERBAL	
Estruturas de delicadeza	
Modalização (ordem, pedido...)	“serrez”, “ouvrez”, « on va marquer pour fin janvier”- “faites attention en mangeant”
Formas de tratamento	“Vous”
Adequação da linguagem: registo, uso do vocabulário técnico, uso da pessoa	- Registo comum - Vocabulário técnico (“forêt”, “racine” “carie”) - Uso da forma V
NÃO VERBAL	
Quinésica: posição do dentista/paciente no início e fim da consulta	Início: médico sentado lateralmente ao paciente sentado na cadeira. Fim: médico sentado e paciente de pé.
Contacto médico/paciente: posição do olhar; contacto "físico"	- Pela posição mais alta do médico no início da consulta, o ângulo do olhar é superior a 0°. O ângulo de contacto visual torna-se inferior a 0° no final.
Voz: tom, ritmo, etc.	Volume sonoro correcto, boa articulação.
Proxémica: distância aproximativa entre as duas entidades	Início da consulta: pessoal Fim da consulta: pessoal
Cronémica - Duração - Tempo dedicado a comunicação em si - Equilíbrio no tempo de fala entre médico e paciente	17 min 5min Sim
OUTROS	
Tópicos de conversa	Confusão sobre a hora da consulta: situação inicial cómica que criou um ambiente agradável na consulta; férias do paciente; desporto: último jogo de bola do PSG.
Responsável pela introdução destes tópicos	Médico
Perspectiva do individuo como pessoa ou como paciente	Pessoa
Dúvidas colocadas pelo paciente	
Explicações ao paciente: o que será feito na consulta (no início da consulta) e na próxima consulta (no fim da consulta)	Sim. O médico explica ao longo da consulta o que é feito:”on va s’occuper des dents à côté”, “je vais nettoyer la carie” “je vais passer un petit foret dans la racine”.
Reformulações de solicitações ou perguntas	“ça va, vous sentez rien là?” “ça gêne pas? parfait.”
Comportamentos recorrentes ao longo da consulta	
Rituais de abertura/fecho da	Verificaram-se uma abertura e um encerramento formal da consulta:

consulta	<p>- na abertura, o médico vai buscar o paciente a sala de espera ficando a entrada da sala, mas criando um primeiro contacto visual. O paciente levanta-se em direcção ao médico; apertam a mão um ao outro. O médico acompanha o paciente, abrindo o caminho. O médico puxa e segura a porta, deixando entrar o paciente em primeiro no gabinete. Na entrada do consultório, o paciente desloca-se até uma cadeira frente à secretária do médico onde deixa os seus objectos pessoais enquanto o médico já se encontra ao nível da bancada, junto a cadeira de trabalho. O paciente dirige-se até a cadeira de tratamento e deita-se logo enquanto o médico de pé acaba de preparar o material essencial à consulta;</p> <p>- no fim do tratamento, o médico afasta-se - sentado na sua cadeira, abaixa a cadeira da paciente e afasta todos os elementos que possam incomodar o paciente em levantar-se. O médico espera que o paciente se levante e volte a cadeira da secretária. Depois, o médico volta junto à bancada, arruma e limpa o material enquanto a paciente recupera os seus objectos pessoais. O médico volta até a secretária e senta-se na cadeira. No entanto, o paciente fica de pé. O médico levanta-se e aproxima-se do paciente despedindo-se com um aperto de mão.</p>
Modelo comunicacional	Paternalista
Outro	<p>- Cumplicidade e grande “a vontade” tanto do paciente como do médico: grande troca de risos entre as duas entidades ao longo da consulta.</p> <p>- Negociação acerca da marcação da próxima consulta : (M) “par contre, vous ne savez pas comment vous serez pour le 29 janvier, vous avez déjà votre planning ?” (P) “je serai de l’après midi” (M) “alors on met à 10h et si ça ne va pas, vous rappelez”.</p>

3ª consulta - *Sexo* : feminino, *Idade* : 63 anos, *Profissão* : recém reformada – paciente já conhecida do médico dentista

VERBAL	
Estruturas de delicadeza	<p>FTA contra o paciente: (M) “il a un bon revenu votre fils?” (P) « vous savez, je ne m’intéresse pas vraiment à l’argent”</p> <p>FTA contra o médico : (M) “je suis désolé, je vous fais faire des efforts d’ouverture”</p>
Modalização (ordem, pedido...)	<p>“venez madame” “installez vous” “décontractez vous” “respirez calmement”</p> <p>“alors vous allez inspirer” “ouvrez bien grand” “je vous autorise à mâcher de ce côté” “profitez bien de votre famille”</p>
Formas de tratamento	“vous”, “voilà madame”
Adequação da linguagem: registo, uso do vocabulário técnico, uso da pessoa	<p>- Registo comum</p> <p>- Vocabulário técnico (“racine” “anesthésier”)</p> <p>- Uso da forma V</p>
NÃO VERBAL	
Quinésica: posição do dentista/paciente no início e fim da consulta	<p>Início: médico de pé lateralmente ao paciente sentado na cadeira.</p> <p>Fim: paciente e médico sentados frente um ao outro no escritório do médico.</p>
Contacto médico/paciente: posição	- Pela posição mais alta do médico no início da consulta, o ângulo de

do olhar; contacto "físico"	contacto ocular é superior a 0°. No fim, o ângulo de contacto ocular é igual a 0°. - Ausência de aperto de mão no início e no fim da consulta.
Voz: tom, ritmo, etc.	Volume sonoro baixo, suave; tom de empatia.
Proxémica: distância aproximativa entre as duas entidades	Início da consulta: pessoal Fim da consulta: pessoal
Cronémica - Duração - Tempo dedicado a comunicação em si - Equilíbrio no tempo de fala entre médico e paciente	31 min 16min Não (+ a paciente)
OUTROS	
Tópicos de conversa	Doença do marido; filho da paciente; viagem do médico até ao Canada; problemas da paciente com o seguro; motivo da consulta.
Responsável pela introdução destes tópicos	Médico
Perspectiva do individuo como pessoa ou como paciente	Pessoa
Dúvidas colocadas pelo paciente	«et ça va résister ce que vous m'avez mis?» → dúvida colocada em seguimento ao problema anterior: “j'ai perdu le plombage”; “est ce que je pourrais vous demander une facture”; relativamente ao pagamento: ”je vous fais 2 chèques?”
Explicações ao paciente: o que será feito na consulta (no inicio da consulta) e na próxima consulta (no fim da consulta)	Sim. O médico explica ao longo da consulta o que é feito e as várias fases do procedimento:”il va falloir garder la racine et reconstruire” ”on va anesthésier” “je vais mettre un produit pour désinfecter” “on va mettre un petit coton”.
Reformulações de solicitações ou perguntas	
Comportamentos recorrentes ao longo da consulta	Frases que marcam as várias fases da consulta: “c'est fini pour aujourd'hui”.
Rituais de abertura/fecho da consulta	Verificaram-se uma abertura e um encerramento formal da consulta: - na abertura, o médico vai buscar a paciente a sala de espera ficando a entrada da sala, mas criando um primeiro contacto visual; deixa uns segundos à paciente para levantar-se. Durante estes segundos, o médico desloca-se até a entrada do gabinete em si e fica a espera da paciente, puxando e segurando a porta. Não existe forma de cumprimento. Deixa entrar o paciente em primeiro no gabinete. Na entrada do consultório, a paciente desloca-se até uma cadeira frente a secretária do médico onde deixa os seus objectos pessoais enquanto o médico já se encontra ao nível da bancada, junto a cadeira de trabalho. A paciente dirige-se até a cadeira de tratamento e deita-se logo enquanto o médico de pé acaba de preparar o

	<p>material essencial à consulta.</p> <p>- no fim do tratamento, o médico afasta –se - sentado na sua cadeira, abaixa a cadeira da paciente e afasta todos os elementos que possam incomodar a paciente a levantar-se. O médico espera que a paciente se levante e volte a cadeira frente à secretária. Depois, o médico volta junto à bancada, arruma e limpa o material enquanto a paciente recupera os seus objectos pessoais. O médico volta até a secretária e senta-se antes da paciente, motivando-a a fazer o mesmo. O médico levanta-se antes da paciente, acompanhando-a até a saída do consultório.</p>
Modelo comunicacional	Paternalista
Outro	<p>- Paciente com grande necessidade em falar e muito fragilizada (por eventos recentes pessoais).</p> <p>- Grande empatia e interesse do médico pela paciente.</p> <p>- Negociação sobre o dia da futura consulta: (P) “oui je préférerais le 26”.</p>

4ª consulta - *Sexo* : feminino, *Idade* : 78 anos, *Profissão* : reformada – paciente já conhecida do médico dentista e com a qual verifica-se cumplicidade de muitos anos com o médico

VERBAL	
Estruturas de delicadeza	<p>FFA para o paciente : (M) “vous m’avez apporté le soleil?”; a paciente preocupa-se em pedir ao médico se não está a atrasar a próxima consulta: “non, j’avais prévu une consultation d’une heure pour vous”</p> <p>FTA contra o paciente : “excusez moi”</p> <p>FFA para o médico : (M) “heureusement que vous êtes aimable, c’est rare de faire un compliment à son dentiste” ;</p>
Modalização (ordem, pedido...)	<p>“reprenez votre souffle” “serrez les dents” “respirez quelques secondes” “décontractez la lèvre” “voilà vous pouvez fermer un peu” “ouvrez” “gardez ouvert” “on va attendre un peu comme ça” “pas de noix ni de caramel” “non, on va rester prudente”</p>
Formas de tratamento	“Vous” “voilà Madame B.”
Adequação da linguagem: registo, uso do vocabulário técnico, uso da pessoa	<p>- Registo comum</p> <p>- Vocabulário técnico (“couronne”, “gencive” “provisoire” “tailler les dents”)</p> <p>- Uso da forma V</p>
NÃO VERBAL	
Quinésica: posição do dentista/paciente no início e fim da consulta;	<p>Início: médico sentado lateralmente ao paciente sentado na cadeira.</p> <p>Fim: médico sentado e paciente de pé.</p>
Contacto médico/paciente: posição do olhar; contacto "físico"	<p>- Pela posição mais alta do médico no início da consulta, o ângulo de contacto ocular é superior a 0°. No fim, o ângulo de contacto ocular é inferior a 0°, devido ao médico estar sentado.</p> <p>- Ausência de aperto de mão no início e no final.</p> <p>- Durante a consulta, observou-se o contacto involuntário entre a mão do médico e da paciente, que resultou em um “pardon”.</p>
Voz: tom, ritmo, etc.	Volume sonoro aumentado; boa articulação; tom que traduz ironia e humor.
Proxémica: distância aproximativa	Início da consulta: pessoal

entre as duas entidades	Fim da consulta: pessoal
Cronémica - Duração - Tempo dedicado a comunicação em si - Equilíbrio no tempo de fala entre médico e paciente	55 min 8min Sim
OUTROS	
Tópicos de conversa	Reformas; progresso da medicina; actualidades; produtos usados em dentária; culinária.
Responsável pela introdução destes tópicos	Médico
Perspectiva do individuo como pessoa ou como paciente	Pessoa
Dúvidas colocadas pelo paciente	Acerca de um material colocado pelo médico: (P)“quel goût ça a?” (M)“Je ne sais pas, vous allez me le dire”; acerca da vida pessoal do médico dentista : “et vous,vous partez quand à la retraite?”
Explicações ao paciente: o que será feito na consulta (no inicio da consulta) e na próxima consulta (no fim da consulta)	Sim. O médico explica ao longo da consulta o que é feito: ”aujourd’hui on va tailler les dents pour faire les provisoires” “je vais tailler les dents, ne vous inquiétez pas, ça ne fait pas mal” “c’est possible que ça picote un peu” “ je dois tailler votre dent sous la gencive pour bien adapter la couronne” “allez, un dernier coup sur la gencive” “ alors je vais tirer un peu” “ alors je vais remettre le produit que vous n’aimez pas” “et on va coller les petites dents provisoires et votre calvaire sera terminé” “ on aura bien travaillé”.
Reformulações de solicitações ou perguntas	“ça va? pas trop mal?”, “ça va? ça pique pas trop?”, “ça bute ou pas?”
Comportamentos recorrentes ao longo da consulta	Frases ao longo da consulta que vão marcar as várias fases do tratamento : “le plus dur est fait”.
Rituais de abertura/fecho da consulta	Verificaram-se uma abertura e um encerramento formal da consulta: - na abertura, o médico vai buscar a paciente a sala de espera ficando a entrada da sala, mas criando um primeiro contacto visual (“Vous allez bien?”); deixa uns segundos à paciente para levantar-se. Durante estes segundos, o médico desloca-se até a entrada do gabinete em si e fica a espera da paciente, puxando e segurando a porta. Não existe forma de cumprimento. Deixa entrar a paciente em primeiro no gabinete. Na entrada do consultório, a paciente desloca-se até uma cadeira frente a secretária do médico onde deixa os seus objectos pessoais enquanto o médico já se encontra ao nível da bancada, junto a cadeira de trabalho. A paciente dirige-se até a cadeira de tratamento e deita-se logo enquanto o médico de pé acaba de preparar o material essencial à consulta; - no fim do tratamento, o médico afasta –se - sentado na sua cadeira, abaixa a cadeira da paciente e afasta todos os elementos que possam incomodar a paciente a levantar-se. O médico espera que a paciente se levante e volte a

	cadeira frente a secretária. Depois, o médico volta junto à bancada, arruma e limpa o material enquanto a paciente recupera os seus objectos pessoais. O médico volta até a secretária e senta-se na cadeira. No entanto, a paciente fica de pé. O médico levanta-se enquanto a paciente atravessa o gabinete para olhar-se ao espelho e colocar correctamente o seu chapéu. O médico volta junto a secretária para motivar a paciente em aproximar-se da saída (“A la semaine prochaine”).
Modelo comunicacional	Paternalista
Outro	<ul style="list-style-type: none"> - Paciente com muito boa aparência (no fim da consulta colocou-se em frente ao espelho para voltar a colocar correctamente o seu chapéu). - Grande “a vontade” existente entre o médico e o paciente. - Grande humor entre paciente e médico ((M) « quand je rentre chez moi et que je sans le clou de girofle, ma femme me dit que je sens le dentiste. C’est la preuve que je passe mes journées au cabinet ». Risos. (P) « oh vous pouvez toujours vous asperger de parfum »). - Negociação acerca da próxima consulta. -Empatia do médico dentista (através da onomatopeia “aie aie aie”) quando a paciente queixa-se de dores nas cervicais. - Consulta interrompida pelo telefone.

5ª consulta - *Sexo* : feminino, *Idade* : 30 anos, *Profissão* : empregada– paciente já conhecida do médico dentista mas não seguida há muito tempo pelo médico (sentindo na interacção pela escassez e pobreza dos tópicos de conversa)

VERBAL	
Estruturas de delicadeza	
Modalização (ordem, pedido...)	“serrez les dents”, “on va serrer doucement” ”et en grinçant des dents, serrez et ouvrez” “inspirez”
Formas de tratamento	“Vous”
Adequação da linguagem: registo, uso do vocabulário técnico, uso da pessoa	<ul style="list-style-type: none"> - Registo comum - Vocabulário técnico (“bridge”, “supra oclusion” “tartre” “gencive”) - Uso da forma V
NÃO VERBAL	
Quinésica: posição do dentista/paciente no início e fim da consulta;	<p>Início: médico sentado lateralmente ao paciente Fim: paciente e médico sentados, frente um ao outro</p>
Contacto médico/paciente: posição do olhar; contacto "físico"	<ul style="list-style-type: none"> - Pela posição mais alta do médico no início da consulta, o ângulo de contacto ocular é superior a 0°. O ângulo é de 0° no fim da consulta. - Ausência de aperto de mão no início como no fim da consulta.
Voz: tom, ritmo, etc.	Volume sonoro baixo, tom suave.
Proxémica: distância aproximativa entre as duas	<p>Início da consulta: pessoal Fim da consulta: pessoal</p>

entidades	
Cronémica - Duração - Tempo dedicado a comunicação em si - Equilíbrio no tempo de fala entre médico e paciente	33 min 5min Sim
OUTROS	
Tópicos de conversa	Meteorologia ; motivo da consulta (« dent provisoire » que não resistiu)
Responsável pela introdução destes tópicos	Médico
Perspectiva do individuo como pessoa ou como paciente	Paciente
Dúvidas colocadas pelo paciente	Acerca do próximo tratamento : (P) “et en fait il faudrait mettre quoi à la place ?” (M) “un bridge et conserver la dent du haut car au fil des années, c’est comme une clé de voûte: sans voisine, ça ne tient pas” (P) “et pour faire un bridge ça prend beaucoup de temps? (M) “oh 4-5 séances” ”d’accord”; (P)“faut que j’évite de manger de ce côté là?”
Explicações ao paciente: o que será feito na consulta (no inicio da consulta) e na próxima consulta (no fim da consulta)	Sim. O médico explica ao longo da consulta o que é feito:”allez je vais aller chercher votre dent” “par contre, je ne vais pas vous la mettre aujourd’hui car il y a un petit éclat” “c’est pour ça que je vous demande de serrer doucement car la couronne vient toujours en supra occlusion” “ce n’est pas trop méchant, on va enlever le tartre qu’il y a là aussi” “ le problème de cette dent c’est le plombage” “ça fait un peu mal car vous avez la gencive bien collé à l’os” “on va attendre 2-3 minutes que ça prenne bien” “je vais mettre un produit pour désinfecter” “voilà, je vous mets un petit pansement provisoire” “voilà c’est fait, pour aujourd’hui je ne vous embête pas plus”
Reformulações de solicitações ou perguntas	« ça va? pas trop mal? » « ça va? C’est supportable? ...je sais ce n’est pas agréable mais c’est indispensable”; “ça va? C’est pas sympa ce que je vous fais?” ; « ça va? C’est pas sensible là?”
Comportamentos recorrentes ao longo da consulta	
Rituais de abertura/fecho da consulta	Verificaram-se uma abertura e um encerramento formal da consulta: - na abertura, o médico vai buscar a paciente a sala de espera ficando a entrada da sala, mas criando um primeiro contacto visual; deixa uns segundos à paciente para levantar-se. Durante estes segundos, o médico desloca-se a entrada do gabinete em si e fica a espera da paciente, puxando e segurando a porta. Não existe forma de cumprimento. Deixa entrar a paciente em primeiro no gabinete. Na entrada do consultório, a paciente desloca-se até uma cadeira frente a secretária do médico onde deixa os seus objectos pessoais enquanto o médico já se encontra ao nível da bancada, junto a cadeira de trabalho. A paciente dirige-se até a cadeira de tratamento e deita-se logo enquanto o médico de pé acaba de preparar o material essencial à consulta;

	- no fim do tratamento, o médico afasta-se - sentado na sua cadeira, abaixa a cadeira da paciente e afasta todos os elementos que possam incomodar a paciente em levantar-se. O médico espera que a paciente se levante e volte até a cadeira frente a secretária. Depois, o médico volta junto à bancada, arruma e limpa o material enquanto a paciente recupera os seus objectos pessoais. O médico volta até a secretária e senta-se antes da paciente, motivando-a paciente a fazer o mesmo. O médico levanta-se antes da paciente, acompanhando-a até a saída do consultório (“Ok à vendredi ! Bonne fin de journée!”).
Modelo comunicacional	Deliberativo
Outro	- Negociação acerca da marcação da próxima consulta : (M) “vous pouvez venir vendredi? Vous êtes libre?” (P) “ à quelle heure?” (M)”17h” (P) ”ça prendra longtemps?” e preocupação da paciente porque a filha da paciente estará presente na próxima consulta; o médico assegura logo a paciente dizendo que: “d’habitude, les enfants ici, ils sont calmes, car ils sont impressions”. - Uso de câmara intra oral para mostrar a paciente a localização da cárie.

6ª consulta - Sexo : masculino, Idade : 57 anos, Profissão : vigiante de laboratório – 1ª consulta do paciente

VERBAL	
Estruturas de delicadeza	FFA para o paciente : (M) :“ah oui, ça vous n’êtes pas douillet , je l’ai remarqué!”; P)“ oh oui ma fille va accoucher d’ici peu” (M)“c’est votre premier petit fils? quel bel évènement” FTA contra o paciente : (M) “là vous avez besoin d’une révision générale , va falloir s’en occuper” FTA do paciente para ele suavizado por um FFA por parte do médico : (M) “je fais souvent des caries à répétition alors je me méfies” (M) “ah oui il faut conserver, vous avez raison”
Modalização (ordem, pedido...)	“ouvrez” “ je vais vous demander d’ôter vos lunettes” « vous pouvez enlever vos lunettes” “je ne vais pas intervenir à chaud comme ça” “ouvrez grand” “tournez vous vers moi” “serrez” “grincez des dents” “n’oubliez pas vos lunettes”
Formas de tratamento	“Vous”
Adequação da linguagem: registo, uso do vocabulário técnico, uso da pessoa	- Registo comum - Vocabulário técnico (“plaque dentaire” “infection” “bactérie” “occlusion”) - Uso da forma V
NÃO VERBAL	
Quinésica: posição do dentista/paciente no início e fim da consulta;	Início: médico de pé lateralmente ao paciente sentado Fim: paciente e médico sentados, frente um ao outro
Contacto médico/paciente: posição do olhar; contacto "físico"	- Pela posição mais alta do médico no início da consulta, o ângulo de contacto ocular é superior a 0º. O ângulo de contacto ocular é igual a 0º no fim da consulta. - Ausência de forma de comprimento no início como no fim do tratamento.
Voz: tom, ritmo, etc.	Volume baixo; tom suave e afável, boa articulação.

