



CATÓLICA  
FACULDADE DE MEDICINA DENTÁRIA

---

VISEU

# A RELAÇÃO DA EMPATIA COM A EFICÁCIA TERAPÊUTICA EM PERIODONTOLOGIA

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

Por:

Giorgia Palermo

Viseu, 2022



CATÓLICA  
FACULDADE DE MEDICINA DENTÁRIA

---

VISEU

## A RELAÇÃO DA EMPATIA COM A EFICÁCIA TERAPÊUTICA EM PERIODONTOLOGIA

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

Por:  
Giorgia Palermo

Orientador: Professora Doutora Filomena Capucho  
Coorientadores: Professor Doutor Gustavo Vicentis de Oliveira Fernandes, Mestre  
Nuno Bernardo Malta dos Santos

Viseu, 2022



“Eu acredito que a empatia é  
a qualidade mais essencial  
da civilização.”

Roger Ebert



Dedico esta tese aos meus pais,  
Angelo e Rosaria, por todo o amor  
e incansável apoio  
que desde sempre me deram.

Ao meu Luis, por toda a alegria,  
carinho e confiança que recebi  
ao longo destes anos.

Obrigada de coração!

Dedico questa tesi ai miei genitori,  
Angelo e Rosaria, per tutto l'amore e il supporto instancabile  
che mi hanno sempre dato.

Al mio Luis, per tutta la gioia, l'affetto e la fiducia  
che ho ricevuto in questi anni.

Grazie di cuore!



Para a realização deste trabalho algumas pessoas me ajudaram e sem as quais não teria sido fácil consegui-lo.

Gostaria de agradecer especificamente:

À minha orientadora Professora Doutora Filomena Capucho que aceitou orientar a minha tese de mestrado. As suas constantes e eficientes orientações foram determinantes para a realização deste trabalho.

Ao meu coorientador Professor Doutor Gustavo Vicentis de Oliveira Fernandes, por toda a atenção, disponibilidade e suas valiosas contribuições.

Ao meu coorientador Mestre Nuno Bernardo Malta dos Santos, pelo apoio concedido.

## Resumo

**Introdução:** A relação médico-paciente é o elemento-chave dos cuidados de saúde e a empatia é um dos pilares desta relação, pois sem a *compliance* dos pacientes não há melhorias de resultados. A placa bacteriana é uma combinação de saliva, alimentos e fluidos na superfície do dente; estabelecer medidas de higiene pessoal oral eficazes permitem mudanças qualitativas e quantitativas da placa bacteriana. No contexto da Periodontologia, a comunicação empática eficaz entre médico dentista e paciente é fundamental para o sucesso da terapia de suporte.

**Objetivos:** correlacionar a saúde oral dos pacientes com doença periodontal, entre os 18 e os 65 anos de idade, com a comunicação empática estabelecida com o médico-dentista.

**Métodos:** trata-se de um estudo exploratório observacional transversal incidindo sobre uma amostra inicial de 31 pacientes. Foram aplicados dois instrumentos de avaliação da empatia: o JSPPPE e o JSPE. O teste estatístico foi o teste t paramétrico para as variáveis JSPE e índice de placa e teste t não-paramétrico para a variável JSPPPE. Todos os testes estatísticos foram aplicados a um nível de significância de 5% ( $p < 0,05$ ).

**Resultados:** No teste de normalidade, a análise do JSPPPE não encontrou normalidade ( $p > 0,01$ ); enquanto para JSPE e índice de placa obteve-se  $p < 0,05$ . Observando a empatia através do JSPPPE e comparando os dados iniciais e após 6 meses, não foi verificada diferença estatística significativa. No mesmo tipo de análise do JSPE, comparando os dados iniciais e finais, pudemos encontrar elevada significância estatística ( $p > 0,001$ ), com um aumento dos valores após 6 meses. Diferentemente para o índice de placa, não foi encontrada significância estatística nos dados analisados.