Proxémica: distância aproximativa entre as duas entidades	Início da consulta: pessoal Fim da consulta: pessoal
Cronémica - Duração - Tempo dedicado a comunicação em si - Equilíbrio no tempo de fala entre médico e paciente	22 min 7min Sim
OUTROS	
Tópicos de conversa	Dor referida pelo paciente: ((P)“ j’ai mal entre la joue et la gencive” (M)”plutôt là haut alors”); história clínica do paciente muito sucinta (“pas de maladie particulière? Pas de traitement particulier? Pas d’allergie?” → uso de frases nominais succintas confirma a rapidez do médico na recolha de informações na parte inicial da consulta)
Responsável pela introdução destes tópicos	Paciente
Perspectiva do indivíduo como pessoa ou como paciente	Paciente
Dúvidas colocadas pelo paciente	
Explicações ao paciente: o que será feito na consulta (no início da consulta) e na próxima consulta (no fim da consulta)	Sim. O médico explica ao longo da consulta o que é feito na consulta, como explicita o seguimento do plano de tratamento: « je vais vous faire un petit traitement qui va pas être très sympathique” “ ça risque de faire un petit peu mal” “je vais vous donner un traitement aujourd’hui pour dégonfler cela et voir si on peut sauver la dent” “je vais nettoyer tout ça aujourd’hui” “vous avez une grande quantité de plaque dentaire, tout ça participe aussi à l’infection” “ le deuxième problème que vous avez aussi est que vous demandez beaucoup trop d’efforts aux dents qui restent” “je vais vous redresser un peu” “vous voyez le dépôt blanchâtre quand vous vous lavez les dents, c’est la plaque dentaire, c’est ça qui participe aussi à l’infection” “ce que je vais faire aussi c’est faire un repos au niveau de l’occlusion pour pas que vous exerciez trop de pression dessus” “alors je vais vous donner un traitement (...) car vous voyez ici normalement il devrait y avoir de l’os, toutes les bactéries sont mises là dedans, et là il n’y a plus rien” “vous avez une grande quantité de plaque dentaire, tout ça participe aussi à l’infection”
Reformulações de solicitações ou perguntas	“ je vais vous demander d’ôter vos lunettes” “ vous pouvez enlever vos lunettes” /“ça fait mal? C’est un peu sensible? “; “ça va? C’est supportable”; “ça va? Ça fait pas mal là?”
Comportamentos recorrentes ao longo da consulta	“voilà très bien” : frases que ritmam a consulta.
Rituais de abertura/fecho da consulta	Verificaram-se uma abertura e um encerramento formal da consulta: - na abertura, o médico vai buscar o paciente à sala de espera ficando a entrada da sala, mas criando um primeiro contacto visual; deixa uns segundos ao paciente para levantar-se. Durante estes segundos, o médico desloca-se até a

	<p>entrada do gabinete em si e fica a espera do paciente, puxando e segurando a porta. Não existe forma de cumprimento. Deixa entrar o paciente em primeiro no gabinete. Na entrada do consultório, o paciente desloca-se até uma cadeira frente à secretária do médico onde deixa os seus objectos pessoais enquanto o médico já se encontra ao nível da bancada, junto a cadeira de trabalho. O paciente dirige-se até a cadeira de tratamento e deita-se logo enquanto o médico de pé acaba de preparar o material essencial à consulta;</p> <p>- no fim do tratamento, o médico afasta –se - sentado na sua cadeira, abaixa a cadeira da paciente e afasta todos os elementos que possam incomodar a paciente em levantar-se. O médico espera que o paciente se levante e volte até a cadeira frente à secretária. Depois, o médico volta junto à bancada, arruma e limpa o material enquanto o paciente recupera os seus objectos pessoais. O médico e o paciente sentam-se simultaneamente para discutir do tratamento, da próxima consulta e da profissão do paciente. O médico mantém o contacto visual com o paciente. O médico levanta-se antes do paciente. A seguir, aproxima-se do paciente e os dois homens ficam um certo tempo frente um ao outro na entrada do gabinete. O médico ocupa o espaço enquanto o paciente acaba de vestir-se ((P)“je vous remercie docteur” (M)”passez quand même de bonnes fêtes”).</p>
Modelo comunicacional	Paternalista
Outro	<p>- Paciente ligeiramente nervoso, com olhos grandes abertos, pernas cruzadas e mãos apertadas.</p> <p>- Uso de radiografia para explicitar a situação clínica ao paciente.</p> <p>- Negociação sobre o tratamento a efectuar e sobre a próxima consulta : (M) “alors ce sont des antibiotiques et des bains de bouche” (P) “d’accord” (M) “ça va se dégonfler et après il faudra soigner la dent du bas et envisager à remplacer les pré molaires. On va laisser reposer tout ça et marquer pour janvier” (M) “je travaille durant la semaine, je ne sors qu’à 18h30.” (M) ”Alors on va marquer pour 18h30. D’accord?” (P) “d’accord”.</p> <p>- Sorriso do médico.</p>

7ª consulta - *Sexo* : masculino, *Idade* : 65 anos, *Profissão* : taxista – paciente já conhecido pelo médico dentista com o qual existe uma grande cumplicidade e confiança

VERBAL	
Estruturas de delicadeza	FTA e logo FFA para o paciente (confiança): (P) “oui, je vais me faire opérer” (M) “oh je vous ai déjà dit de ne pas vous inquiéter” (P) “oui je sais, mais après je suis énervé. Vous savez, moi c’est le coeur. J’ai peur” (M) “la pauvre de votre femme, quelle vie vous lui faites. Vous inquiétez pas, ça va bien se passer”
Modalização (ordem, pedido...)	“Vous inquiétez pas”
Formas de tratamento	“Vous” “Monsieur P.” (sobrenome)
Adequação da linguagem: registo, uso do vocabulário técnico, uso da pessoa	<p>- Registo comum</p> <p>- Vocabulário técnico (“gencives turgescents” “cicatrise”)</p> <p>- Uso da forma V</p>

NÃO VERBAL	
Quinésica: posição do dentista/paciente no início e fim da consulta;	Início: médico sentado lateralmente ao paciente sentado na cadeira de tratamento. Fim: paciente de pé lateralmente ao médico sentado junto a sua bancada.
Contacto médico/paciente : posição do olhar; contacto "físico"; aparência física	- Pela posição mais alta do médico no início da consulta, o ângulo de contacto ocular é superior a 0°. O ângulo de contacto ocular é inferior a 0° no fim da consulta. - Grande contacto ocular
Voz: tom, ritmo, etc.	Volume baixo, tom suave
Proxémica: distância aproximativa entre as duas entidades	Início da consulta: pessoal Fim da consulta: pessoal
Cronémica - Duração - Tempo dedicado a comunicação em si - Equilíbrio no tempo de fala entre médico e paciente	23min 16min O paciente domina a conversa por duas vezes, falando quase todo o tempo como se fosse um monólogo: “j’ai pris mes médicaments jusqu’à vendredi (...) et puis l’autre m’a dit: “c’est pour l’enlever?” c’était vraiment du sang” / “vous passez par là aussi? Dans les cabanes, il y avait les pompiers, la croix rouge, vous voyez? “oh la la, c’est bloqué. Y’avait la presse aussi. Ils sont venus voir ce qu’il se passait” “ je ne sais pas ce que c’est ce logement de Roms, ça fait sale »
OUTROS	
Tópicos de conversa	Trânsito; família (filhos e genro); especialidades culinárias portuguesas; pós operatório do último tratamento efectuado;
Responsável pela introdução destes tópicos	Paciente
Perspectiva do individuo como pessoa ou como paciente	Pessoa
Dúvidas colocadas pelo paciente	(P) “comme je vais faire le scanner, vous me donnez rien?” (M) “mais là ça va mieux?”
Explicações ao paciente: o que será feito na consulta (no início da consulta) e na próxima consulta (no fim da consulta)	Sim. O médico explica ao paciente o que ele está a observar : “ça cicatrise plutôt bien” “c’est celle ci qui voulait qu’on enlève la derrière” “ce sont vos gencives qui sont turgescents” “y’a beaucoup d’espace”
Reformulações de solicitações ou perguntas	
Comportamentos recorrentes ao longo da consulta	- Confiança e necessidade de conforto do paciente e grande empatia do médico: (P) “oui, je vais me faire opérer” (M) “oh je vous ai déjà dit de ne pas vous inquiéter” (P) “oui je sais, mais après je suis énervé. Vous savez, moi c’est le coeur. J’ai peur” (M) “la pauvre de votre femme, quelle vie vous lui faites. Vous inquiétez pas, ça va bien se passer” / (M) « et pas d’inquiétude, ça va bien se passer” (P) “vous me le jurez?” (M) “juré”

Rituais de abertura/fecho da consulta	<p>Verificaram-se uma abertura e um encerramento formal da consulta:</p> <ul style="list-style-type: none"> - na abertura, o médico vai buscar o paciente até a sala de espera ficando a entrada da sala, mas criando um primeiro contacto visual. O paciente levanta-se em direcção ao médico e apertam a mão um ao outro. O médico acompanha o paciente, abrindo o caminho. O médico puxa e segura a porta, deixando entrar o paciente em primeiro no gabinete. Na entrada do consultório, o paciente desloca-se até uma cadeira frente a secretária do médico onde deixa os seus objectos pessoais enquanto o médico já se encontra ao nível da bancada, junto a cadeira de trabalho. O paciente dirige-se até a cadeira de tratamento e deita-se logo enquanto o médico de pé acaba de preparar o material essencial à consulta; - no fim do tratamento, o médico afasta-se - sentado na sua cadeira, abaixa a cadeira da paciente e afasta todos os elementos que possam incomodar o paciente em levantar-se. O médico espera que o paciente se levante e volte até a cadeira frente à secretária. Depois, o médico volta junto à bancada, arruma e limpa o material enquanto o paciente recupera os seus objectos pessoais. O médico senta-se junto ao computador, o paciente estando de pé frente ao médico. Após o médico levantar-se, os dois homens ficam frente um ao outro na entrada do gabinete, despedindo-se com aperto de mão ("merci bcp docteur"). O paciente saia sozinho do consultório.
Modelo comunicacional	Deliberativo
Outro	<ul style="list-style-type: none"> - Paciente de nacionalidade portuguesa. - Grande "a vontade" entre o médico e o paciente. - Uso de câmara intra oral → para mostrar a paciente a localização da cárie.

8ª consulta - Sexo : feminino, Idade : 52 anos, Profissão : funcionária – paciente já conhecida pelo médico dentista

VERBAL	
Estruturas de delicadeza	
Modalização (ordem, pedido...)	"venez" "serrez les dents, serrez", "fermez les lèvres", "gardez ouvert" "maintenez comme ça"
Formas de tratamento	"Vous" "Madame B." (sobrenome)
Adequação da linguagem: registo, uso do vocabulário técnico, uso da pessoa	<ul style="list-style-type: none"> - Registo comum - Vocabulário técnico ("gencive" "couche superficielle de l'émail") - Uso da forma V
NÃO VERBAL	
Quinésica: posição do dentista/paciente no início e fim da consulta;	<p>Início: médico sentado lateralmente à paciente Fim: paciente e médico sentados frente um ao outro</p>
Contacto médico/paciente: posição do olhar; contacto "físico"	<ul style="list-style-type: none"> - Pela posição mais alta do médico no início da consulta, o ângulo de contacto ocular é superior a 0°. No fim da consulta, o ângulo de contacto ocular é de 0° enquanto as duas entidades estão sentadas. - Contacto visual do médico ao qual a paciente parece fugir. - Nenhuma forma de cumprimento no início como no fim da consulta.

Voz: tom, ritmo, etc.	Volume baixo; silêncios.
Proxémica: distância aproximativa entre as duas entidades	Início da consulta: pessoal Fim da consulta: pessoal
Cronémica - Duração - Tempo dedicado a comunicação em si - Equilíbrio no tempo de fala entre médico e paciente	25 min 5min Sim
OUTROS	
Tópicos de conversa	Festa de natal e menu da consoada; férias da paciente; cisos dos filhos da paciente
Responsável pela introdução destes tópicos	Médico
Perspectiva do individuo como pessoa ou como paciente	Pessoa
Dúvidas colocadas pelo paciente	
Explicações ao paciente: o que será feito na consulta (no inicio da consulta) e na próxima consulta (no fim da consulta)	Sim. O médico explica ao longo da consulta o que é feito, assim como o processo da lesão observada: “allez on va aspirer une dernière fois” “voilà, deux petites minutes” “patience maintenant” “je vais reboucher une petite usure que vous avez là” “je vais vous toucher légèrement la gencive. C’est important de reboucher car sinon ça continue à se creuser et la dent peut de casser”.
Reformulações de solicitações ou perguntas	
Comportamentos recorrentes ao longo da consulta	
Rituais de abertura/fecho da consulta	Verificaram-se uma abertura e um encerramento formal da consulta: - na abertura, o médico vai buscar a paciente até a sala de espera ficando a entrada da sala, mas criando um primeiro contacto visual; deixa uns segundos à paciente para levantar-se. Durante estes segundos, o médico desloca-se até a entrada do gabinete em si e fica a espera da paciente, puxando e segurando a porta. Não existe forma de cumprimento. Deixa entrar a paciente em primeiro no gabinete. Na entrada do consultório, a paciente desloca-se até uma cadeira frente à secretária do médico onde deixa os seus objectos pessoais enquanto o médico já se encontra ao nível da bancada, junto a cadeira de trabalho. A paciente dirige-se até a cadeira de tratamento e deita-se logo enquanto o médico de pé acaba de preparar o material essencial à consulta; - no fim do tratamento, o médico afasta –se - sentado na sua cadeira, abaixa a cadeira da paciente e afasta todos os elementos que possam incomodar a paciente em levantar-se. O médico espera que a paciente se levante e volte até a cadeira frente à secretária. Depois, o médico volta junto à bancada, arruma e limpa o material enquanto a paciente recupera os seus objectos pessoais. O

	médico volta até a secretária e senta-se antes da paciente, motivando-a a fazer o mesmo. O médico levanta-se antes da paciente, acompanhando-a até a saída do consultório.
Modelo comunicacional	Paternalista
Outro	<p>-Negociação acerca da próxima consulta : (M)“on avait marqué pour le 26?” (P) “ Oui,c’est ça”</p> <p>- Humor do médico : “je ne vais pas vous donner du foie gras mais une autre spécialité. Mais c’est plus fiable pour vous faire une couronne”</p> <p>- Poder de persuasão do médico: (P)“pourtant je n’ai pas l’impression de faire beaucoup de forces”(M) “peut être avant oui” (P) “ah oui sans doute” (M) « ça se voit à partir d’un certain âge, la couche superficielle de l’émail qui s’en va”</p>

9ª consulta - *Sexo* : feminino, *Idade* :45 anos, *Profissão*: comerciante – paciente já conhecida do médico dentista;

VERBAL	
Estruturas de delicadeza	FFA para a paciente : (M) “vous allez être toute belle pour les fêtes »
Modalização (ordem, pedido...)	“serrez doucement les dents » « allez, ouvrez » « gardez ouvert » « vous restez comme ça »
Formas de tratamento	“Vous”
Adequação da linguagem: registo, uso do vocabulário técnico, uso da pessoa	<p>- Registo comum</p> <p>- Vocabulário técnico (“gencive” “dent provisoire” “colle”)</p> <p>- Uso da forma V</p>
NÃO VERBAL	
Quinésica: posição do dentista/paciente no início e fim da consulta	<p>Início: médico sentado lateralmente à paciente.</p> <p>Fim: paciente e médico sentados frente um ao outro.</p>
Contacto médico/paciente: posição do olhar; contacto "físico"	<p>- Pela posição mais alta do médico no início da consulta, o ângulo de contacto ocular é superior a 0°. No fim da consulta, o ângulo de contacto ocular é de 0° (quando as duas entidades estão sentadas).</p> <p>- Contacto visual do médico permanente.</p> <p>- Aperto de mão no início e fim da consulta.</p>
Voz: tom, ritmo, etc.	Volume correcto; boa articulação
Proxémica: distância aproximativa entre as duas entidades	<p>Início da consulta: pessoal</p> <p>Fim da consulta: pessoal</p>
Cronémica - Duração - Tempo dedicado a comunicação em si - Equilíbrio no tempo de fala entre médico e paciente	<p>20 min</p> <p>5min</p> <p>Sim</p>
OUTROS	
Tópicos de conversa	Motivo da consulta (colocação de prótese)

<p>Responsável pela introdução destes tópicos</p> <p>Perspectiva do individuo como pessoa ou como paciente</p> <p>Dúvidas colocadas pelo paciente</p> <p>Explicações ao paciente: o que será feito na consulta (no início da consulta) e na próxima consulta (no fim da consulta)</p> <p>Reformulações de solicitações ou perguntas</p> <p>Comportamentos recorrentes ao longo da consulta</p>	<p>Paciente</p> <p>Paciente</p> <p>(P) « vous avez reçu ma dent alors ? » (M) “je pense, mais je vis voir ça” (humor na resposta do médico)/ (P) « vous pouvez m’enlever les traces là juste en bas ? »</p> <p>Sim. O médico explica ao longo da consulta o que é feito: “allez, on va retirer la petite dent provisoire” « faut que ça touche mais que ça touche toutes les dents » « on va bien désinfecter le site » « voilà, un petit peu de colle, et on colle ça » « je vais vous enlever les restes de colle pour éviter que ça picote la gencive » .</p> <p>« ça bute ou pas ? » « faut que ça touche mais que ça touche toutes les dents »</p> <p>Frases que vão marcar o ritmo da consulta: “allez, faut y aller” “voilà, pour ce soir, c’est bon”.</p>
<p>Rituais de abertura/fecho da consulta</p>	<p>Verificaram-se uma abertura e um encerramento formal da consulta:</p> <p>- na abertura, o médico vai buscar a paciente até a sala de espera ficando a entrada da sala, mas criando um primeiro contacto visual; a paciente está acompanhada do marido. A paciente e o marido levantam-se em direcção ao médico e apertam a mão ao médico como forma de cumprimento. O médico acompanha a paciente e o seu marido, abrindo o caminho. O médico puxa e segura a porta, deixando entrar a paciente e o seu acompanhante em primeiro no gabinete. Na entrada do consultório, a paciente desloca-se até uma cadeira frente à secretária do médico - onde fica sentado o acompanhante - e onde deixa os seus objectos pessoais enquanto o médico já se encontra ao nível da bancada, junto a cadeira de trabalho. A paciente dirige-se até a cadeira de tratamento e deita-se logo enquanto o médico de pé acaba de preparar o material essencial à consulta;</p> <p>- no fim do tratamento, o médico afasta –se - sentado na sua cadeira, abaixa a cadeira da paciente e afasta todos os elementos que possam incomodar a paciente em levantar-se. O médico espera que a paciente se levante e volte até a cadeira frente à secretária. Depois, o médico volta junto à bancada, arruma e limpa o material enquanto a paciente recupera os seus objectos pessoais. O médico volta até a secretária e senta-se antes da paciente, motivando-a a fazer o mesmo. O acompanhante fica de pé. O médico levanta-se antes da paciente, acompanhando as duas pessoas até a saída do consultório, e cumprimentando-as com um aperto de mão final.</p>
<p>Modelo comunicacional</p>	<p>Deliberativo</p>

Outro	<p>- Interação comunicação verbal/ não verbal (V/NV): (M) “on va faire un petit réglage” (P) “hum hum” – traduz a aquiescência da paciente; (M) “non, c’est bien là”, paciente concorda movimentando a cabeça de frente par trás.</p> <p>- Negociação acerca da adaptação à coroa feita pelo médico dentista : (P) “j’ai l’impression de sentir que celle là” (M) “il faut 2-3 jours pour s’y faire, il faut des contacts quand même”</p> <p>- Paciente acompanhada pelo marido.</p>
-------	--

10ª consulta - *Sexo* :feminino, *Idade* : 26 anos, *Profissão* : funcionária – paciente já conhecida pelo médico dentista

VERBAL	
Estruturas de delicadeza	
Modalização (ordem, pedido...)	« reposez vous 2 secondes » « ouvrez comme vous pouvez, sans forcer spécialement » « ouvrez, fermez » « je vous laisse tranquille »
Formas de tratamento	“Vous”
Adequação da linguagem (registo, uso do vocabulário técnico, uso da pessoa)	<p>- Registo comum</p> <p>- Vocabulário técnico (“couronne” “tailler la dente” “gencive” “provisoire”)</p> <p>- Uso da forma V</p>
NÃO VERBAL	
Quinésica: posição do dentista/paciente no início e fim da consulta	<p>Início: médico sentado lateralmente numa posição mais alta do que a paciente</p> <p>Fim: paciente e médico sentados frente um ao outro</p>
Contacto médico/paciente: posição do olhar; contacto "físico"	<p>- Pela posição mais alta do médico no início da consulta, o ângulo de contacto ocular é superior a 0°. No fim da consulta, o ângulo de contacto ocular é de 0°.</p> <p>- Contacto físico durante o tratamento em si, o médico colocando o cotovelo encima das mãos cruzadas da paciente e o pulso ao nível do esterno.</p> <p>- Nenhuma forma de comprimento físico, nem no início nem no fim da consulta.</p>
Voz: tom, ritmo, etc.	Boa articulação.
Proxémica: distância aproximativa entre as duas entidades	<p>Início da consulta: pessoal.</p> <p>Fim da consulta: pessoal.</p>
Cronémica - Duração - Tempo dedicado a comunicação em si - Equilíbrio no tempo de fala entre médico e paciente	<p>28 min</p> <p>5 min</p> <p>Sim</p>
OUTROS	
Tópicos de conversa	Meteorologia; sogra.
Responsável pela introdução destes tópicos	Médico

Perspectiva do individuo como pessoa ou como paciente	Pessoa
Dúvidas colocadas pelo paciente	Dúvidas que levam a negociação acerca do pagamento: (P) « je vous dois quelque chose ? » (M) « Vous voulez laisser un acompte ? » (P) « vous préférez ? » (M) « Comme vous voulez »/ dúvidas sobre a dor que sentiu durante o procedimento : (P) « c'est quoi ? c'est les nerfs, non ? » (M) « Non, c'est juste la gencive qui est sensible ».
Explicações ao paciente: o que será feito na consulta (no inicio da consulta) e na próxima consulta (no fim da consulta)	Sim. O médico explica ao longo da consulta as diferentes fases do procedimento a efectuar assim como as recomendações a seguir: « donc ce soir, on va commencer à protéger votre dent » “ alors je vais tailler la dent ” “alors là je vais toucher très légèrement la gencive » « ok, là c'est bon, je vais coller le provisoire » « là, vous avez une chose provisoire, donc faites attention. Mangez du côté droit et attention aux chewing gums ».
Reformulações de solicitações ou perguntas	“ouvrez” “ouvrez bien” / « serrez les dents, serrez fort »/ “ça va? C'est pas trop sensible ? » “ Ça pique un peu? C'est supportable quand même ? »
Comportamentos recorrentes ao longo da consulta	
Rituais de abertura/fecho da consulta	<p>Verificaram-se uma abertura e um encerramento formal da consulta:</p> <ul style="list-style-type: none"> - na abertura, o médico vai buscar a paciente até a sala de espera ficando a entrada da sala, mas criando um primeiro contacto visual (“Bonsoir. Ça va?”); deixa uns segundos à paciente para levantar-se. Durante estes segundos, o médico desloca-se até a entrada do gabinete em si e fica a espera da paciente, puxando e segurando a porta. Não existe forma de cumprimento. Deixa entrar o paciente em primeiro no gabinete. Na entrada do consultório, a paciente desloca-se até uma cadeira frente a secretária do médico onde deixa os seus objectos pessoais enquanto o médico já se encontra ao nível da bancada, junto a cadeira de trabalho. A paciente dirige-se até a cadeira de tratamento e deita-se logo enquanto o médico de pé acaba de preparar o material essencial à consulta; - no fim do tratamento, o médico afasta-se - sentado na sua cadeira, abaixa a cadeira da paciente e afasta todos os elementos que possam incomodar a paciente a levantar-se. O médico espera que a paciente se levante e volte até a cadeira frente a secretária. Depois, o médico volta junto à bancada, arruma e limpa o material enquanto a paciente recupera os seus objectos pessoais. O médico volta até a secretária e senta-se antes da paciente, motivando-a a fazer o mesmo. O médico levanta-se antes da paciente, espera que acabe de vestir-se e acompanha-a até a saída do consultório.
Modelo comunicacional	Deliberativo
Outro	<ul style="list-style-type: none"> -Negociação acerca da próxima consulta : (M)“pas de rendez-vous pour maintenant, seulement pour le mois de janvier” (P) “ Oui, parfait ”. - Negociação acerca da escolha do tipo de prótese a realizar ((M) “Je ne vous ai pas fait de devis?” (P) “Non, c'était pour l'autre dent”).

Observações das consultas francesas – Médico dentista nº2

Nacionalidade: francesa
 Idade: 30 anos
 Sexo: feminino
 Anos de experiência: 7 anos
 Meio Urbano

Aparência física: uso de bata branca por cima da roupa do dia-a-dia; uso de brincos compridos; cabelo atado; maquilhada.

Nota: em todas as consultas, foi observada uma distância íntima durante a fase de tratamento.

11ª consulta - *Sexo* : feminino, *Idade* :37 anos, *Profissão* : encargada de comunicação – paciente já conhecida da médica dentista

VERBAL	
Estruturas de delicadeza	FFA para a paciente (interesse da médica para a paciente): acerca das mudanças e projecto de casa da paciente → (M) “ah bah c’est bien ça. Ça prend du temps mais c’est sympa les plans, etc.”
Modalização (ordem, pedido...)	“alors vous restez comme ça, c’est parfait” “venez” “respirez bien” “et voilà. Vous voulez rincer, non” « allez, vous allez claquer des dents” “ouvrez” “on peut (...)” “ alors ne pas manger durant une heure”
Formas de tratamento	“Vous” “Madame C,” (sobrenome)
Adequação da linguagem: registo, uso do vocabulário técnico, uso da pessoa	- Registo comum - Vocabulário técnico (“amalgame” “résine” “cavité” “fonds cavitaire” “nerf”) - Uso da forma V
NÃO VERBAL	
Quínésica: posição do dentista/paciente no início e fim da consulta;	Início: médica de pé lateralmente à paciente já deitada. Fim: médica e paciente sentadas uma a frente da outra.
Contacto médico/paciente: posição do olhar; contacto "físico"	- Ângulo de contacto ocular superior a 0° no início e de 0° no fim da consulta quando as duas entidades estão sentadas na cadeira. - Ausência de aperto de mão no início como no fim da consulta.
Voz: tom, ritmo, etc.	Volume sonoro correcto ; boa articulação; tom amável, risonho, afável, interessado.
Proxémica: distância aproximativa entre as duas entidades	Início da consulta: pessoal Fim da consulta: pessoal (limite entre pessoal e íntima)
Cronémica - Duração - Tempo dedicado a comunicação em si - Equilíbrio no tempo de fala entre médico e paciente	40 min 10 min Sim
OUTROS	

Tópicos de conversa	Férias da paciente; festas de fim do ano; Filha; mudança de casa.
Responsável pela introdução destes tópicos	Médica
Perspectiva do individuo como pessoa ou como paciente	Pessoa
Dúvidas colocadas pelo paciente	Acerca do horário do consultório : “et vous êtes fermés?”
Explicações ao paciente: o que será feito na consulta (no início da consulta) e na próxima consulta (no fim da consulta)	Sim : “alors nous avons quelques soins à faire” “ alors je vais juste...ok, bon” “ du coup, on va commencer l’anesthésie” “alors je vais faire un petit test...bonne diffusion, c’est parfait” “ elle est entre deux dents, donc je commence par la plus petite” “j’ai presque fini” “alors a priori j’ai enlevé toute la carie. Je vais juste prendre une radio pour être sûre” “alors avant de reboucher, vous allez rincer car il y a des bouts d’amalgame qui sont restés” “avant de faire la résine et comme la cavité est profonde, je vais faire une protection, un fonds cavitaire qui va protéger votre nerf” “alors c’est bon j’ai fini” “je vais mettre une bague autour de votre dent”
Reformulações de solicitações ou perguntas	“ça va? Vous sentez pas là?” “alors y’a rien qui vous fait mal?” / « encore, encore »
Comportamentos recorrentes ao longo da consulta	Frases que vão marcar as várias fases da consulta : “alors c’est bon j’ai fini” “et voilà”.
Rituais de abertura/fecho da consulta	Verificaram-se uma abertura e um encerramento formal da consulta: - na abertura, a médica entra no gabinete com a paciente ja deitada na cadeira (a assistente é que foi buscar a paciente) ((M)“bon ça va?”(P) “oui et vous?”(M) “bientôt les vacances?”); - no fecho de consulta, após o fim do tratamento, a médica levanta-se enquanto a paciente bochecha. As duas dirigem-se para a secretária da médica, a médica abrindo o caminho. A paciente senta-se em primeiro. A médica senta-se, pernas cruzadas, em postura de conversa amigável. A médica levanta-se primeiro levando a paciente para a saída do consultório.
Modelo comunicacional	Deliberativo
Outro	- Negociação acerca do tratamento a efectuar na consulta: (M) ”il n’y a rien qui vous fait mal spécialement?”(P) ”non” (M) “Donc on peut commencer par n’importe quelle dent!” e acerca da marcação da próxima consulta: (P) “plutôt le samedi?” (M) “je peux vous prendre le samedi de la rentrée, plutôt le 12?...et 13h?” (P) “13h ça sera plus sûr”(M) “ah bah 13h”. - Médica mastiga pastilha durante a consulta. - A médica continua de máscara colocada durante momentos comunicacionais com a paciente. No entanto, a paciente continua a entende o que é ditosem grande problema.

	-Interacção entre comunicação V/NV : (M) « est ce que vous pouvez?...”; a médica exemplifica a posição da cabeça na qual gostaria que a paciente ficasse. A paciente coloca –se logo na posição desejada. (frases inacabadas seguidas de gestos).
--	---

12ª consulta - *Sexo* : masculino, *Idade* :61 anos, *Profissão* : recém-reformado (responsável num grupo de telefonia) – paciente já conhecido da médica dentista

VERBAL	
Estruturas de delicadeza	FFA para o paciente depois do paciente explicar que com a reforma ia ter tempo de pintar: (M) “on va vous voir dans toutes les galeries parisiennes” FTA da médica contra ela própria: (M) “je vous embête un peu”
Modalização (ordem, pedido...)	“vous allez me dire si vous sentez quelque chose: la langue? La lèvre? » “tournez vers moi” “
Formas de tratamento	“Vous” “Monsieur C.” (sobrenome)
Adequação da linguagem: registo, uso do vocabulário técnico, uso da pessoa	- Registo comum - Vocabulário técnico (“tartre”) - Uso da forma V
NÃO VERBAL	
Quinésica: posição do dentista/paciente no início e fim da consulta;	Início: o paciente e a médica encontram se de pé. Fim: médica e paciente sentados frente um ao outro.
Contacto médico/paciente : posição do olhar; contacto "físico"	- Ângulo de contacto ocular: início e fim da consulta – igual a 0°. - Grande contacto ocular. - Ausência de aperto de mão no início e no fim da consulta.
Voz: tom, ritmo, etc.	Volume sonoro satisfatório ; boa articulação; tom amável e risonho.
Proxémica: distância aproximativa entre as duas entidades	Início da consulta: social. Fim da consulta: pessoal.
Cronémica - Duração - Tempo dedicado a comunicação em si - Equilíbrio no tempo de fala entre médico e paciente	18 min 12 min Sim
OUTROS	
Tópicos de conversa	Reforma recente do paciente; férias do paciente em Bretanha,; viagens futuras esposa do paciente.
Responsável pela introdução destes tópicos	Médica
Perspectiva do individuo como pessoa ou como paciente	Pessoa
Dúvidas colocadas pelo paciente	
Explicações ao paciente: o que	Sim. Explica todo o tratamento feito ao longo da consulta: “ alors là, je ne

será feito na consulta (no início da consulta) e na próxima consulta (no fim da consulta)	vous cache pas que la cavité est si petite – d’un côté c’est bien- je vais juste polir votre dent” “ les dents de sagesse, tant que ça n’est pas symptomatique, on n’y touche pas” “y’a un peu de tartre, juste question de dire...” “ Vous avez fait le bilan y’a peu de temps. Alors prochain contrôle, comptez un an”
Reformulações de solicitações ou perguntas	
Comportamentos recorrentes ao longo da consulta	
Rituais de abertura/fecho da consulta	Verificaram-se uma abertura e um encerramento formal da consulta: - na abertura, a médica encontra-se de pé no gabinete enquanto a assistente foi buscar o paciente. (M)“vous allez bien?” (P) “ah bah ça va”); - no fecho da consulta, após o fim do tratamento, a médica levanta-se enquanto o paciente sentado bochecha. A paciente sentada de novo levanta-se e vai até a secretária, mostrando o caminho ao paciente. A médica senta-se e levanta-se em primeiro, levando o paciente para a saída do consultório.(M) “ Bonne retraite! Et on se revoit en juin”)
Modelo comunicacional	Paternalista
Outro	- A médica continua de máscara colocada durante momentos comunicacionais com o paciente. No entanto, o paciente entende sem dificuldade o que é dito. - Uso de frases inacabadas , seguidas logo de acção por parte da médica.

13ª consulta - *Sexo* : feminino, *idade* :57 anos, *Profissão* : funcionária – paciente já conhecida da médica dentista

VERBAL	
Estruturas de delicadeza	FFA para a paciente acerca da sobremesa natalícia da paciente – sentimento de elogio: (M)“c’est vous qui la faites?” dito com admiração (P) “ah non non” seguido de risos. FTA contra a paciente: “et vous avez l’autre chantier”
Modalização (ordem, pedido...)	“vous voulez aller rincer?” “alors vous allez claquer” “ouvrez” “allez-y” “elle vous paraît un peu haute?” “ il ne faudra pas manger du tout pensant une heure” “vous allez mordre” “idéalement, il faudrait passer le fil entre les couronnes” “et bien regardez vous!”
Formas de tratamento	“Vous”
Adequação da linguagem: registo, uso do vocabulário técnico, uso da pessoa	- Registo comum e familiar (“oh, moi je m’en fous”) - Vocabulário técnico (“couronne”, “ciment”) - Uso da forma V
NÃO VERBAL	
Quínésica: posição do dentista/paciente no início e fim da consulta	Início: A paciente e a médica encontram-se de pé frente uma a outra. Fim: paciente e médica sentadas uma a frente da outra.
Contacto médico/paciente: posição do olhar; contacto "físico"	- Ângulo de contacto ocular: início e fim da consulta - ângulo de 0º. - Contacto físico: aperto de mão no início e no fim da consulta; mão da médica nas costas da paciente para dirigi-la para a saída.
Voz: tom, ritmo, etc.	Volume sonoro satisfatório ; boa articulação; tom amável e risonho. Silêncio

	feito enquanto a paciente preenche o cheque.
Proxémica: distância aproximativa entre as duas entidades	Início da consulta: íntima Fim da consulta: pessoal
Cronémica - Duração - Tempo dedicado a comunicação em si - Equilíbrio no tempo de fala entre médico e paciente	27 min 4 min Sim
OUTROS	
Tópicos de conversa	“Réveillon” da paciente e da médica; menu da consoada ; família; fobia do dentista por parte do marido da paciente.
Responsável pela introdução destes tópicos	Médica
Perspectiva do individuo como pessoa ou como paciente	Pessoa
Dúvidas colocadas pelo paciente	(P) “est ce qu’on peut prévoir d’autres consultations? vous partez en vacances de toute façon” (M) “oh, moi je m’en fous” / (P) “ faut éviter de manger de côté-là?” (M) “oui, il faut se réadapter à l’espace vide” / (P) “c’est quoi comme colle? » (M)« C’est pas une colle, c’est du ciment”
Explicações ao paciente: o que será feito na consulta (no inicio da consulta) e na próxima consulta (no fim da consulta)	Explicações do possível diagnóstico e tratamento a efectuar : “la dent qui vous titille un peu, c’est l’avant dernière?” “ah celle-ci?” “mais le froid ça va?” “vous voyez, celle-ci c’est celle qu’on a dévitalisé. Alors c’est celle-ci qui serait douloureuse. C’est vrai qu’on aie à la limite du nerf” “Alors ça peut vous paraître que ça serre. Non, mais c’est bien, j’ai les points de contact qui passent facilement”
Reformulações de solicitações ou perguntas	
Comportamentos recorrentes ao longo da consulta	Reflexões sobre o procedimento efectuado a voz alta; comunicação não verbal da médica com as mãos.
Rituais de abertura/fecho da consulta	Verificaram-se uma abertura e um encerramento formal da consulta: - na abertura da consulta, a médica encontra-se de pé no gabinete enquanto a assistente foi buscar a paciente. - no fecho da consulta, após o fim do tratamento, a médica levanta-se enquanto a paciente - sentada e cadeira descida - bochecha. A médica senta-se frente ao computador. Fase comunicacional durante a qual a paciente sentada na cadeira vira-se para tentar estabelecer um contacto visual com a médica. A seguir, a paciente coloca-se de pé. A médica levanta-se e volta a sua secretária, mostrando o caminho ao paciente. A médica senta-se primeiro. No entanto, a paciente levanta-se em primeiro. A médica acompanha a paciente até a porta.

Modelo comunicacional	Deliberativo
Outro	<p>- Negociação → (M) “si ça vous gêne, autant dévitaliser” (P) “oui et bien on verra. Comme il y a eu des manipulations, des anesthésies, y’a des choses qui ont été perturbées” ; →(M)”on avait pris le RDV de janvier? (P) “le 9?” (M) “14?” negociação de conteúdos com interrogações.</p> <p>- Uso da radiografia e do software para explicitar a paciente. - Riso da médica. - A médica continua de máscara colocada durante momentos comunicacionais com a paciente. No entanto, a paciente entende sem dificuldade.</p>

14ª consulta - *Sexo*: feminino, *idade*: 20 anos, *Profissão*: operadora em telecomunicação – paciente já conhecida da médica dentista com a qual existe uma grande familiaridade

VERBAL	
Estruturas de delicadeza	
Modalização (ordem, pedido...)	“il faut que je puisse te reboucher la dent” “tu peux lever la tête s’il te plaît?” “alors attends, en fait c’est le froid qui te fait mal?” “le problème c’est que je te l’aurai bien fait maintenant mais avec les congés et tout” “Vas-y. Claque des dents pour enfoncer le truc” “tu peux te rincer”
Formas de tratamento	“Tu”
Adequação da linguagem: registo, uso do vocabulário técnico, uso da pessoa	<p>- Registo comum e familiar (“le truc”)</p> <p>- Vocabulário técnico (“anesthésier” “couronner”)</p> <p>- Uso da forma T</p>
NÃO VERBAL	
Quinésica: posição do dentista/paciente no início e fim da consulta;	Início: a paciente e a médica encontram-se frente uma a outra, de pé. Fim: paciente e médica sentadas, frente uma a outra.
Contacto médico/paciente: posição do olhar; contacto "físico"	Ângulo de contacto ocular: início e fim da consulta - ângulo de 0°.
Voz: tom, ritmo, etc.	Volume sonoro satisfatório ; boa articulação; tom informal. Amigável
Proxémica: distância aproximativa entre as duas entidades	Início: pessoal Fim: pessoal
Cronémica - Duração - Tempo dedicado a comunicação em si - Equilíbrio no tempo de fala entre médico e paciente	<p>40 min</p> <p>11 min</p> <p>Sim</p>
OUTROS	
Tópicos de conversa	Irmãos e mãe da paciente; Tunisia e origens da paciente; emprego da paciente; pedido de conselho da médica a paciente sobre o telefone.
Responsável pela introdução destes tópicos	Médica

Perspectiva do individuo como pessoa ou como paciente	Pessoa
Dúvidas colocadas pelo paciente	“et vous vous partes en vacances?” → ao longo da conversa uso da 2ª pessoa mas aqui uso pela única vez da 3ª pessoa do singular.
Explicações ao paciente: o que será feito na consulta (no inicio da consulta) e na próxima consulta (no fim da consulta)	Sim. “Allez, c’est parti, anesthésie” “bon, ça gonfle un petit peu.” “en fait, ta carie est tellement grosse que je vais devoir enlever le nerf” “je vais pas te la couronner” “tu vas rien sentir mais c’est juste pour t’expliquer” “alors le produit que je mets c’est un désinfectant. Ça a le goût de javel. Le problème c’est que tu peux plus fermer” “alors je vais prendre la radio, tu te souviens comme on fait?” “nickel, on a fini”
Reformulações de solicitações ou perguntas	“ça te fait pas mal? ça va t’as pas mal? T’as pas mal hein?” →3x : grande preocupação da médica sobre a existência de possível dor.
Comportamentos recorrentes ao longo da consulta	
Rituais de abertura/fecho da consulta	Verificaram-se uma abertura e um encerramento formal da consulta: - na abertura, a médica encontra-se junta a bancada enquanto a assistente foi buscar a paciente ((M)” bon ça va? Ça se passe bien le boulot?”); - no fim da consulta, a médica está sentada frente a paciente sentada e com a cadeira descida. A médica, sentada, afasta-se. A paciente levanta-se e dirige-se sozinha para a secretária da médica. A paciente senta-se em primeiro e a médica junta-se a ela, com a máscara ainda colocada. A paciente levanta-se em primeiro e sai do consultório enquanto a médica permanece sentada.
Modelo comunicacional	Paternalista
Outro	- Negociação → sobre o pagamento : (M) “pour la carte vitale, tu préfères qu’on fasse ça à la rentrée ou pas?” (P)”j’ai pas mon chéquier, donc on fera ça la prochaine fois ». - Paciente habitual do consultório (“tu connais la musique”). - A médica continua de máscara colocada durante momentos comunicacionais com a paciente. No entanto, a paciente entende o que é dito sem dificuldade. - Grande a vontade e familiaridade entre a paciente e a médica.

15ª consulta - Sexo : masculino, idade: 42 anos, Profissão: gestor executivo - paciente já conhecido da médica dentista

VERBAL	
Estruturas de delicadeza	
Modalização (ordem, pedido...)	“est ce que vous sentez moins là?” “pour un blanchissement des dents, faut prendre RDV. Je vous ai déjà dit qu’avec vos collées, c’est pas conseillé”
Formas de tratamento	“Vous”
Adequação da linguagem: registo, uso do vocabulário técnico, uso da pessoa	- Registo comum - Vocabulário técnico (“composite” “blanchissement” “adhésif” “sillon”) - Uso da forma V

NÃO VERBAL	
Cinética: posição do dentista/paciente no início e fim da consulta;	Início: a médica sentada lateralmente ao paciente Fim: médica e paciente sentados frente um ao outro
Contacto médico/paciente: posição do olhar; contacto "físico"	- Ângulo de contacto ocular: início - superior a 0° (devido a posição mais alta da médica) e fim – igual a 0°. - Contacto físico involuntário entre as duas entidades no levantar depois do procedimento efectuado.
Voz: tom, ritmo, etc.	Volume sonoro satisfatório ; boa articulação; tom amigável
Proxémica: distância aproximativa entre as duas entidades	Início: pessoal Fim: pessoal (limite pessoal-social)
Cronémica - Duração - Tempo dedicado a comunicação em si - Equilíbrio no tempo de fala entre médico e paciente	20 min 5min Sim
OUTROS	
Tópicos de conversa	Férias do paciente em Argentina; tecnologias; Necessidade de férias do paciente; branqueamento.
Responsável pela introdução destes tópicos	Médica
Perspectiva do individuo como pessoa ou como paciente	Pessoa
Dúvidas colocadas pelo paciente	
Explicações ao paciente: o que será feito na consulta (no início da consulta) e na próxima consulta (no fim da consulta)	Sim. “Le problème est que le creux est trop plat pour s’accrocher vraiment. D’un autre côté, je ne peux pas vous creuser plus la dent” “on va essayer un autre composite, au moins un autre produit” “je vais rincer hein” “je vais vous mettre deux couches d’adhésif. C’est un vernis” “y’a un sillon qui s’infilte donc on va prendre RDV pour la prochaine fois” “pour un blanchissement des dents, faut prendre RDV. Je vous ai déjà dit qu’avec vos collées, c’est pas conseillé”
Reformulações de solicitações ou perguntas	
Comportamentos recorrentes ao longo da consulta	
Rituais de abertura e fecho	Verificaram-se uma abertura e um encerramento formal da consulta: - na abertura, a médica encontra-se de pé junto ao computador enquanto a assistente foi buscar o paciente. O paciente pendura seu casaco no corredor e entra no gabinete. A médica espera que o paciente se sente e se deite na cadeira antes para poder sentar-se na cadeira de trabalho; - no fecho da consulta, a médica levanta-se, sentando-se frente ao computador. O paciente levanta-se uma vez a médica levantada. A médica senta-se frente

	ao computador enquanto o paciente por si próprio senta-se na cadeira de trabalho da médica. A médica levanta-se em primeiro e desloca-se até a secretária, o paciente seguindo-a. A médica é a primeira a sentar-se, seguida do paciente. O paciente levanta-se em primeiro e coloca o casaco. O paciente sai sem ser acompanhado pela médica.
Modelo comunicacional	Deliberativo
Outro	-Negociação acerca da próxima consulta.

16ª consulta - Sexo : feminino, idade: 57 anos, Profissão: funcionária - paciente já conhecida da médica dentista

VERBAL	
Estruturas de delicadeza	
Modalização (ordem, pedido...)	“A partir de maintenant, vous pouvez l’enlever et faire des bains de bouche pour bien désinfecter” “attention, ne pas appuyer trop fort” “au niveau molaire, il faut bien appuyer au fond” “bah enlevez le, du coup je vais vous le laisser comme ça”
Formas de tratamento	“vous”
Adequação da linguagem: registo, uso do vocabulário técnico, uso da pessoa	- Registo comum - Vocabulário técnico (“molaire”) - Uso da forma V
NÃO VERBAL	
Quinésica: posição do dentista/paciente no início e fim da consulta	Início: a paciente e a médica permanecem uns segundos as duas de pé. Fim: a paciente de pé e médica sentada lateralmente.
Contacto médico/paciente: posição do olhar; contacto "físico"	- Ângulo de contacto ocular: início - igual a 0° e fim – inferior a 0°. - Não existe forma de cumprimento como o aperto de mão, nem no início, nem no fim da consulta.
Voz: tom, ritmo, etc.	Volume sonoro satisfatório ; boa articulação; tom amigável.
Proxémica: distância aproximativa entre as duas entidades	Início da consulta: pessoal Fim da consulta: pessoal
Cronémica - Duração - Tempo dedicado a comunicação em si - Equilíbrio no tempo de fala entre médico e paciente	19min 10min Sim
OUTROS	

Tópicos de conversa	Prótese da paciente colocada recentemente: adaptação e alimentação da paciente com a prótese e recomendações no uso da prótese; aftas da paciente.
Responsável pela introdução destes tópicos	Médica
Perspectiva do indivíduo como pessoa ou como paciente	Paciente
Dúvidas colocadas pelo paciente	
Explicações ao paciente: o que será feito na consulta (no início da consulta) e na próxima consulta (no fim da consulta)	Sim. “on va quand même faire un petit réglage” “ vous vous souvenez, j’avais fait un petit réglage des dents du fond. C’est bon pour vous?” “j’ai juste mis ça, c’est suffisant!”
Reformulações de solicitações ou perguntas	
Comportamentos recorrentes ao longo da consulta	
Rituais abertura/fecho	<p>Verificaram-se uma abertura e um encerramento formal da consulta:</p> <ul style="list-style-type: none"> - na abertura da consulta, a médica encontra-se de pé junto ao computador enquanto a assistente foi buscar a paciente. A paciente pendura seu casaco no corredor e entra no gabinete. A paciente e a médica permanecem uns segundos as duas de pé ((M) “ça va?” (P) “génial!”). A médica espera que a paciente se sente e se deite na cadeira para poder sentar-se na cadeira de trabalho; - no fecho da consulta, a paciente para ver o resultado final levanta-se da cadeira e desloca-se até o espelho mural. A médica permanece sentada na cadeira de trabalho e desloca-se até a paciente. Dá-lhe umas recomendações acerca do uso da prótese, continuando nesta posição. A médica levanta-se para exemplificar a remoção e colocação da prótese. A médica volta junto ao computador enquanto a paciente continua a “admirar-se” no espelho. A paciente sai por ela própria do consultório.
Modelo comunicacional	Deliberativo
Outro	<ul style="list-style-type: none"> - Paciente energética, de muito bom humor → parece ser a paciente a dar o movimento e a dinâmica à consulta (a paciente faz, a médica segue). Muito satisfeita pelo resultado final. - Negociação: sobre conteúdos → sobre a próxima consulta: (M) “qu’est ce qu’on fait? On garde demain ou pas? » (P) “non, on reste pour la rentrée » (M) « On se voit encore trois fois pour terminer le chantier”.

17ª consulta - Sexo : feminino, idade: 45 anos, Profissão: professor de economia -
paciente já conhecida da médica dentista

VERBAL	
Estruturas de delicadeza	FTA da médica contra ela própria: empatia da médica para a paciente sobre a situação profissional da paciente
Modalização (ordem, pedido...)	“alors respirez” “Allez y. Vous pouvez vous rincer car il y a du produit qui est tombé” “Vous vous tournez vers moi et vous ouvrez au max” “Ça va le goût? Vous voulez vous rincer?” “On va attendre un petit peu encore pour être sûr” “Il faut être patient” “Vous allez me donner la carte vitale” “Donc là vous prenez un doliprane” “Alors allez y, claquez des dents” “ouvrez”
Formas de tratamento	“vous” “madame D.” (sobrenome)
Adequação da linguagem: registo, uso do vocabulário técnico, uso da pessoa	- Registo comum - Vocabulário técnico (“plombée” “protection”) - Uso da forma V
NÃO VERBAL	
Quinésica: posição do dentista/paciente no início e fim da consulta;	Início: paciente sentada e médico de pé. Fim: paciente de pé e médica sentada.
Contacto médico/paciente: posição do olhar; contacto "físico"	- Ângulo de contacto ocular: início da consulta - superior a 0º e fim da consulta – inferior a 0º. - Aperto de mão no fim da consulta. - Enquanto espera-se pelo efeito da anestesia, episódio comunicacional durante o qual a paciente estabelece vários contactos visuais com a médica (olhar protector da médica). - Contacto do tronco da médica com a cabeça da paciente durante o procedimento.
Voz: tom, ritmo, etc.	Volume sonoro satisfatório ; boa articulação.
Proxémica: distância aproximativa entre as duas entidades	Início da consulta: pessoal. Fim da consulta: pessoal.
Cronémica - Duração - Tempo dedicado a comunicação em si - Equilíbrio no tempo de fala entre médico e paciente	46min 8min Sim
OUTROS	

Tópicos de conversa	Programação de férias; festas de Natal; esposo; mergulho; profissão da paciente; programação dos futuros controlos.
Responsável pela introdução destes tópicos	Médica
Perspectiva do individuo como pessoa ou como paciente	Paciente
Dúvidas colocadas pelo paciente	Relativamente à próxima consulta : (P)“bon bah mardi, c’est pas la peine?” (M)“non, non” ; relativamente ao tratamento do dia : “alors c’est la même procédure que la dernière fois?” ; relativamente ao tratamento medicamentoso : “pendant combien de temps les antibiotiques?” ; relativamente ao pagamento : “je sais qu’on peut vous payer en carte bleue” →pergunta indirecta
Explicações ao paciente: o que será feito na consulta (no início da consulta) e na próxima consulta (no fim da consulta)	Sim, explica a situação clínica à paciente, assim como os vários passos do procedimento a efectuar : “alors je vais voir si ce n’est pas très profond” “je vais mettre un peu d’air” “celle qui reste c’est en bas, c’est la plombée” “je vais refermer” “on va faire une protection comme d’habitude”.
Reformulações de solicitações ou perguntas	
Comportamentos recorrentes ao longo da consulta	
Rituais abertura/fecho	Verificaram-se uma abertura e um encerramento formal da consulta: - na abertura, a médica encontra-se de pé junto ao computador enquanto a assistente foi buscar a paciente. ((M)“ça va?” (P) “oh oui”). A paciente coloca os seus efeitos pessoais numa cadeira. A médica espera que a paciente se sente e deite-se na cadeira antes de sentar-se na cadeira de trabalho; - no fecho da consulta, a médica levanta-se, sentando-se frente ao computador enquanto a paciente bochecha. A médica levanta-se após a paciente ter-se levantado; a médica desloca-se até a secretária, a paciente seguindo-a. A médica senta-se enquanto a paciente fica de pé. A paciente sai sem ser acompanhado pela médica.
Modelo comunicacional	Deliberativo
Outro	- Frases que ritmam a consulta: “c’est bientôt fini” “et bien voilà, c’est fini”. - Humor e gargalhadas da dentista. - Grande empatia da médica sobre as condições de trabalho da paciente.

18ª consulta - Sexo : feminino, idade: 43 anos, Profissão: empregada - paciente já conhecido da médica dentista

VERBAL	
Estruturas de delicadeza	FTA contra a paciente : (M)“comme la bouche c’est un chantier, j’essaie de faire par élimination et traiter le plus urgent [...] celle-ci c’est la plus douloureuse” / (P) “vous m’arrachez plus rien hein?” (M) “non c’était la dernière”. FTA da médica contra ela própria : (M) “je vous embête là [...] je sais ça fait mal” → empatia da médica para a paciente.
Modalização (ordem, pedido...)	“est ce que vous avez mal au chaud-froid?” “alors vous allez fermer un peu pour que je puisse tirer sur la joue” “ouvrez grand” “alors tournez vers moi” “essayez de vous détendre” “je voudrais juste (...)” “vous gardez cette compresse jusqu’à rentrer chez vous” “il faudrait qu’on se voie la semaine prochaine” “par mesure de sécurité, je vais vous remettre sur corticoïdes” “avec tout cela, ça va aller?” « vous fumez encore? Au moins pendant 2 jours vous arrêtez. Vous ne pouvez pas cracher. [...] pas de riz, pas de semoule”
Formas de tratamento	“Vous”
Adequação da linguagem: registo, uso do vocabulário técnico, uso da pessoa	- Registo comum - Vocabulário técnico (“corticoïdes”) - Uso da forma V
NÃO VERBAL	
Quinésica: posição do dentista/paciente no início e fim da consulta;	Início: médica sentada e paciente de pé de frente. Fim: paciente e médica sentadas frente uma a outra.
Contacto médico/paciente: posição do olhar; contacto "físico"	- Ângulo do contacto ocular: início - inferior a 0° e fim - igual a 0°. - Durante o procedimento e de forma espontânea, a assistente coloca a sua mão sobre a mão da paciente para tentar tranquiliza-la. - Aperto de mão no início da consulta.
Voz: tom, ritmo, etc.	Volume sonoro satisfatório ; boa articulação.
Proxémica: distância aproximativa entre as duas entidades	Início da consulta: pessoal Fim da consulta: pessoal
Cronémica - Duração - Tempo dedicado a comunicação em si - Equilíbrio no tempo de fala entre médico e paciente	32 min 8min Sim
OUTROS	

Tópicos de conversa	Futuras férias da paciente; dores da paciente.
Responsável pela introdução destes tópicos	Médica
Perspectiva do individuo como pessoa ou como paciente	Paciente
Dúvidas colocadas pelo paciente	
Explicações ao paciente: o que será feito na consulta (no inicio da consulta) e na próxima consulta (no fim da consulta)	Sim, a médica explica à paciente a situação clínica do dente em questão : « A mon avis, c'est la dent de sagesse qui repercute » “elle est cassée en deux par une grosse carie” “je vais enlever la dent de sagesse” “alors là, il va y avoir plusieurs anesthésies” “vous allez sentir comme si j'allais vous décoller la gencive, c'est normal” “alors là, je fais encore mes tests” “j'ai encore besoin que vous fermiez un peu” “vous allez sentir que ça craque. Vous entendez?” “c'est la dent qui en train de venir là, et voilà.” “on était obligés de d'enlever sinon elle vous aurait embêter pendant les vacances” (obligation formalisée) “je vais enlever le pansement, je vais désinfecter “ “avant de désinfecter, je vais voir si l'anesthésie a bien pris”
Reformulações de solicitações ou perguntas	“est ce que vous sentez?” “dites moi si vous sentez quelque chose, n'importe quoi”
Comportamentos recorrentes ao longo da consulta	Frases que marcam o ritmo da consulta: “j'ai commencé par le plus dur”, j'ai fait exprès” “allez, on a bientôt fini” “et voilà”.
Rituais abertura/fecho	Verificaram-se uma abertura e um encerramento formal da consulta: - na abertura da consulta, a médica encontra-se de pé junto a bancada enquanto a assistente foi buscar a paciente ((M) “ça va?” (P) “non...j'ai mal encore. J'ai fini les AB et ça continue”). A médica senta-se enquanto a paciente decide ficar de pé, apoiada contra a cadeira a explicar o seu “mal”; - no fecho da consulta, a médica levanta-se, sentando-se frente ao computador enquanto a paciente se levanta. A paciente fica de pé, de braços cruzados, frente a médica. A médica levanta-se em direcção à secretária, seguida pela paciente. A médica senta-se, seguida pela paciente. A paciente sai acompanhada pela médica.
Modelo comunicacional	Paternalista
Outro	- Paciente muito nervosa e com grande ansiedade (a paciente entra no consultório com cara muito fechada, que traduz dor) – logo, a médica soube ser rápida na execução dos procedimentos tentando reduzir ao máximo a ansiedade e a dor da paciente (nenhuma fase comunicacional durante a consulta; até durante a anestesia, não houve comunicação mas sim silêncios). - Negociação pós tratamento: « on était obligés de d'enlever sinon elle vous aurait embêter pendant les vacances” (obligation formalisée). - Humor e gargalhadas da dentista.

19ª consulta - Sexo : feminino, idade: 48 anos, Profissão: funcionária - paciente já conhecida da médica dentista

VERBAL	
Estruturas de delicadeza	FTA contra o paciente : (M) “théoriquement, ça va aller très vite. Le problème est qu’avec vous la théorie n’a aucun sens” FTA da médica contra ela própria : (P) “le rdv je ne sais plus du tout...je ne capte pas vraiment tout” FFA para a médica : (M) “je vais vous emprunter votre dentier” (P) “c’est bien parce que c’est vous”
Modalização (ordem, pedido...)	“je vais vous emprunter votre dentier”
Formas de tratamento	“vous”
Adequação da linguagem: registo, uso do vocabulário técnico, uso da pessoa	- Registo comum e muito familiar (“ah merde”) - Vocabulário simplificado - Uso da forma V
NÃO VERBAL	
Quinésica: posição do dentista/paciente no início e fim da consulta;	Início: paciente e médica de pé, frente uma a outra. Fim: médica sentada frente à paciente de pé.
Contacto médico/paciente: posição do olhar; contacto "físico; aparência física	Ângulo de contacto ocular: início - igual a 0º e fim - inferior a 0º.
Voz: tom, ritmo, etc.	Volume sonoro aumentado ; boa articulação.
Proxémica: distância aproximativa entre as duas entidades	Início da consulta: pessoal Fim da consulta: pessoal
Cronémica - Duração - Tempo dedicado a comunicação em si - Equilíbrio no tempo de fala entre médico e paciente	6min 5min Sim
OUTROS	

Tópicos de conversa	Prótese da paciente
Responsável pela introdução destes tópicos	Médica
Perspectiva do individuo como pessoa ou como paciente	Paciente
Dúvidas colocadas pelo paciente	
Explicações ao paciente: o que será feito na consulta (no inicio da consulta) e na próxima consulta (no fim da consulta)	Não, já tinha sido explicado na consulta anterior o motivo da consulta, a paciente parecendo saber que a consulta iria demorar pouco tempo.
Reformulações de solicitações ou perguntas	
Comportamentos recorrentes ao longo da consulta	
Rituais abertura/fecho	Verificaram-se uma abertura e um encerramento formal da consulta: - na abertura, a médica encontra-se sentada junto ao computador enquanto a assistente foi buscar a paciente. A paciente entra e fica de pé frente a médica. A médica levanta-se e junta-se à paciente, uma vez esta última deitada; - no fecho de consulta, a médica desloca-se até a bancada enquanto a paciente levanta-se por si própria. A paciente sai do consultório sem ser acompanhada pela médica.
Modelo comunicacional	Deliberativo
Outro	- Negociação sobre a marcação da próxima consulta: (M) “et on a rdv?” (P) ”normalement vendredi prochain mais je ne pourrais pas” (M) “ah merde” (P) « ah oui comme vous le dites” (M) “et plus tôt? De toute façon, je vous le note sur un carton ou pas? » « On retient que c’est bon pour la semaine prochaine à 15h30 ? “ (P)”ok, d’accord” - Grande “a vontade”: paciente muito dinâmica e excêntrica, com grande malícia e médica muito cúmplice, com grande humor (adaptação do comportamento da médica ao da paciente)

20ª consulta - Sexo : feminino, idade: 68 anos, Profissão: reformada - paciente já conhecida da médica dentista

VERBAL	
Estruturas de delicadeza	
Modalização (ordem, pedido...)	“sourriez, mais sourriez normalement car on ne sourit jamais comme ça” “vous pouvez pas manger pendant une heure. Mangez pas sur cette dent” “il faut éviter tout ce qui est caramel” “évitez tout ce qui est préension et tirer. C’est l’effet sandwich. Ou comme manger directement la pomme, il faut éviter” “je vous laisse le prendre” “pensez à passer le fil dentaire”
Formas de tratamento	“Vous” “Madame M.” (sobrenome)

Adequação da linguagem: registo, uso do vocabulário técnico, uso da pessoa	- Registo comum - Vocabulário técnico (“diasthème” “gencives”) - Uso da forma V
NÃO VERBAL	
Quínésica: posição do dentista/paciente no início e fim da consulta;	Início: médica sentada lateralmente à paciente. Fim: médica e paciente sentadas uma a frente da outra.
Contacto médico/paciente: posição do olhar; contacto "físico"	- Ângulo do contacto ocular: fim e início da consulta - igual a 0°.
Voz: tom, ritmo, etc.	Volume sonoro satisfatório ; boa articulação; muitos silêncios.
Proxémica: distância aproximativa entre as duas entidades	Início da consulta: pessoal Fim da consulta: pessoal
Cronémica - Duração - Tempo dedicado a comunicação em si - Equilíbrio no tempo de fala entre médico e paciente	26min 5min Sim
OUTROS	
Tópicos de conversa	Estética da prótese fixa da paciente (cor, contorno)
Responsável pela introdução destes tópicos	Paciente
Perspectiva do individuo como pessoa ou como paciente	Paciente
Dúvidas colocadas pelo paciente	(P) “et laver les dents?” (M) “si si vous pouvez, c’est bon pour les gencives” (P) « au niveau confort, qu’est-ce qui va me gêner?” ; (P) “elles sont au même niveau?” (M) “oh oui, elles le sont”
Explicações ao paciente: o que será feito na consulta (no início da consulta) e na próxima consulta (no fim da consulta)	Sim, explica as várias fases do procedimento a efectuar :”là je vais essayer la pièce et je vais voir si ça me va pour le reste en fait” “je vais un peu enfoncer” “au niveau de la teinte ça va. “sinon on a la même forme, la même couleur” “bon on va la coller” (→negociação: livre decisão da paciente seguindo os conselhos da médica)
Reformulações de solicitações ou perguntas	“ça va?” “ça va? Ça peut piquer un peu la gencive” “ça fait mal?”
Comportamentos recorrentes ao longo da consulta	
Rituais abertura/fecho	Verificaram-se uma abertura e um encerramento formal da consulta: - na abertura da consulta, a médica foi buscar a paciente. A paciente entrou em primeiro no consultório e sentou-se logo na cadeira ((M) “ça a été depuis la dernière fois? La gencive a pas causé de problème?” (P) “Non, ça a saigné juste un petit peu”). A médica sentou-se a seguir; - no fecho da consulta, a paciente bochecha enquanto a médica desloca-se logo junto ao computador. A cadeira não descida, a paciente dá um salto para poder

	<p>descer da cadeira. A seguir, a paciente mira-se no espelho mural para ver melhor o resultado final. A paciente desloca-se por si própria até a secretária e senta-se, seguida pela paciente. A paciente e a médica levantam-se conjuntamente. ((P) “je vous remercie” (M) “A dans un an alors!”).</p>
Modelo comunicacional	Deliberativo
Outro	<p>- Negociação/ conselho acerca do ajuste a dar ao dente de prótese: (M) "Y'en a une qui est plus grosse que l'autre. Celle-ci est plus large que l'autre. Soit on laisse comme ça, soit pour modifier je peux réduire un peu et ça vous fera un diasthème, un espace entre les deux" (P) "c'est vous qui voyez" (M) "non, je n'ai pas vraiment mon mot à dire" (P) "bah si" (M) "on va gagner en esthétique mais au niveau confort on sera moins bien" "je vais retoucher un petit peu l'angle ici, pour atténuer la grosseur ici" (M) "si ça va, je vous conseille de rester comme ça: le seul truc qui a c'est ça. Y'a un dernier truc que je peux faire. C'est un peu creusé là, je peux recreuser là aussi." (P) "je vous laisse faire" (M) "ça fera un peu plus naturel" (P) "ok. C'est parfait" (M) "oui, elles ont l'air bien" (P) "bon je pense que c'est bien".</p>

ANEXO 6 – Observações das consultas portuguesas

Observações das consultas portuguesas – Médico dentista n^o3

Nacionalidade: portuguesa
 Idade: 30 anos
 Sexo: feminino
 Anos de experiência: 7 anos
 Meio Urbano

Aparência física: uso de farda completa, cabelo atado, maquilhada, brincos pequenos.

Nota: em todas as consultas, foi observada uma distância íntima durante a fase de tratamento.

21^a consulta - *Sexo* : feminino, *Idade* : 46 anos, *Profissão* : administrativa - paciente já conhecida da médica dentista

VERBAL	
Estruturas de delicadeza	FFA para a paciente - “ainda é nova para isto”; “o que tem de pensar é no seu bem estar” FTA e FFA para a paciente - “ o ideal seria de meio em meio ano, mas também não está péssima, a ver o tempo que já não vai, nem está a sangrar por aí além”
Modalização (ordem, pedido...)	“deixe me então só observar” “faça como se tivesse batom” “vire um pouco para mim se faz favor” “olhe para mim” “qualquer coisa, diga” “ feche um bocadinho” ; “fechar um bocadinho” “secar um bocadinho ou quer passar por água?” “pode abrir e fechar que até é mais“ “vamos virar um bocadinho” “como preferir, esteja a vontade”
Formas de tratamento	“Dona D.”, “Você”
Adequação da linguagem: registo, uso do vocabulário técnico, uso da pessoa	- Registo comum - Vocabulário técnico (“prótese amóvel”, “esquelética”, “acrílica”, “fixa”) - Uso da forma V
NÃO VERBAL	
Quinésica: posição do dentista/paciente no início e fim da consulta;	Início: a médica, de pernas cruzadas, está sentada lateralmente à paciente. Fim: a médica e a paciente de pé.
Contacto médico/paciente: posição do olhar; contacto "físico"	Posição do olhar: pela posição mais alta da médica no início da consulta, o ângulo do olhar está aumentado (superior a 0°). No fim da consulta, o ângulo de contacto ocular é igual a 0°.
Voz: tom, ritmo, etc.	Volume sonoro correcto, boa articulação.
Proxémica: distância aproximativa entre as duas entidades	Início da consulta: pessoal. Fim da consulta: social.
Cronémica - Duração - Tempo dedicado a comunicação em si - Equilíbrio no tempo de fala entre médico e paciente	52 min 20 min Sim
OUTROS	
Tópicos de conversa	Actualização da história clínica; quotidiano da paciente; família da paciente.

Responsável pela introdução destes tópicos	Médica
Perspectiva do indivíduo como pessoa ou como paciente	Pessoa
Dúvidas colocadas pelo paciente	Sim, relativamente ao futuro tratamento a efectuar para reabilitar o espaço desdentado: “e para este espaço lá em cima, o que seria melhor?”. Em seguida, a médica explicou os vários tratamentos possíveis de efectuar consoante várias condicionantes e os prós e contras de cada tipo de prótese (definição, preço, adaptação).
Explicações ao paciente: o que será feito na consulta (no início da consulta) e na próxima consulta (no fim da consulta)	Sim. A médica explica ao longo da consulta o que será feito neste dia, assim como explica as diferentes fases do procedimento efectuado: ”então vamos fazer a destarização e ver a restauração aqui” “ pronta para a parte de baixo? Depois vou recapitular a parte de cima” “agora é passar com a mais fina e depois passamos a pasta” ”agora pode sentir mais sensível como é fina “ e depois fazemos a restauração mas é muito fácil” “nem era cárie, basicamente era a restauração que quebrou um bocadinho” “vou pôr um algodão para isolar o dente”.
Reformulações de solicitações ou perguntas	(M)“abre só mais um bocadinho” (P)“hum?” (M)“abre”
Comportamentos recorrentes ao longo da consulta	“está tudo bem?” “estou a magoa-la? Não, pois não?”: formulações repetidas inúmeras vezes ao longo da consulta, símbolo da preocupação permanente da médica.
Rituais de abertura/fecho da consulta	Verificam-se uma abertura e um encerramento formal da consulta: - na abertura, a médica fica à espera da paciente à entrada da porta, cumprimentando-a com dois beijinhos, enquanto associa uma frase introdutória: “então? Como é que anda?”. Deixa espaço suficiente à paciente para colocar os seus objectos pessoais e sentar-se na cadeira, tendo a médica tempo de preparar o material necessário; - como ritual de fecho de consulta, a médica afasta o tabuleiro de trabalho deixando a paciente levantar-se. A médica acompanha a paciente até ao exterior, despedindo-se com dois beijos.
Modelo comunicacional	Deliberativo
Outro	- Negociação acerca duma fase do procedimento realizado: (M) “só vou pôr um pouco de vaselina nestes lábios” (P)“não gosto” (M)“eu sei, mas é para eles não ficarem secos”. - Riso da paciente e da médica devido ao humor da médica: “vamos levantar a cadeira e fazer uns abdominais” ou “vai estar um pouco alto e áspero. Está não está?” “está” “vê como eu sei”. - Uso de vídeo para explicitar as diferentes opções de tratamento possível. - Uso de diminutivo (“bocadinho”).

22ª consulta - Sexo : feminino, Idade : 56 anos, Profissão : enfermeira – paciente já conhecida da médica dentista

VERBAL	
Estruturas de delicadeza	FFA para a paciente: (M) “parece que nunca teve nada, já viu?” FTA da médica contra ela própria: “não quero magoa la...estou a magoa la?” FTA da paciente contra ela própria seguido de FFA para a médica: (P) “ a senhora tem mãos de fada”; “fica aí que tenho uma prenda para si, vai recordar que eu fui uma doente com muito gratidão, é um miminho mas eu nunca fui tão bem tratada como aqui, a competência faz tudo para mim, Dra F. eu sou pessimista mas inspirou me tanta confiança”
Modalização (ordem, pedido...)	“quer tirar a Dona E. a prótese ou quer que eu tire para não magoar-se?” “ora feche Dona E.”
Formas de tratamento	“Dona E.”
Adequação da linguagem: registo, uso do vocabulário técnico, uso da pessoa	- Registo comum - Vocabulário técnico (“molde” “prótese”) - Uso da forma V
NÃO VERBAL	
Quinésica: posição do dentista/paciente no início e fim da consulta;	Início: a médica de pé lateralmente à paciente sentada. Fim: médica sentada e paciente de pé.
Contacto médico/paciente: posição do olhar; contacto "físico"	- Posição do olhar: pela posição mais alta da médica no início da consulta, o ângulo do olhar está aumentado (superior a 0°). No fim da consulta, o ângulo de contacto ocular é igual a 0°. - Grande contacto visual estabelecido pela médica. - Mão da médica no ombro da paciente no início e fim da consulta.
Voz: tom, ritmo, etc.	Volume sonoro correcto, boa articulação, tom amável.
Proxémica: distância aproximativa entre as duas entidades	Início da consulta: pessoal. Fim da consulta: íntima.
Cronémica - Duração - Tempo dedicado a comunicação em si - Equilíbrio no tempo de fala entre médico e paciente	21 min 19 min - comunicação predomina ao longo da consulta Não – a paciente monopoliza a comunicação
OUTROS	
Tópicos de conversa	Marido da paciente; anos da mãe da paciente; adaptação da prótese da paciente
Responsável pela introdução destes tópicos	Médico
Perspectiva do individuo como pessoa ou como paciente	Pessoa
Dúvidas colocadas pelo paciente	Sim, relativamente ao tratamento do marido: “Senhora Doutora, peça me o Raio x”
Explicações ao paciente: o que será	

feito na consulta (no início da consulta) e na próxima consulta (no fim da consulta)	A médica explica ao longo da consulta o que é feito como explica o que será feito na próxima consulta: "vamos fazer assim: não vou colocar a prótese, não vou massacra-la com ela que eu tirei o ponto que é capaz magoa la" "nós para a semana temos de fazer o molde".
Reformulações de solicitações ou perguntas	
Comportamentos recorrentes ao longo da consulta	
Rituais de abertura/fecho da consulta	Verificam-se uma abertura e um encerramento formal da consulta: - na abertura, a médica fica à espera da paciente à entrada da porta, cumprimentando-a com dois beijinhos, enquanto associa uma frase introdutória: "então? Como é que anda?". Deixa espaço suficiente à paciente para colocar os seus objectos pessoais e sentar-se na cadeira, tendo a médica tempo de preparar o material necessário; - como ritual de fecho de consulta, a médica afasta o tabuleiro de trabalho deixando a paciente levantar-se. A médica acompanha a paciente até ao exterior, despedindo-se com dois beijos.
Modelo comunicacional	Deliberativo
Outro	- Negociação acerca do seguimento do tratamento, segundo a sugestão da paciente: (P) "até pode começar por aquele lá em cima, não é Sra Dra? (M) "Pode pode".

23ª consulta: sexo - masculino, idade : 22 anos, profissão : desempregado – 1ª consulta do paciente mas verifica-se ser conhecido da médica

VERBAL	
Estruturas de delicadeza	
Modalização (ordem, pedido...)	"fechar a boquita" "abrir" "encosta la T."
Formas de tratamento	"T. "(nome do paciente), "tu"
Adequação da linguagem: registo, uso do vocabulário técnico, uso da pessoa	- Registo comum - Vocabulário técnico ("vou ser honesta, em termos radiográficos não consigo ver uma lesão na raiz que justifica uma desvitalização", " remodelação óssea") - Uso da forma T
NÃO VERBAL	
Quinésica: posição do dentista/paciente no início e fim da consulta;	Início: médica sentada lateralmente ao paciente. Fim: paciente sentado de lado na cadeira e médica sentada de pernas cruzadas.
Contacto médico/paciente: posição do olhar; contacto "físico"	- Posição do olhar: no início como no fim, o ângulo de contacto ocular é igual a 0º. Grande contacto visual estabelecido pela médica. - Mão da médica na cadeira de tratamento junto ao paciente. - Grande sorriso da médica.
Voz: tom, ritmo, etc.	Volume sonoro correcto, boa articulação, tom amável.

Proxémica: distância aproximativa entre as duas entidades	Início da consulta: distância pessoal. Fim da consulta: distância pessoal.
Cronémica - Duração - Tempo dedicado a comunicação em si - Equilíbrio no tempo de fala entre médico e paciente	47 min 40 min (comunicação ao longo da consulta) Não – a médica fala mais
OUTROS	
Tópicos de conversa	Rinoplastia do paciente; estado de saúde da mãe; problema dentário referido pelo paciente
Responsável pela introdução destes tópicos	Médica
Perspectiva do indivíduo como pessoa ou como paciente	Pessoa
Dúvidas colocadas pelo paciente	
Explicações ao paciente: o que será feito na consulta (no início da consulta) e na próxima consulta (no fim da consulta)	A médica explica ao longo da consulta o que é feito como o que será feito na próxima consulta: "antes de mais vamos fazer algumas perguntas" "ok, vamos então ver" " vamos pôr um pouco de frio", "vamos fazer novamente, vou fazer num dente normal para tu veres"; " vou tentar bater no dente para tentar perceber", " vamos passar a radiografia" "bem vamos então fazer uma orto, e quando tiveres feito, é vires ter comigo".
Reformulações de solicitações ou perguntas	
Comportamentos recorrentes ao longo da consulta	
Rituais de abertura/fecho da consulta	Verificam-se uma abertura e um encerramento formal da consulta: - na abertura, a médica fica à espera do paciente e do acompanhante à entrada da porta, cumprimentando-os com dois beijinhos, enquanto associa uma frase introdutória: "ola! Força T. Podes sentar-te!". Deixa espaço suficiente ao paciente para sentar-se na cadeira, tendo a médica tempo de preparar o material necessário; - como ritual de fecho de consulta, a médico afasta o tabuleiro de trabalho deixando o paciente levantar-se. A médica acompanha o paciente e acompanhante até ao exterior, despedindo-se com dois beijos.
Modelo comunicacional	Deliberativo
Outro	- Paciente ansioso com lábios a tremer a olhar dum lado pro outro, não confiante; paciente pouco comunicativo e silencioso, respondendo às perguntas colocadas por sim ou não ou com movimento de cabeça. - Pai do paciente presente na consulta (dificuldade acrescentada ao estabelecimento da comunicação eficaz entre o paciente e a médica): domina a comunicação, infantilizando o paciente; gere um conflito entre o paciente e o pai, o paciente tentando recuperar a sua posição na interação por "posso

	<p>falar?” dito repetidamente até o pai calar-se. A médica tenta voltar a centrar a interação com o paciente “mas ele pode falar que eu não mordo”.</p> <p>- Negociação desenvolvida ao longo de toda a consulta, a médica tentando persuadir o paciente pelas suas explicações do não achado da etiologia dos sintomas, o paciente ficando indeciso: traduz a sensação que o paciente se sente não entendido; “eu vou ser franca, não estou a teimar, mas não sinto nada” “sinceramente o que sinto aqui é uma glândula” “atenção, não estou a dizer que isto é invenção, mas parece-me que não esteja nada relacionado, entendes T.?” “nos estamos cá para isto, as dúvidas estão para serem limpas”.</p> <p>- Uso de diminutivo (“boquita”).</p>
--	---

24ª consulta: sexo - feminino, idade : 45 anos, profissão : administrativa – paciente já conhecida da médica dentista

VERBAL	
Estruturas de delicadeza	FFA para a paciente: (M) “ah, mas está com muito bom aspecto”;
Modalização (ordem, pedido...)	“ora encoste”, “deixe-me pôr um pouco de vaselina” “vou lhe pedir para passar por água, que depois vai ter que ficar com a boca aberta até ao fim” “quer bochechar?” “vou deixa la passar por água” “pode Dona P.” “agora é a parte onde não vai poder fechar a boca, sim?” “se ficar com muito saliva lá atrás, levanta a mãozinha, está bem?”
Formas de tratamento	“Dona P.”
Adequação da linguagem: registo, uso do vocabulário técnico, uso da pessoa	- Registo comum - Vocabulário técnico (“fractura” “restauração” “anestésiar”) - Uso da forma V
NÃO VERBAL	
Quinésica: posição do dentista/paciente no início e fim da consulta	Início: médica de pé lateralmente ao paciente. Fim: a paciente e a médica encontram-se de frente uma a outra, de pé.
Contacto médico/paciente: posição do olhar; contacto "físico"	Posição do olhar: pela posição mais alta da médica no início da consulta, o ângulo do olhar está aumentado (superior a 0°). No fim da consulta, o ângulo de contacto ocular é igual a 0°.
Voz: tom, ritmo, etc.	Volume sonoro correcto, boa articulação, tom amável.
Proxémica: distância aproximativa entre as duas entidades	Início da consulta: distância pessoal Fim da consulta: distância pessoal
Cronémica - Duração - Tempo dedicado a comunicação em si - Equilíbrio no tempo de fala entre médico e paciente	23 min 7 min Sim
OUTROS	

Tópicos de conversa	Meteorologia, família, férias da pascoa, tratamento medicamentoso seguido após o último tratamento;
Responsável pela introdução destes tópicos	Médica
Perspectiva do individuo como pessoa ou como paciente	Pessoa
Dúvidas colocadas pelo paciente	
Explicações ao paciente: o que será feito na consulta (no início da consulta) e na próxima consulta (no fim da consulta)	A médica explicou ao longo da consulta o que ia ser feito, como explicitou com honestidade e clareza a situação clínica à paciente: "vamos tirar o ponto e vamos fazer aquela restauração aqui? Ok, Dona P.?" "eu não vou anestesiar que é uma coisa mínima" "vai sentir uma vibração mas não doi" "para já está tudo ok. Mas aqueles que estão restaurados são todos muito restaurados. Portanto, certos dentes tem prognóstico um pouco reservado. Ou seja, todas as forças que não são muito equilibradas, pode ser que fractura."
Reformulações de solicitações ou perguntas	
Comportamentos recorrentes ao longo da consulta	"tudo bem?" " não dói, pois não?": repetidos inúmeras vezes ao longo da consulta
Rituais de abertura/fecho da consulta	Verificam-se uma abertura e um encerramento formal da consulta: - na abertura, a médica fica à espera da paciente à entrada da porta, cumprimentando-a com dois beijinhos, enquanto associa uma frase introdutória: "Ola, tudo bem? Então? Como estamos?". Deixa espaço suficiente à paciente para colocar os seus objectos pessoais e sentar-se na cadeira; - como ritual de fecho de consulta, a médica afasta o tabuleiro de trabalho, levanta-se e deixa a paciente levantar-se. A médica acompanha a paciente e a acompanhante até ao exterior, despedindo-se com dois beijos.
Modelo comunicacional	Deliberativo
Outro	- Comunicação verbal/não verbal: (M)"posso?" com resposta da paciente com a cabeça. - "ora então". - Uso de diminutivo ("mãozinha").

25ª consulta: *sexo - feminino, idade : 39 anos, profissão : professora de ensino básico – paciente já conhecida da médica dentista*

VERBAL	
Estruturas de delicadeza	FFA para a paciente: (M) "não está assim muito mau" FTA da paciente contra ela própria: "eu também aqui não penso...bloqueio nesta cadeira"
Modalização (ordem, pedido...)	"pode sentar-se!" "diga então" "quer bochechar?" "esteja a vontade" "se faz favor" "não é aconselhado no final comer logo, mas se conseguir aguentar, seria bom"

Formas de tratamento	
Adequação da linguagem: registo, uso do vocabulário técnico, uso da pessoa	- Registo comum - Vocabulário técnico (“destartarização” “sensibilidade”) - - Uso da forma V
NÃO VERBAL	
Quinésica: posição do dentista/paciente no início e fim da consulta;	Início: a paciente e a médica, de pernas, sentadas. Fim: a médica e paciente de pé.
Contacto médico/paciente: posição do olhar; contacto "físico" aparência física	- Posição do olhar: no fim como no início, o ângulo do olhar é nulo (com esforço da médica com flexão do pescoço para manter este angulo nulo). - Contacto da mão da médica sobre o braço direito da paciente. - Uso das mãos para auxiliar a comunicação das duas.
Voz: tom, ritmo, etc.	Volume sonoro correcto, boa articulação.
Proxémica: distância aproximativa entre as duas entidades	Início da consulta: distância pessoal Fim da consulta: distância pessoal
Cronémica - Duração - Tempo dedicado a comunicação em si - Equilíbrio no tempo de fala entre médico e paciente	36 min 10 min Sim
OUTROS	
Tópicos de conversa	Mãe da paciente e preocupação partilhada entre a mãe e a dentista; medo do dentista do marido da paciente.
Responsável pela introdução destes tópicos	Médico
Perspectiva do individuo como pessoa ou como paciente	Pessoa
Dúvidas colocadas pelo paciente	(P)“está a deitar sangue, é normal?” (M)“ é normal, não se aflija que é da pressão e por vezes toca na gengiva”/ (P) “isto não dói, pois não?” (M) “ A quem não gosta do sabor”
Explicações ao paciente: o que será feito na consulta (no início da consulta) e na próxima consulta (no fim da consulta)	A médica explica ao longo da consulta o que éfeito: “vamos fazer a destartarização”, “é normal que sente sensibilidade, que esta ponta é mais fina” “vou agora passar para a parte mais anterior, que é a zona onde as pessoas tem geralmente mais sensibilidade? Sabe que normalmente é onde geralmente temos mais tártaro e logo, as pessoas sentem que tiramos mais” ”eu vou agora passar uma pasta” “ não é aconselhado no final comer logo, mas se conseguir aguentar, seria bom”.
Reformulações de solicitações ou perguntas	“não percebi o que estava a perguntar me e respondi que sim” “ estava a perguntar se estava com dor” “ah não” (confusão)

Comportamentos recorrentes ao longo da consulta	Perguntas recorrentes: “tudo bem?”, “dói alguma coisa?”
Rituais de abertura/fecho da consulta	Verificam-se uma abertura e um encerramento formal da consulta: - na abertura, a médica fica à espera da paciente à entrada da porta, cumprimentando-a com dois beijinhos, enquanto associa uma frase introdutória: “ola, boa tarde!”. Deixa espaço suficiente à paciente para colocar os seus objectos pessoais e sentar-se na cadeira. - Como ritual de fecho de consulta, a médico afasta o tabuleiro de trabalho e deixa a paciente levantar-se. A médica acompanha a paciente até ao exterior, despedindo-se com dois beijos.
Modelo comunicacional	Deliberativo
Outro	- Interação V/PV: (M) “alguma coisa, diga, ok?” (M) “dói alguma coisa?” (P) “hum, hum”; (M) pronto. - Humor para relaxar a paciente: (M) vamos fazer a destararização sem estar a tremer?” (P) “sim sim” (risos). - Formulações usadas ao longo do tratamento: “só falta a parte atrás, aguenta?” ”aguento”; “ora então”; “pronto”.

26ª consulta: *sexo - feminino, idade : 25 anos, profissão : assistente social – paciente conhecida da médica dentista com a qual existe grande cumplicidade, familiaridade e proximidade*

VERBAL	
Estruturas de delicadeza	FFA para a paciente: (M) “estás a vontade, não é?” / “o R. a dizer que já tinhas engordado, eu não vejo nada!” FTA da médica contra ela própria e FFA para a médica: (M) “estou a ficar velha” (P) “não estás”; FFA: oferta de prenda à médica
Modalização (ordem, pedido...)	“podes passar por água novamente” “se magoar, avisa me” “se faz favor” “abre grande por favor”
Formas de tratamento	Nome : “V.” ou nome + diminutivo: V. + -inha
Adequação da linguagem: registo, uso do vocabulário técnico, uso da pessoa	- Registo comum - Vocabulário técnico (“recessão gengival” “gengivas inflamadas”) - Uso da forma T
NÃO VERBAL	
Quinésica: posição do dentista/paciente no início e fim da consulta;	Início: a paciente e a médica encontram-se de pé. Fim: a paciente e a médica encontram-se de pé.
Contacto médico/paciente: posição do olhar; contacto "físico"	- Posição do olhar: no início como no fim da consulta, o ângulo de contacto ocular é igual a 0°. - Contacto da mão da médica num ombro da paciente.
Voz: tom, ritmo, etc.	Volume sonoro correcto, boa articulação; tom ligeiramente informal.
Proxémica: distância aproximativa entre as duas entidades	Início da consulta: distância pessoal Fim da consulta: distância pessoal

<p>Cronémica</p> <ul style="list-style-type: none"> - Duração - Tempo dedicado a comunicação em si - Equilíbrio no tempo de fala entre médico e paciente 	<p>31 min</p> <p>10 min</p> <p>Sim</p>
OUTROS	
<p>Tópicos de conversa</p> <p>Responsável pela introdução destes tópicos</p> <p>Perspectiva do individuo como pessoa ou como paciente</p> <p>Dúvidas colocadas pelo paciente</p> <p>Explicações ao paciente: o que será feito na consulta (no início da consulta) e na próxima consulta (no fim da consulta)</p> <p>Comportamentos recorrentes ao longo da consulta</p> <p>Reformulações de solicitações ou perguntas</p>	<p>Gravidez da paciente; actualização da história clínica; motivo de consulta.</p> <p>Médica</p> <p>Pessoa</p> <p>“e para a cárie?” --> para marcação da próxima consulta</p> <p>A médica explica ao longo da consulta o que é feito, bem como o que deverá ser feito na próxima consulta: “vamos fazer a destartarização e depois vemos, sim?” “as gengivas estão um pouco inflamadas e é normal se te dói um pouco”; “se reparares, quando escovas os dentes, são um pouco sangrantes, e não é bem ligado à higiene” - explicação à paciente como usar fio dentário; “agora convêm repetir a consulta daqui cerca de 3 meses e fazer o controlo”.</p> <p>Frases repetidas ao longo do tratamento para ajudar a paciente em aguentar com o tratamento como “está quase”.</p> <p>Perguntas e pedidos recorrentes sobre a possível dor que possa sentir a paciente: “se doer alguma coisa e quiseres parar, avisa” “mas não dói nada, pois não?”</p>
<p>Rituais de abertura/fecho da consulta</p>	<p>Verificam-se uma abertura e um encerramento formal da consulta:</p> <ul style="list-style-type: none"> - na abertura, a médica vai buscar a paciente à sala de espera, cumprimentando-a com dois beijinhos. À entrada no consultório, deixa espaço suficiente à paciente para colocar os seus objectos pessoais e sentar-se na cadeira. - como ritual de fecho de consulta, a médica afasta o tabuleiro de trabalho, levanta-se e deixa a paciente levantar-se. A médica acompanha a paciente até ao exterior, despedindo-se com dois beijos.
<p>Modelo comunicacional</p>	<p>Deliberativo</p>
<p>Outro</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Negociação acerca da futura marcação: “vamos ter que marcar, está bem?”. - Interação entre a comunicação V/NV: (M)“costumas usar fio?” resposta da P com movimento de olho que traduz de vez e quando. - Imensos risos e grande comunicação com as mãos.

27ª consulta: sexo - masculino, idade : 46 anos, profissão : camionista – paciente já conhecido da médica dentista

VERBAL	
Estruturas de delicadeza	FTA contra o paciente: (M) “em termos de dentes, está tudo ok, mas tem de vir com mais frequência, senão vai perder os dentes. Agora não me liga, mas depois vai ligar me...baldou-se” “se viesse com mais frequência, doía menos”; (M)“vê se não sente a diferença” (P) “nada a ver” FFA para a paciente: “parabéns” “é a 1ª vez que não sangra tanto, é que estava pior, não se lembra?” “ a 1ª vez foi bem pior” “a última vez foi pior”/ FTA contra a médica: “é por isto que não venho, que rico dia” “Já está? Fogo!” FFA para a médica e FTA contra o paciente: “já me convenceu”
Modalização (ordem, pedido...)	“agora tem de aguentar um bocadinho” “abra bem” “pode passar por água” “vamos respirar pelo nariz que custa menos”
Formas de tratamento	“Senhor H.”
Adequação da linguagem: registo, uso do vocabulário técnico, uso da pessoa	- Registo comum - Vocabulário simplificado (“pedra” para cálculos) -- Uso da forma V
NÃO VERBAL	
Quinésica: posição do dentista/paciente no início e fim da consulta;	Início: a médica está de pé lateralmente ao paciente sentado. Fim: paciente e médica de pé.
Contacto médico/paciente: posição do olhar; contacto "físico"	- Posição do olhar: pela posição mais alta da médica no início da consulta, o ângulo do olhar está aumentado (superior a 0º). No fim da consulta, o ângulo de contacto ocular é igual a 0º. - A médica tenta manter o contacto visual tanto no início como no fim da consulta, enquanto o paciente desvia o olhar. - Contacto físico: mão da médica num ombro do paciente.
Voz: tom, ritmo, etc.	Volume sonoro correcto, boa articulação; tom ligeiramente informal (irónico e humorístico).
Proxémica: distância aproximativa entre as duas entidades	Início da consulta: distância social. Fim da consulta: distância pessoal.
Cronémica - Duração - Tempo dedicado a comunicação em si - Equilíbrio no tempo de fala entre médico e paciente	46 min 11 min Não (+ médica)
OUTROS	

<p>Tópicos de conversa</p> <p>Responsável pela introdução destes tópicos</p> <p>Perspectiva do individuo como pessoa ou como paciente</p> <p>Dúvidas colocadas pelo paciente</p> <p>Explicações ao paciente: o que será feito na consulta (no início da consulta) e na próxima consulta (no fim da consulta)</p> <p>Comportamentos recorrentes ao longo da consulta</p> <p>Reformulações de solicitações ou perguntas</p>	<p>Filhos do paciente; motivo da consulta</p> <p>Médica</p> <p>Paciente</p> <p>“já está?” → traduzindo a surpresa do paciente do tratamento já estar acabado.</p> <p>A médica explica ao longo da consulta o que é feito e o que deve ser feito: “já sabe que vai ter um pouco de sensibilidade” ”só estou a tirar manchinhas” “aqui nesta zona onde está a magoar, se viesse mais cedo, não custaria tanto” “agora vou passar uma mais fininha para aperfeiçoar, ok?” “tem de voltar daqui 3 meses para ver que o que estou a dizer é verdade”.</p> <p>Frases ditas para ajudar o paciente em aguentar o tratamento: “o pior já passou” “está quaaaaasse”.</p> <p>- “Relaxa, está muito contraído”: repetido cerca de 10 vezes</p> <p>- Perguntas e pedidos recorrentes sobre a possível dor que o paciente possa sentir: “não está a doer?” “alguma coisa, levanta a mão”</p> <p>- “tudo bem?”</p>
<p>Rituais de abertura/fecho da consulta</p>	<p>Verificam-se uma abertura e um encerramento formal da consulta:</p> <ul style="list-style-type: none"> - na abertura, a médica vai buscar o paciente à sala de espera cumprimentando-o com um aperto de mão associado a uma frase introdutória (“bom dia, tudo bem?”). À entrada no consultório, deixa espaço suficiente para o paciente sentar-se na cadeira; - como ritual de fecho de consulta, a médica afasta o tabuleiro de trabalho, levanta-se e deixa o paciente levantar-se. A médica acompanha o paciente até ao exterior, despedindo-se com um aperto de mão.
<p>Modelo comunicacional</p>	<p>Deliberativo</p>
<p>Outro</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Paciente tenso, crispado e impaciente, com grande ansiedade: traduzido pela comunicação não-verbal do paciente através da rapidez com a qual se senta na cadeira de tratamento e pelo não-verbal do paciente observado durante o tratamento (olhos fechados; tendência em fechar a boca, que impede o tratamento; aperto do punho ou do bater da mão contra a perna). - Negociação sobre a necessidade em vir mais regularmente à consulta: “tem de vir mais regularmente, é muito tártaro e o dente tem sensibilidade, pode fazer como alguns pacientes e já deixar marcado”. - Interação ente comunicação V/NV: “+ 5 minutos e já está” e paciente a responder com movimento de sobrancelha e testa, traduzindo a sua impaciência. - Uso de diminutivo (“manchinha”).

28ª consulta: sexo: feminino, idade : 37 anos, profissão : empregada – paciente já conhecida da médica

VERBAL	
Estruturas de delicadeza	FTA da paciente contra ela própria: (M) “não deve ser fácil” (empatia); (M) “não doi nada?” (P) “hum hum” (M) “vou esperar” (P) “mas não há problema, eu aguento” (M) “não, não faz sentido”
Modalização (ordem, pedido...)	“faça de conta que está a apanhar um banhinho de sol” “sim, pode dormir que depois acordo!” “se doer alguma coisa, levante a mão, mas a partida não terá dor” “fechar e relaxar” “cuidado para não se trincar”/
Formas de tratamento	Nome: “G.”
Adequação da linguagem: registo, uso do vocabulário técnico, uso da pessoa	- Registo comum - Vocabulário técnico - Uso da forma V
NÃO VERBAL	
Quinésica: posição do dentista/paciente no início e fim da consulta;	Início: a médica está de pé, lateralmente à paciente sentada na cadeira. Fim: médica e paciente sentadas.
Contacto médico/paciente: posição do olhar; contacto "físico"	- Posição do olhar: pela posição mais alta da médica no início da consulta, o ângulo do olhar está aumentado (superior a 0o). No fim da consulta, o ângulo de contacto ocular é igual a 0o. - Grande contacto visual entre a paciente e a médica.
Voz: tom, ritmo, etc.	Volume sonoro correcto, boa articulação.
Proxémica: distância aproximativa entre as duas entidades	Início da consulta: distância íntima. Fim da consulta: distância pessoal.
Cronémica - Duração - Tempo dedicado a comunicação em si - Equilíbrio no tempo de fala entre médico e paciente	33 min 16 min Sim
OUTROS	
Tópicos de conversa	Família da paciente; acidente da médica; mudança de casa; motivo da consulta (sintomas)
Responsável pela introdução destes tópicos	Paciente
Perspectiva do individuo como pessoa ou como paciente	Pessoa
Dúvidas colocadas pelo paciente	Acerca da anestesia realizada: “já anestesiou?” “já!” / “ainda não sinto o lábio...” “é normal”
Explicações ao paciente: o que será feito na consulta (no início da consulta) e na próxima consulta (no fim da consulta)	A médica explica ao longo da consulta o que é e será feito: “se calhar, só consigo tratar um: vamos tratar este que tem a parte interna a mostra e tratamos o outro depois”

Comportamentos recorrentes ao longo da consulta	“tudo bem?”
Reformulações de solicitações ou perguntas	Reformulação sobre a possível existência de dor: “está a doer alguma coisa?” “não esta magoar nada, pois não?” “tudo em ordem?”.
Rituais de abertura/fecho da consulta	Verificam-se uma abertura e um encerramento formal da consulta: - na abertura, a médica vai buscar o paciente à sala de espera cumprimentando-o com dois beijinhos. À entrada no consultório, deixa espaço suficiente para a paciente sentar-se na cadeira; - como ritual de fecho de consulta, a médica afasta o tabuleiro de trabalho e deixa o paciente levantar-se, levantando-se a seguir. A médica acompanha a paciente até ao exterior, despedindo-se com dois beijinhos.
Modelo comunicacional	Deliberativo
Outro	- Grande cumplicidade ente a paciente e a médica. - Grande comunicação com as mãos, acompanhando o verbal. - Grande riso da médica e da paciente.

29ª consulta: *sexo: masculino, idade : 30 anos, profissão : engenheiro – paciente já conhecido pela médica e que se verifica ser um próximo com o qual tem uma grande cumplicidade.*

VERBAL	
Estruturas de delicadeza	
Modalização (ordem, pedido...)	“deixa-me pôr vaselina” “respirar pelo nariz e inclinar te para frente” “podes passar por água” “sorri”
Formas de tratamento	Nome: “A.”
Adequação da linguagem: registo, uso do vocabulário técnico, uso da pessoa	- Registo comum - Vocabulário técnico (“molde” “protésico” “prótese” “implante” “destartarização”) - Uso da forma T
NÃO VERBAL	
Quinésica: posição do dentista/paciente no início e fim da consulta;	Início: o paciente sentado na cadeira, a médica de pé (e vai ficar de pé a consulta toda). Fim: a médica e o paciente, de pé, um frente ao outro.
Contacto médico/paciente: posição do olhar; contacto “físico”	- Posição do olhar: pela posição mais alta da médica no início da consulta, o ângulo do olhar está aumentado (superior a 0º). No fim da consulta, o ângulo de contacto ocular é igual a 0º.
Voz: tom, ritmo, etc.	Volume sonoro correcto, boa articulação.
Proxémica: distância aproximativa entre as duas entidades	Início da consulta: distância íntima. Fim da consulta: distância pessoal a social.
Cronémica - Duração - Tempo dedicado a comunicação em si - Equilíbrio no tempo de fala entre médico e paciente	19 min 11 min Sim
OUTROS	

Tópicos de conversa	Multas; motivo da consulta (dente a tratar).
Responsável pela introdução destes tópicos	Paciente
Perspectiva do indivíduo como pessoa ou como paciente	Paciente
Dúvidas colocadas pelo paciente	“vistes que eu sangra muito?”
Explicações ao paciente: o que será feito na consulta (no início da consulta) e na próxima consulta (no fim da consulta)	A médica explica ao longo da consulta o que é feito como explica o seguimento do tratamento: “então é o seguinte, vamos fazer o molde, mandamos ao protésico, mandam a prótese para não fiques sem dente, extraímos o dente, esperamos e depois colocamos o implante” “pronto, o ideal era também fazer uma destarização”.
Comportamentos recorrentes ao longo da consulta	“tudo bem?”
Reformulações de solicitações ou perguntas	
Rituais de abertura/fecho da consulta	Verificam-se uma abertura e um encerramento formal da consulta: - na abertura, a médica vai buscar o paciente à sala de espera cumprimentando-o com dois beijinhos, associados a frase introdutória (“como estamos?” “estamos”). À entrada no consultório, deixa espaço suficiente para a paciente deixar os seus objectos pessoais e sentar-se na cadeira; - como ritual de fecho de consulta, a médica afasta o tabuleiro de trabalho e deixa o paciente levantar-se, levantando-se a seguir. A médica acompanha a paciente até ao exterior, despedindo-se com dois beijinhos.
Modelo comunicacional	Deliberativo
Outro	- Interação entre comunicação V/NV: “tens os dentes escurinhos”. O paciente mostra os dois dentes da frente ao qual a paciente responde: “sim, eu sei” ou quando faz a impressão: “está tudo bem?” o paciente responde com o polegar levantado. - Negociação acerca da próxima consulta: “4ª tens disponibilidade?” “sim, acho que sim” “quando queres fazer a limpeza, na 3ª pode ser?” “está bem”. - Grande riso entre paciente e médica. - Grande cumplicidade com o paciente.

30ª consulta: *sexo: feminino, idade : 21 anos, profissão : desempregada – 1ª consulta da paciente*

VERBAL	
Estruturas de delicadeza	
Modalização (ordem, pedido...)	“abre”
Formas de tratamento	Nome: V.

Adequação da linguagem: registo, uso do vocabulário técnico, uso da pessoa	- Registo comum; - Vocabulário técnico (“raio x” “anti inflamatório”); - Uso da forma T
NÃO VERBAL	
Quínésica: posição do dentista/paciente no início e fim da consulta;	Início: a paciente sentada na cadeira e médica sentada ao lado dela de pernas cruzadas. Fim: a paciente de pé afastada com a mãe e a tia enquanto a médica está sentada junto a bancada.
Contacto médico/paciente: posição do olhar; contacto "físico"	- Posição do olhar: no início da consulta, o ângulo do olhar está igual a 0°. A médica estabelece o contacto visual com a paciente mas esta última tem tendência a desviar o olhar, preferindo olhar para o ecrã ou o tecto. No fim da consulta, o ângulo de contacto ocular é inferior a 0°, devido a própria posição da médica. - Contacto físico: mão da médica no ombro da paciente.
Voz: tom, ritmo, etc.	Volume sonoro correcto, boa articulação.
Proxémica: distância aproximativa entre as duas entidades	Início da consulta: distância pessoal. Fim da consulta: distância social.
Cronémica - Duração - Tempo dedicado a comunicação em si - Equilíbrio no tempo de fala entre médico e paciente	19 min 15min Não (+ a médica)
OUTROS	
Tópicos de conversa	Motivo da consulta; realização da história clínica
Responsável pela introdução destes tópicos	Médica
Perspectiva do indivíduo como pessoa ou como paciente	Paciente
Dúvidas colocadas pelo paciente	Acerca do tratamento medicamentoso a seguir: (P) “posso tomar o anti inflamatório a qualquer hora?” (M) “Convêm tomar a hora certa”.
Explicações ao paciente: o que será feito na consulta (no início da consulta) e na próxima consulta (no fim da consulta)	A médica explica ao longo da consulta o que é e deve ser feito: “vou fazer um teste num dente e depois no outro” “O que vamos fazer é um raio x que não faço aqui; se calhar numa 1ª fase, passava-te um anti inflamatório” .
Comportamentos recorrentes ao longo da consulta	
Reformulações de solicitações ou perguntas	Perguntas acerca da dor que a paciente possa sentir: “Dói alguma coisa quando eu palpo?”.
Rituais de abertura/fecho da consulta	Verificam-se uma abertura e um encerramento formal da consulta: - na abertura, a médica vai buscar a paciente à sala de espera cumprimentando-o com dois beijinhos. À entrada no consultório, deixa espaço suficiente para a paciente deixar os seus objectos pessoais e sentar-se

	na cadeira; - como ritual de fecho de consulta, a médica afasta o tabuleiro de trabalho e deixa a paciente levantar-se. A médica acompanha a paciente até ao exterior, despedindo-se com dois beijinhos.
Modelo comunicacional	Deliberativo
Outro	- Paciente acompanhada pela mãe e tia. - Negociação sobre o tratamento.

Observações das consultas portuguesas – Médico dentista nº4

Nacionalidade: portuguesa
Idade: 69 anos
Sexo: masculino
Anos de experiência: 37 anos
Meio Urbano

Aparência física: uso de bata branca em cima de roupa do dia-a-dia.

Nota: em todas as consultas, foi observada uma distância íntima durante a fase de tratamento.

31ª consulta: *sexo: feminino, idade : 63 anos, profissão : educadora de infância – paciente já conhecida do médico dentista*

VERBAL	
Estruturas de delicadeza	FTA do médico contra ele próprio (promessa): (M) “vai ficar bem, para a senhora ficar bem” FTA para a paciente e FFA para o médico: (M) “o tempo que eu levei para eu convencê-la em fazer a prótese”
Modalização (ordem, pedido...)	“ponha o gancho” “quer pôr outra vez e voltar a experimentar?”
Formas de tratamento	“Minha Senhora”
Adequação da linguagem: registo, uso do vocabulário técnico, uso da pessoa	- Registo comum - Vocabulário técnico (“prótese”) - Uso da forma V
NÃO VERBAL	
Quinésica: posição do dentista/paciente no início e fim da consulta;	Início: médico, de braços cruzados, e paciente sentados. Fim: médico (encostado à bancada) e paciente de pé.
Contacto médico/paciente: posição do olhar; contacto "físico"	- Posição do olhar: no início da consulta, o ângulo do olhar está superior a 0° (devido ao médico ser mais alto do que a paciente). No fim da consulta, o ângulo de contacto ocular é igual a 0°, devido a própria posição do médico (médico um pouco flectido). - Contacto visual estabelecido com a paciente.
Voz: tom, ritmo	Volume sonoro satisfatório; boa articulação; o uso de máscara durante certas fases comunicacionais dificultou a percepção da voz.

Proxémica: distância aproximativa entre as duas entidades	Início da consulta: distância pessoal (limite com distância social). Fim da consulta: distância pessoal (limite com distância social).
Cronémica - Duração - Tempo dedicado a comunicação em si - Equilíbrio no tempo de fala entre médico e paciente	15 min 8 min Não (+ o médico)
OUTROS	
Tópicos de conversa	Motivo da consulta (colocação de prótese);
Responsável pela introdução destes tópicos	Médico
Perspectiva do indivíduo como pessoa ou como paciente	Paciente
Dúvidas colocadas pelo paciente	Acerca do uso da prótese: (P) “as próteses têm de ser tiradas?” (M) “sim, convem” / (P) “eu posso comer? Posso lanchar?” (M) “Deve. É melhor que não coma algo que não agarra”
Explicações ao paciente: o que será feito na consulta (no início da consulta) e na próxima consulta (no fim da consulta)	O médico não explicou os vários procedimentos de forma específica.
Comportamentos recorrentes ao longo da consulta	O médico sai do consultório para a divisão ao lado para ir buscar o material necessário.
Reformulações de solicitações ou perguntas	
Rituais de abertura/fecho da consulta	Verificam-se uma abertura e um encerramento formal da consulta: - na abertura, o médico chama a paciente no passo da porta, sem cumprimenta-la mas com frase introdutória “pode entrar se faz favor”. Deixa primeiro entrar a paciente no consultório, seguindo-a. Deixa espaço suficiente para a paciente deixar os seus objectos pessoais e sentar-se na cadeira; - como ritual de fecho de consulta, o médico afasta o tabuleiro de trabalho e deixando a paciente bochechar e levantar-se. A seguir, o médico volta a sentar-se, junto à bancada. O médico acompanha a paciente até a entrada do consultório, despedindo-se com dois beijinhos.
Modelo comunicacional	Deliberativo
Outro	

32ª consulta: sexo: feminino, idade : 30 anos, profissão : veterinária – paciente já conhecida do médico

VERBAL	
Estruturas de delicadeza	FTA contra a paciente: “temos aqui uma obra...não é da misericórdia mas estamos lá perto” “tem de ser devagarinho porque estou em terreno minado” “o meu grande dilema é como o ministro das finanças, é que não tenho a certeza que esteja morto ou não” FTA contra o paciente e médico: (P) “não estava a espera disto hoje” (M) “nem eu”
Modalização (ordem, pedido...)	“durante meia hora, não mastigue aí por favor” “se tiver dor, toma bem u ron” “não feche a boca agora” “descanse um bocadinho” “pode lavar se quiser” “faça o favor de ir dizendo me a sua justiça” “fechar, abrir” “eu passo-lhe um papel para requisitar uma ortopantomografia se quiser” “então vamos la ver, se me fizer o favor de dizer me o que tem” “não pode ir lá com a língua” “está cansadita? Descansa”
Formas de tratamento	“vamos lá filha”
Adequação da linguagem: registo, uso do vocabulário técnico, uso da pessoa	- Registo comum - Vocabulário simplificado e técnico (“está aqui mais em dorsal” (para palatino) e para explicar o processo cariioso mas termos técnicos como “palatino”, “ionómero”, “canais”, “camara”, “recidiva cárie”, “cárie”) - Uso da forma V
NÃO VERBAL	
Quinésica: posição do dentista/paciente no início e fim da consulta;	Início: paciente na cadeira sentada de pernas esticadas e médico sentado ao lado Fim: médico de pé atrás da cadeira de tratamento e paciente sentada e virada para o médico
Contacto médico/paciente: posição do olhar; contacto "físico" aparência física	- Posição do olhar: no início da consulta, o ângulo do olhar está superior a 0° (devido ao médico ser mais alto do que a paciente). No fim da consulta, o ângulo de contacto ocular é superior a 0°, devido a própria posição do médico. - Contacto físico: mão no ombro da paciente no fim da consulta.
Voz: tom, ritmo, etc.	Volume sonoro satisfatório; boa articulação; tom informal; o uso de máscara durante certas fases comunicacionais dificultou a percepção da voz.
Proxémica: distância aproximativa entre as duas entidades	Início da consulta: distância social. Fim da consulta: distância pessoal.
Cronémica - Duração - Tempo dedicado a comunicação em si - Equilíbrio no tempo de fala entre médico e paciente	43 min 8 min Não (+ o médico)
OUTROS	

<p>Tópicos de conversa</p> <p>Responsável pela introdução destes tópicos</p> <p>Perspectiva do individuo como pessoa ou como paciente</p> <p>Dúvidas colocadas pelo paciente</p> <p>Explicações ao paciente: o que será feito na consulta (no início da consulta) e na próxima consulta (no fim da consulta)</p> <p>Comportamentos recorrentes ao longo da consulta</p> <p>Reformulações de solicitações ou perguntas</p>	<p>Motivo da consulta da paciente (sensibilidade)</p> <p>Médico</p> <p>Paciente</p> <p>Acerca do procedimento efectuado: (P) “se sentir dor, é mau?” (M) “eu preciso de saber para ver se o seu dente está morto”/ acerca do tratamento a efectuar: (P)“ e pode ser tratado hoje?” (M) “sim sim”/ acerca da possibilidade de futuro tratamento a efectuar: (P) “tenho os dentes que abrem, poderia pôr-se um aparelho?” (M) “não sou especialista, mas não me parece que haja necessidade”/ (M) “vai me doer?” (P) “ é capaz ter um ligeiro pós operatório”</p> <p>O médico explica ao longo da consulta as diferentes fases do procedimento do dia assim como o que será feito na próxima consulta: “vamos julgar o que tem ainda de vitalidade” “ora bem, eu julgo que tenha uma recidiva de cárie, tem aí uma parte escura que será uma recidiva de cárie, de certeza” ”eu vou tentar tirar a obturação sem anestesiar” “tem uma cárie enorme, digo lhe já” “pronto, vou ter que desvitalizar aqui” “sabe qual é o meu problema aqui? Este dente tem dois canais, na entrada da camara...tenho de tratar para não ganhar outro abscesso” “isto são as limas” “ a raiz está muito divergente, vai pro palato” “vai demorar mais meia hora a endurecer” “são mais cinco minutos, é só secar e voltar a limpar bem e já a deixo ir embora” “na próxima será a mesma coisa, é só obturar os canais”</p> <p>- O médico sai do consultório para a divisão ao lado para ir buscar o material necessário, várias vezes sem avisar a paciente.</p> <p>- Frases e expressões que vão marcar os diferentes passos do procedimento, permitindo à paciente aguentar um pouco mais: “ora bem, vamos a isto”, “ora bem, mais um bocadito de suplício”</p> <p>- “não feche, por favor, não feche” / “está bem? está bem?”/</p> <p>- Pergunta sobre a dor que a paciente possa sentir: (M)“dói?” (P) “Hum” (M) “Pois é a gengiva que sangre”; (M) “dói?” (P) “não” (M) “pois está anestesiada até lá em cima”</p>
<p>Rituais de abertura/fecho da consulta</p>	<p>Verificam-se uma abertura e um encerramento formal da consulta:</p> <p>- na abertura, o médico chama a paciente no passo da porta, sem cumprimenta-la mas com frase introdutória “pode entrar se faz favor”. Deixa primeiro entrar a paciente no consultório, seguindo-a. Deixa espaço suficiente para a paciente deixar os seus objectos pessoais e sentar-se na cadeira;</p> <p>- como ritual de fecho de consulta, o médico afasta o tabuleiro de trabalho e levanta-se primeiro, fazendo sinal de mão à paciente para poder bochechar e deixando a paciente levantar-se. A seguir, o médico volta a sentar-se, junto à bancada. O médico acompanha a paciente até a entrada do consultório, despedindo-se com dois beijinhos.</p>

Modelo comunicacional	Deliberativo
Outro	<ul style="list-style-type: none"> - Comunicação V/NV: (P) “hum, hum” (M) “doeu? Se está a doer, não está assim tão morto” / paciente com a mão a querer dizer “chega”. - Humor do médico dentista provocando muitos risos. - Uso de diminutivo (“bocadinho”). - Negociação sobre a próxima consulta: (M) “dará para marcar para as sete?” (P) “Dá” (M) “Pode ser 3ª f?” (P) “sim sim, pode ser”.

33ª consulta: *sexo: feminino, idade : 52 anos, profissão : educadora de infância – 1ª consulta da paciente*

VERBAL	
Estruturas de delicadeza	
Modalização (ordem, pedido...)	“faça o favor de sentar-se”, “não se incomode” “bocheche com aquilo e com mais nada” “está confortável assim?” “dê paz à sua boca”
Formas de tratamento	“Minha Senhora”
Adequação da linguagem: registo, uso do vocabulário técnico, uso da pessoa	<ul style="list-style-type: none"> - Registo comum - Vocabulário técnico associado a linguagem simplificada (“dentinho”, “limpar a pedra dos dentes”, “imunofluorescência” recessão gengival” “líquen plano” “biopsia”) - Uso da forma V
NÃO VERBAL	
Quinésica: posição do dentista/paciente no início e fim da consulta;	<p>Início: médico, ligeiramente curvado, sentado lateralmente à paciente, não encostada contra a cadeira.</p> <p>Fim: médico sentado e paciente de pé.</p>
Contacto médico/paciente: posição do olhar; contacto "físico"	<ul style="list-style-type: none"> - Posição do olhar: no início da consulta, o ângulo do olhar está superior a 0º (devido a posição mais baixa da cadeira). No fim da consulta, o ângulo de contacto ocular é diminuído, devido a própria posição do médico. - Contacto físico inicial: contacto da mão do médico nas costas do paciente para orientar o paciente até a cadeira de tratamento.
Voz: tom, ritmo, etc.	Volume sonoro satisfatório; boa articulação; o uso de máscara durante certas fases comunicacionais dificultou a percepção da voz.
Proxémica: distância aproximativa entre as duas entidades	<p>Início da consulta: distância pessoal.</p> <p>Fim da consulta: distância pessoal.</p>
Cronémica	
- Duração	30 min
- Tempo dedicado a comunicação em si	23 min
- Equilíbrio no tempo de fala entre médico e paciente	Sim
OUTROS	
Tópicos de conversa	Naturalidade dos pais da paciente; história clínica; motivo da consulta da paciente; técnica correcta de escovagem.
Responsável pela introdução destes	Médico

tópicos	
Perspectiva do individuo como pessoa ou como paciente	Paciente
Dúvidas colocadas pelo paciente	“posso ver esta foto?”
Explicações ao paciente: o que será feito na consulta (no início da consulta) e na próxima consulta (no fim da consulta)	O médico explica ao longo da consulta o que está a fazer e observar: “vou pôr um pouco de ar, tem aqui saliva na boca e depois não vejo nada” “a minha sugestão para si é...” “pode ser um lúpus mas para mim parece mais um líquen plano” “para ter mos a certeza absoluta, tem se tirar um fragmento para analisar” “mas não se preocupe, isto para já não tem nada mal, é uma doença benigna”
Comportamentos recorrentes ao longo da consulta	O médico sai do consultório para a divisão ao lado para ir buscar o material necessário.
Reformulações de solicitações ou perguntas	
Rituais de abertura/fecho da consulta	Verificam-se uma abertura e um encerramento formal da consulta: - na abertura, o médico chama a paciente no passo da porta, esperando-a no consultório. A paciente entra no gabinete por ela própria e fica a entrada até o médico lhe dar a “autorização” para sentar-se (“faça o favor de sentar-se”), sem cumprimenta-la. Deixa primeiro entrar a paciente no consultório, seguindo-a. Deixa espaço suficiente para a paciente deixar os seus objectos pessoais e sentar-se na cadeira; - como ritual de fecho de consulta, o médico afasta o tabuleiro de trabalho e levanta-se primeiro, deixando a paciente levantar-se. A seguir, o médico volta a sentar-se, junto à bancada. O médico acompanha a paciente até a entrada do consultório, despedindo-se com um aperto de mão.
Modelo comunicacional	Paternalista
Outro	- Paciente fragilizada, com ligeira angustia, em lágrimas (“ô s’o Dr, mas a minha sogra também teve algo nas gengivas e faleceu”). - Comunicação com movimentos alternados de abertura e fecho das mãos. - Controlo da fala da paciente pelo médico, colocando o espelho em boca do paciente.

34ª consulta: *sexo: feminino, idade : 36 anos, profissão : contabilista* → paciente já conhecida do médico dentista e com a qual já existe uma certa confiança

VERBAL	
Estruturas de delicadeza	FFA: prenda oferecida ao médico
Modalização (ordem, pedido...)	“pode bochechar” “abrir fechar”
Formas de tratamento	“não filha, não”
Adequação da linguagem: registo, uso do vocabulário técnico, uso da pessoa	- Registo comum - Vocabulário técnico (“cárie” “limpeza”) - Uso da forma V

NÃO VERBAL	
Quinésica: posição do dentista/paciente no início e fim da consulta	Início: médico sentado e paciente sentado de pernas cruzadas Fim: médico sentado e paciente sentada de lado na cadeira, a balançar os pés
Contacto médico/paciente: posição do olhar; contacto "físico" aparência física	- Posição do olhar: no início da consulta, o ângulo do olhar está superior a 0° (devido ao médico ser mais alto do que a paciente). No fim da consulta, o ângulo de contacto ocular é superior a 0°, devido a própria posição do médico. Contacto ocular estabelecido pelo médico. - Contacto físico: contacto da mão no ombro direito da paciente.
Voz: tom, ritmo, etc.	Volume sonoro satisfatório; boa articulação; ritmo mais lento do que habitual; o uso de máscara durante certas fases comunicacionais dificultou a percepção da voz.
Proxémica: distância aproximativa entre as duas entidades	Início da consulta: distância pessoal Fim da consulta: distância pessoal
Cronémica - Duração - Tempo dedicado a comunicação em si - Equilíbrio no tempo de fala entre médico e paciente	48 min 8 min Sim
OUTROS	
Tópicos de conversa	Pesca
Responsável pela introdução destes tópicos	Paciente
Perspectiva do indivíduo como pessoa ou como paciente	Pessoa
Dúvidas colocadas pelo paciente	“vai ter que anestesiar outra vez?”
Explicações ao paciente: o que será feito na consulta (no início da consulta) e na próxima consulta (no fim da consulta)	O médico explica a necessidade de continuidade de tratamento após realização da consulta: “agora que as cáries estão tratadas, poderíamos pensar em fazer uma limpeza” (negociação de tratamento).
Comportamentos recorrentes ao longo da consulta	O médico sai do consultório para a divisão ao lado para ir buscar o material necessário, várias vezes.
Reformulações de solicitações ou perguntas	“Feche. Feche”
Rituais de abertura/fecho da consulta	Verificam-se uma abertura e um encerramento formal da consulta: - na abertura, o médico chama a paciente no passo da porta. Deixa entrar a paciente no consultório, seguindo-a e deixa espaço suficiente para a paciente deixar os seus objectos pessoais e sentar-se na cadeira; - como ritual de fecho de consulta, o médico afasta o tabuleiro de trabalho e levanta-se primeiro. A seguir, o médico volta a sentar-se, junto à bancada. Só depois da conversa final é que a paciente levanta-se e recupera os seus objectos pessoais O médico acompanha a paciente até a entrada do

	consultório, despedindo-se com dois beijinhos (“dois beijinhos, xau”).
Modelo comunicacional	Deliberativo
Outro	- “pronto, está feito” “ora bem”

35ª consulta: *sexo: feminino, idade : 69 anos, profissão : reformada – paciente já conhecida do médico dentista*

VERBAL	
Estruturas de delicadeza	FTA da paciente contra ela própria: (P) “mas a culpa é minha, não uso fio dental”; FTA contra o médico: após o tratamento acabado, (P) “não era preciso doer tanto para ficar tão bonito” FFA para o médico: (P) ”já tenho um dente novo, não é?” (M) “novo novo, não é” (P) “mas já não vejo nada”
Modalização (ordem, pedido...)	“se faz favor, bocheche” “faça o favor de lavar” “espere”
Formas de tratamento	“Minha Senhora” “Senhora Doutora” “Dona M.” “Senhora M.”
Adequação da linguagem: registo, uso do vocabulário técnico, uso da pessoa	- Registo comum - Vocabulário técnico - Uso da forma V
NÃO VERBAL	
Quinésica: posição do dentista/paciente no início e fim da consulta;	Início: médico de pé, de mãos cruzadas atrás das costas, lateralmente à paciente sentada na cadeira de tratamento. Fim: médico e paciente de pé.
Contacto médico/paciente: posição do olhar; contacto "físico"	- Posição do olhar: no início da consulta, o ângulo do olhar está superior a 0° (devido a posição inicial do médico). No fim da consulta, o ângulo de contacto ocular é superior a 0°, devido ao médico ser mais alto. - Contacto ocular estabelecido pelo médico, no entanto o paciente está sempre a desviar o olhar, olhando para o tecto durante o tratamento. - Grande contacto visual no fim da consulta.
Voz: tom, ritmo, etc.	Volume sonoro satisfatório; boa articulação; o médico até cantarola; o uso de máscara durante certas fases comunicacionais dificultou a percepção da voz.
Proxémica: distância aproximativa entre as duas entidades	Início da consulta: distância pessoal Fim da consulta: distância pessoal
Cronémica - Duração - Tempo dedicado a comunicação em si - Equilíbrio no tempo de fala entre médico e paciente	45 min 6 min Sim
OUTROS	

Tópicos de conversa	Passeios; pós-operatório do tratamento passado.
Responsável pela introdução destes tópicos	Médico
Perspectiva do individuo como pessoa ou como paciente	Paciente
Dúvidas colocadas pelo paciente	“esta água pode-se beber Sr Dr?”
Explicações ao paciente: o que será feito na consulta (no início da consulta) e na próxima consulta (no fim da consulta)	Faltaram explicações por parte do médico relativas ao início do tratamento: presume-se que na consulta anterior o médico tenha explicitado o tratamento. No entanto, deu explicações ao longo do procedimento: “está um pouco áspero mas amanhã já fica bem” “vou ver se consigo torna-lo mais liso” “não se preocupe que isto não gasta o dente, é só uma borracha”; (P) ” acho que tenho de vir arrancar a raiz” (M)“pois tem”: negociação acerca o tratamento).
Comportamentos recorrentes ao longo da consulta	O médico sai do consultório para a divisão ao lado para ir buscar o material necessário, várias vezes, acompanhando o movimento dum a mão frente ao olhar do paciente que traduz um “espera”.
Reformulações de solicitações ou perguntas	“está tudo bem?”;“doeu?”; (M)“doeu?” (P) “hum hum” com movimento de cabeça que traduz sim, (M) “está a doer? ” P com o movimento de dedo responde que não.
Rituais de abertura/fecho da consulta	Verificam-se uma abertura e um encerramento formal da consulta: - na abertura, vai buscar a paciente (“Ola. Como está a minha senhora?”) e deixa entrar a paciente no consultório, seguindo-a. Deixa-lhe espaço suficiente para a paciente colocar os seus objectos pessoais (“se faz favor”) e sentar-se na cadeira (“se faz favor”); - como ritual de fecho de consulta, o médico afasta o tabuleiro de trabalho e levanta-se primeiro, deixando espaço suficiente à paciente para levantar-se e recuperar os seus efeitos pessoais. O médico acompanha a paciente até a saída do consultório, despedindo-se com dois beijinhos (“adeus minha senhora”).
Modelo comunicacional	Deliberativo
Outro	- Interação entre comunicação V/NV: o médico a querer colocar o aspirador em boca da paciente, a paciente coloca a mão frente à boca fazendo entender ao médico que ainda não está pronta “Desculpa”(M) “Não faz mal”(P) “Quando quiser, diga”(M). - A paciente controla o fim da comunicação, tanto do plano de tratamento que pretende continuar seguir (a paciente informa-lhe da falta de equilíbrio sentido, o médico explicita a necessidade em realizar uma avaliação) como do pagamento: “Agora falta o principal” “ah pois é”. - Uso de espelho para mostrar o resultado final.

36ª consulta: sexo: feminino, idade : 48 anos, profissão : professora – paciente já conhecida do médico dentista

VERBAL	
Estruturas de delicadeza	FTA contra o paciente: (M) “daqui pouco já não tem dente, é uma <i>savocada</i> aqui”
Modalização (ordem, pedido...)	“pêra, não feche a boca” “sem se aleijar, se faz favor de lavar” “se quiser cuspir” “feche” “vou deixa-la passar por água” “se quiser...” acompanhado pelo dedo que indica a cuspideira
Formas de tratamento	“Minha Senhora” “Doutora T.”
Adequação da linguagem: registo, uso do vocabulário técnico, uso da pessoa	- Registo comum/familiar - Vocabulário técnico (“parafuso” “pilar falso”) - Uso da forma V
NÃO VERBAL	
Quinésica : posição do dentista/paciente no início e fim da consulta;	Início: médico sentado lateralmente à paciente sentada na cadeira de tratamento. Fim: médico sentado e paciente de pé.
Contacto médico/paciente: posição do olhar; contacto "físico"	- Posição do olhar: no início da consulta, o ângulo do olhar está superior a 0º (devido ao médico estar numa posição um pouco mais alta pouco). No fim da consulta, o ângulo de contacto ocular é inferior a 0º, devido ao médico estar sentado. - O paciente tenta estabelecer inicialmente um contacto visual, a paciente olhando para frente e desviando o olhar; grande contacto visual no fim da consulta. - Contacto físico no fim da consulta: mão no ombro da paciente.
Voz: tom, ritmo, etc.	Volume sonoro satisfatório; boa articulação; gravidade da voz que mantém um certo respeito; o uso de máscara durante certas fases comunicacionais dificultou a percepção da voz.
Proxémica: distância aproximativa entre as duas entidades	Início da consulta: distância pessoal. Fim da consulta: distância pessoal (limite com distância íntima).
Cronémica - Duração - Tempo dedicado a comunicação em si - Equilíbrio no tempo de fala entre médico e paciente	54 min 22 min Sim
OUTROS	
Tópicos de conversa	Netos; literatura e últimos achados em livraria; dente para tratar.
Responsável pela introdução destes tópicos	Médico
Perspectiva do individuo como pessoa ou como paciente	pessoa
Dúvidas colocadas pelo paciente	(P) “vai doer?” (M) “não”
Explicações ao paciente: o que será	O médico explica ao longo da consulta o que é e deve ser feito: “se não estou

feito na consulta (no início da consulta) e na próxima consulta (no fim da consulta)	em erro, penso que é aquele atrás” “vou ver se arranjo um pilar falso para ajudar a reter o material” “vou colocar o parafuso” “é que já só tem um pedacinho daquele lado de cá, e não sei se ainda dá”.
Comportamentos recorrentes ao longo da consulta	O médico sai do consultório para a divisão ao lado para ir buscar o material necessário, várias vezes, acompanhando o movimento dum a mão frente ao olhar do paciente que traduz um “espera”.
Reformulações de solicitações ou perguntas	“sem medo, sem medo”
Rituais de abertura/fecho da consulta	Verificam-se uma abertura e um encerramento formal da consulta: - na abertura, o médico vai buscar a paciente (“Boa tarde”), controlando o ritual inicial deixando a paciente colocar os seus objectos pessoais na bancada e sentar-se; - como ritual de fecho de consulta, o médico afasta o tabuleiro de trabalho e levanta-se primeiro, deixando espaço suficiente à paciente para levantar-se e recuperar os seus objectos pessoais. O médico volta a sentar-se junto à bancada; o médico acompanha a paciente até a saída do consultório, despedindo-se como dois beijos como forma final de cumprimento.
Modelo comunicacional	Paternalista
Outro	- Comunicação V/NV: M a perguntar: “está muito alto?” → a paciente responde com um piscar de olhar que “sim”. - Grande “a vontade” da paciente e do médico (grande troca de risos entre os dois). - ”ora bem, vamos lá” que marca o início do tratamento. - Uso de diminutivo (“boquita”).

37ª consulta: *sexo: masculino, idade : 37 anos, profissão : enfermeiro – paciente já conhecido pelo médico dentista*

VERBAL	
Estruturas de delicadeza	FTA do médico contra ele próprio (insegurança): “pronto L., está tudo feito. Espero que esteja ao agrade de ambas as partes”
Modalização (ordem, pedido...)	“L., faça me o favor de dizer se sente frio” “L, sem trincar, sem forçar, vai bochechar para ver mos” “diga L.” “se quiser lavar a boca, faça o favor” “vamos voltar a ver se não se importa” “pode mastigar com ele sem espera”
Formas de tratamento	Nome “L.”
Adequação da linguagem: registo, uso do vocabulário técnico, uso da pessoa	- Registo comum/familiar - Vocabulário técnico (“cúspide”, “oclusão”, “compósito”, “polimerização”) - Uso da forma V
NÃO VERBAL	
Quinésica: posição do dentista/paciente no início e fim da consulta	Início: médico de pé lateralmente ao paciente Fim: médico sentado e paciente de pé
Contacto médico/paciente: posição do olhar; contacto "físico"	- Posição do olhar: no início da consulta, o ângulo do olhar está superior a 0° (devido a posição do médico). No fim da consulta, o ângulo de contacto

	ocular é inferior a 0°, devido ao médico estar sentado.
Voz: tom, ritmo, etc.	Volume sonoro satisfatório; boa articulação; o uso de máscara durante certas fases comunicacionais dificultou a percepção da voz.
Proxémica: distância aproximativa entre as duas entidades	Início da consulta: distância pessoal. Fim da consulta: distância pessoal.
Cronémica - Duração - Tempo dedicado a comunicação em si - Equilíbrio no tempo de fala entre médico e paciente	58 min 8 min Sim
OUTROS	
Tópicos de conversa	Filhos, férias, motivo da consulta (“dor ao frio”).
Responsável pela introdução destes tópicos	Médico
Perspectiva do indivíduo como pessoa ou como paciente	Paciente
Dúvidas colocadas pelo paciente	
Explicações ao paciente: o que será feito na consulta (no início da consulta) e na próxima consulta (no fim da consulta)	O médico explica ao longo da consulta o que é feito: “L., partiu metade do dente pah” “se calhar vou ter que fazer lhe uma piquadita porque a reconstruir pode causar dor” “está um pouco alto” “deixa aí que ainda temos de polir isto” “isto merece, tinha 2/3 do dente destruído” “é o melhor que se pude fazer, tentei reconstruir a cúspide, meti lhe um pino”.
Comportamentos recorrentes ao longo da consulta	O médico sai do consultório para a divisão ao lado para ir buscar o material necessário, várias vezes, acompanhando o movimento dum a mão frente ao olhar do paciente que traduz um “espera”.
Reformulações de solicitações ou perguntas	“não tem dor?” “doeu?”
Rituais de abertura/fecho da consulta	Verificam-se uma abertura e um encerramento formal da consulta: - na abertura, o médico vai buscar o paciente, controlando o ritual inicial deixando-a colocar os seus objetos pessoais na bancada e sentar-se. Mal o paciente entra no consultório, senta-se logo na cadeira, pernas estendidas, de cabeça flectida e quase de boca aberta; - no fim da consulta, o médico levanta-se primeiro, antes do paciente, deixando lhe espaço suficiente para levantar-se e recuperar os seus efeitos pessoais. O médico a seguir senta-se junto à sua bancada, o paciente ficando de pé; o médico comunica com a máscara colocada; o médico acompanha o paciente até a saída do consultório, despedindo-se com aperto de mão como forma final de cumprimento.
Modelo comunicacional	Paternalista
Outro	- Interação entre comunicação V/NV: M a perguntar: “não tem dor?” “doeu?” o paciente a responder com a mão “não”. - Uso do espelho para mostrar o resultado final.

- Negociação sobre a forma de pagamento.

38ª consulta: sexo: feminino, idade : 66 anos, profissão : reformada – paciente já conhecida do médico dentista e com a qual já existe uma grande cumplicidade

VERBAL	
Estruturas de delicadeza	FFA para o médico e FTA do paciente contra ele próprio: (P) “tem comigo muito paciência, é preciso ter muito paciência” FTA do médico contra ele próprio: (M) “é voltar a ver que não quero estar a enganar me consigo, nem com ninguém”
Modalização (ordem, pedido...)	“se quiser passar por água, faça o favor”
Formas de tratamento	“Dona M.”
Adequação da linguagem: registo, uso do vocabulário técnico, uso da pessoa	- Registo comum/familiar (“ora bem, nada na manga, nada na mão, vamos tirar aqui isto”) - Vocabulário técnico (“prótese esquelética”) com termos simplificados (“dentes descascados”, “limpeza da pedra”) - Uso da 3ª pessoa do singular
NÃO VERBAL	
Quinésica: posição do dentista/paciente no início e fim da consulta	Início: médico de pé lateralmente à paciente sentada na cadeira de tratamento. Fim: paciente e médico encostados de pé contra a bancada.
Contacto médico/paciente: posição do olhar; contacto "físico"	- Posição do olhar: no início da consulta, o ângulo do olhar está superior a 0° (devido a posição do médico). No fim da consulta, o ângulo de contacto ocular é igual 0°. - Grande contacto ocular final, cúmplice. - Contacto físico final: mão da paciente no ombro do médico (duas vezes).
Voz: tom, ritmo, etc.	Volume sonoro satisfatório; boa articulação; o médico até cantarola, ajudando a paciente a descontrair e sorrir; o uso de máscara durante certas fases comunicacionais dificultou a percepção da voz.
Proxémica: distância aproximativa entre as duas entidades	Início da consulta: distância pessoal. Fim da consulta: distância íntima.
Cronémica - Duração - Tempo dedicado a comunicação em si - Equilíbrio no tempo de fala entre médico e paciente	54 min 26 min Sim
OUTROS	
Tópicos de conversa	Motivo da consulta, futuro problema dentário a tratar, férias, famílias respectivas, música.
Responsável pela introdução destes tópicos	Paciente
Perspectiva do individuo como pessoa ou como paciente	Pessoa
Dúvidas colocadas pelo paciente	(P)“e fico aí com compressa?” (M) “não”/ (P) “aquela parte escura que se vê é podre?” (M) “isto aqui não é. É onde os dentes estavam encostados“/ (P) “ô

<p>Explicações ao paciente: o que será feito na consulta (no início da consulta) e na próxima consulta (no fim da consulta)</p> <p>Comportamentos recorrentes ao longo da consulta</p> <p>Reformulações de solicitações ou perguntas</p>	<p>Dr T., não viu mais que estão podres?” (M) “este aqui é o que já tratei, isto já é capaz ter início de cárie. Temos de ter cuidado de não deixar fazer-se pedra”/ (P) ”agora em Setembro venho cá?” (M) “vem cá e programamos tudo”/ (M) “ô doutor, como fica? Marco depois?”</p> <p>O médico explicou ao longo da consulta o que estava e ia ser feito: “não queria chatear os dentes de lado, já estão muito descascados” “olha saiu” “isto é preciso quando estiver tudo cicatrizado fazer uma limpeza da pedra e ver como tratamos isto. Tá bem, Dona M.?” “pronto agora era pensar em colocar uma prótese esquelética” “pronto”.</p> <p>O médico sai do consultório para a divisão ao lado para ir buscar o material necessário, várias vezes, acompanhando o movimento dumã mão frente ao olhar do paciente que traduz um “espera”; “pronto” repetido inúmeras vezes.</p>
Rituais de abertura/fecho da consulta	<p>Verificam-se uma abertura e um encerramento formal da consulta:</p> <ul style="list-style-type: none"> - na abertura, o médico vai buscar a paciente e com a mão direccionada para a cadeira, convida a para sentar-se; - no fim da consulta, o médico levanta-se primeiro, antes da paciente, deixando lhe espaço suficiente para levantar-se. O médico a seguir fica de pé junto à bancada com a paciente de pé; o médico comunica com a mascara ainda colocada; o médico acompanha a paciente até a saída do consultório, despedindo-se com dois beijinhos como forma final de cumprimento (x2 beijinhos).
Modelo comunicacional	Paternalista
Outro	<ul style="list-style-type: none"> - Paciente com ligeira ansiedade, com olhos grande abertos, a olhar dum lado para o outro do consultório: a paciente guardou mala contra ela, como se fosse um escudo. - Negociação sobre a marcação de consulta: (M)“depois do 15?” (P) “pode ser” (M)“dia 16 ou17?”. - Paciente acompanhada pela filha.

39ª consulta: *sexo: feminino, idade : 36 anos, profissão : advogada – paciente já conhecida do médico dentista com a qual existe uma grande familiaridade e proximidade*

VERBAL	
Estruturas de delicadeza	<p>FTA da paciente contra ela própria: (P) “ a culpa é minha de eu ter dor nos dentes porque faltei” “agora aprendi, estou a aprender”</p> <p>FFA para o médico: (P) “obrigada Dr T., foi providente eu vir”</p>
Modalização (ordem, pedido...)	<p>“faça o favor de lavar” “abrir a boquita, inclinar só” que acompanha do gesto com a mão; “o que lhe peço é passar o fio dentário” “vai fazer...” “tome um ben u ron” “é melhor cuspir que isto sabe mal que se farte”</p>
Formas de tratamento	Nome “C.”

Adequação da linguagem: registo, uso do vocabulário técnico, uso da pessoa	- Registo comum - Vocabulário técnico (“cárie”, “polpa”, “obturação provisória”, “hidróxido de cálcio”, “IRM”, “radiografia panorâmica”) - Uso da forma V
NÃO VERBAL	
Quinésica: posição do dentista/paciente no início e fim da consulta	Início: paciente sentada na cadeira de tratamento e médico sentado; Fim: paciente e médico encostados de pé contra a bancada
Contacto médico/paciente: posição do olhar; contacto "físico"	- Posição do olhar: no início da consulta, o ângulo do olhar está superior a 0° (devido a posição mais alta do médico). No fim da consulta, o ângulo de contacto ocular é igual 0°. - Grande contacto ocular final.
Voz: tom, ritmo, etc.	Volume sonoro satisfatório; boa articulação; o médico até cantarola; o uso de máscara durante certas fases comunicacionais dificultou a percepção da voz.
Proxémica: distância aproximativa entre as duas entidades	Início da consulta: distância pessoal. Fim da consulta: distância pessoal.
Cronémica - Duração - Tempo dedicado a comunicação em si - Equilíbrio no tempo de fala entre médico e paciente	25 min 16 min Sim
OUTROS	
Tópicos de conversa	Férias, família, infâncias respectivas, filha do médico dentista (conhecida da paciente), motivo da consulta da paciente.
Responsável pela introdução destes tópicos	Médico
Perspectiva do indivíduo como pessoa ou como paciente	Pessoa
Dúvidas colocadas pelo paciente	Acerca da dificuldade do tratamento: (P) “Deu luta Dr T.?” (M) “ Não deu porque decidi fazer uma restauração provisória”
Explicações ao paciente: o que será feito na consulta (no início da consulta) e na próxima consulta (no fim da consulta)	O médico explicou ao longo da consulta o que estava e ia ser feito, assim como explica a situação clínica da paciente: “já vi, tem aqui uma cárie” “isto é uma cárie de falta de fio dentário” “isto é gelo, vou encostar contra o dente e vai dizer me o que sente” “pensava que chegasse uma ampola, mas não chega” “eu vou deixar isto com uma obturação provisória, hidróxido de cálcio e IRM porque a cárie é muito profunda. Vai atingir a câmara julgo eu. Mas aparentemente não mexi, não atingi a polpa” “quando vier depois vai fazer uma radiografia panorâmica” “ora bem C., isto dá perfeitamente para ir de férias. Toda a clínica do dente me deixa pensar que está normal. Faça a sua vida”
Comportamentos recorrentes ao longo da consulta	O médico saiu do consultório para a divisão ao lado para ir buscar o material necessário, várias vezes, acompanhando o movimento duma mão frente ao olhar do paciente que traduz um “espera”;

Reformulações de solicitações ou perguntas	“estou a magoa-la muito?” “está a magoar?”
Rituais de abertura/fecho da consulta	Verificam-se uma abertura e um encerramento formal da consulta: - Na abertura, o médico vai buscar a paciente e deixa-a colocar os seus objetos pessoais na bancada e sentar-se. - No fim da consulta, o médico levanta-se primeiro, puxa a cadeira deixando espaço suficiente para a paciente levantar-se e recuperar os seus objectos pessoais; o médico comunica com a mascara colocada; o médico acompanha a paciente até a saída do consultório, despedindo-se (“Cláudia, beijinhos”) com dois beijinhos como forma final de cumprimento (x2 beijos).
Modelo comunicacional	Deliberativo
Outro	- Humor do médico: “agora vou ter que ser mau”. - Paciente muito calma. - Uso de radiografia para explicação à paciente da situação clínica do dente. - Negociação estabelecida pelo paciente: (P) “vamos tratar das contas” (M) “não, depois vê-se”. - Comunicação V/NV: (M) “está a magoar?” (P) “hum” para sim. - Uso de diminutivo (“boquinha”).

40ª consulta: *sexo: feminino, idade : 74 anos, profissão : reformada – paciente já conhecida do médico dentista*

VERBAL	
Estruturas de delicadeza	FTA da paciente contra ela própria seguido de FFA para a paciente: (M) “Sra Dra, mais um bocadito” (P) “ a minha boca é que abre pouco, não é?” (M) “Não, está bem, está bem” FTA contra a paciente: (M) “isto está muito mal já, vai ser muito difícil de recuperar, cada vez mais difícil” (M) “não quero dar más esperanças, mas isto está muito mau” (FTA) FTA da paciente contra ela própria (P) “até estive nos cuidados intensivos” (M) “ah isto é uma vida” / (P) “ah Dr, nem imagina como está a minha boca”/ (P) “tanta coisa que tenho de tratar na minha vida e não trato nada”/ (P) “ seja mais feliz do que eu” silêncio (M) “obrigado” (FTA) FTA do médico contra ele próprio (empatia): (P) “não sabe o que eu tenha sofrido” (P) “eu sei coitada” FFA para o médico (P) “o Doutor faz coisas espectaculares” (M) “não faço nada, faço o que eu posso” (FTA do médico contra ele próprio)
Modalização (ordem, pedido...)	“faça o favor de encostar” “se quiser bochechar, tem aqui” “pode descansar” “esteja a vontade” “fechar um bocadito” “não precisa abrir muito” vai poder descansar” / “deixa-me fazer ali os bicos” “não muito não” (com medo e choros)/ “fechar, fechar”
Formas de tratamento	“Doutora M.M.”

Adequação da linguagem: registo, uso do vocabulário técnico, uso da pessoa	- Registo comum - Vocabulário técnico (“desmineralizado” “gengivas”) - Uso da forma V
NÃO VERBAL	
Quínésica : posição do dentista/paciente no início e fim da consulta	Início: médico sentado lateralmente à paciente sentada na cadeira de tratamento. Fim: paciente encostada de pé contra a bancada e médico sentado.
Contacto médico/paciente: posição do olhar; contacto "físico"	- Posição do olhar: no início da consulta, o ângulo do olhar está superior a 0° (devido a posição do médico). No fim da consulta, o ângulo de contacto ocular é inferior a 0°. - O médico tenta estabelecer um contacto visual mas a paciente desvia sempre o olhar, olhando dum lado para outro, com olhos grande abertos. - Contacto físico inicial, o médico dando a mão como apoio à paciente e segurando-a com outra mão para trás, até a cadeira de tratamento. - Olhar do médico que traduz exasperação.
Voz: tom, ritmo, etc.	Volume sonoro satisfatório; boa articulação; ritmo mais lento do que o habitual; o médico cantarola; o uso de máscara durante certas fases comunicacionais dificultou a percepção da voz; alterna momentos de fala com momentos de silêncios.
Proxémica: distância aproximativa entre as duas entidades	Início da consulta: distância íntima Fim da consulta: distância íntima
Cronémica - Duração - Tempo dedicado a comunicação em si - Equilíbrio no tempo de fala entre médico e paciente	68 min 22 min Não (+ médica)
OUTROS	
Tópicos de conversa	Problemas de saúde geral e dentários
Responsável pela introdução destes tópicos	Paciente
Perspectiva do individuo como pessoa ou como paciente	Paciente
Dúvidas colocadas pelo paciente	(P) “há alguma coisa que eu possa fazer para as gengivas?”; (P) “deitou sangue?” (M) “é normal, basta tocar nas gengivas que sangram logo”; (P) “mas não quer que eu venha cá em Setembro?”; (P) “quanto é que é Sr Dr?”
Explicações ao paciente: o que será feito na consulta (no início da consulta) e na próxima consulta (no fim da consulta)	O médico explica ao longo da consulta o estado oral da paciente e as diferentes fases do procedimento efectuado: “estes dentes já estão todos desmineralizados, é uma complicação, enfim” “isto já está tão frágil, tão frágil Sra Dra que já está transparente” “só estou a colocar aqui um produto, mais nada, consigo pôr isto como há de ser” “pronto, já tem os dentes sem

<p>Comportamentos recorrentes ao longo da consulta</p> <p>Reformulações de solicitações ou perguntas</p>	<p>buraco, já não posso fazer mais nada pros seus dentes”.</p> <p>O médico sai do consultório para a divisão ao lado para ir buscar o material necessário, várias vezes, acompanhando o movimento dum a mão frente ao olhar do paciente que traduz um “espera”.</p> <p>“É só impressão não é?”/ “Tudo bem?” / Mas está a doer?”/ “fechar, fechar”</p>
<p>Rituais de abertura/fecho da consulta</p>	<p>Verificam-se uma abertura e um encerramento formal da consulta:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Na abertura, o médico vai buscar a paciente, ajudando-a a chegar até a cadeira; - No fim da consulta, o médico levanta-se primeiro, puxa a cadeira deixando espaço suficiente para a paciente levantar-se e ajuda a paciente em levantar-se; o médico comunica com a máscara colocada; o médico acompanha a paciente até a saída do consultório, despedindo-se com aperto de mão (P a M: “ seja mais feliz do que eu” silêncio “obrigado”) como forma final de cumprimento.
<p>Modelo comunicacional</p>	<p>Paternalista</p>
<p>Outro</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Paciente complicada: muito fragilizada psicologicamente como fisicamente; aparece como muito ansiosa a olhar dum lado para outro, com crises de choros (a simples colocação de algodão provoca gemidos da paciente); a paciente guarda a mala junto a ela como uma protecção. - O médico não perde tempo em realizar a consulta nem em ir buscar o material preciso. - Uso de espelho para mostrar o resultado final. - Interação comunicação V/NV: (M) “tudo bem Sra Dra?” (P) “Hum hum” e com a mão, sinal de “Mais ou menos” e mostra a cabeça. - Negociação sobre uma fase do procedimento (polimento): conjunto de perguntas do tipo “melhor agora?” “Quer que eu mexa mais?” “Veja lá bem!”. - Controlo e poder por parte do M: “Está um pouco alto. É onde colocar o dedo” “Não, é onde colocar o papel” que acaba com o riso dos dois.