**Conclusão:** A maior prevalência de *compliance* foi encontrada na população idosa e em pacientes com baixo nível de escolaridade. Houve uma diminuição na média da evolução do índice de placa, apesar ser pequena e sem significância (-4,897).

**Palavras-chave:** empatia, *compliance*, periodontologia, placa bacteriana

## **Abstract**

**Introduction:** The doctor-patient relationship is the key element of health care and empathy is one of the pillars of this relationship, since without patient compliance there is no improvement in results. Plaque is a combination of saliva, food and fluid on the surface of the tooth; establishing effective oral personal hygiene measures allows for qualitative and quantitative changes in plaque. In the context of Periodontology, effective empathic communication between dentist and patient is therefore critical to the success of supportive therapy.

**Objectives:** to correlate the oral health of patients with periodontal disease, between 18 and 65 years of age, with the empathic communication established with the dentist.

**Methods:** the study consists of an exploratory cross-sectional observational study on an initial sample of 31 patients. Two instruments for assessing empathy were applied: the JSPPPE and the JSPE. The statistical test was the parametric t test for the JSPE and plaque index variables and the non-parametric t test for the JSPPPE variable. All statistical tests were applied at a significance level of 5% ( $p < 0.05$ ).

**Results:** In the normality test, the JSPPPE analysis did not find normality ( $p > 0.01$ ); while JSPE showed  $p < 0.05$ . Observing empathy through the JSPPPE and comparing the initial data and after 6 months, there was no statistical difference. In the analysis of the JSPE, comparing the initial and final data, we could find high statistical significance ( $p > 0.001$ ), with an increase in the values after 6 months. For the plaque index, it was not found statistical significance in the analyzed data.

**Conclusion:** The highest prevalence of compliance was found in the elderly population, and in patients with a low level of education. There was a decrease in the mean evolution of the plaque index, despite being small and without significance (-4.897).

**Keywords:** empathy, compliance, periodontology, plaque



## Índice

INTRODUÇÃO.....	1
JUSTIFICAÇÃO GENÉRICA DE UM TEMA .....	1
A EMPATIA, ELEMENTO FUNDAMENTAL NA RELAÇÃO TERAPÊUTICA .....	1
AS ESCALAS JSPPE E JSPE .....	6
A RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE EM PERIODONTOLOGIA .....	7
Da gengivite à periodontite .....	7
Classificação clínica da Periodontite.....	8
Tratamentos da Periodontite .....	10
Índice de placa.....	11
Prevenção da periodontite .....	12
Fatores de <i>compliance</i> e <i>não-compliance</i> .....	13
Para o sucesso do tratamento .....	15
OBJETIVOS .....	15
MATERIAL E MÉTODOS .....	17
PROCEDIMENTOS ÉTICOS.....	17
TIPO DE ESTUDO.....	17
AMOSTRA .....	17
CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE .....	17
INSTRUMENTOS UTILIZADOS E RECOLHA DE DADOS .....	18
VARIÁVEIS ESTUDADAS.....	19
ANÁLISE ESTATÍSTICA DOS DADOS.....	19
RESULTADOS.....	20
CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA.....	20
RESULTADOS OBTIDOS.....	22
Resultados dos parâmetros clínicos analisados .....	24
DISCUSSÃO .....	34
CONCLUSÕES .....	40
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	41
ANEXOS.....	1
ANEXO 1 – QUESTIONÁRIO JSPPE.....	3
ANEXO 2 – QUESTIONÁRIO JSPE.....	4

<b>ANEXO 3 – DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO .....</b>	<b>5</b>
<b>ANEXO 4 – MODELO DE FOLHA DE REGISTO DOS DADOS DOS PACIENTES .....</b>	<b>8</b>
<b>ANEXO 5 – PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA SOBRE O PROJETO .....</b>	<b>9</b>

## Índice de Figuras

Figura 1 - Género dos pacientes incluídos na amostra .....	21
Figura 2 - Género dos pacientes incluídos na amostra .....	21
Figura 3 - Nível de escolaridade dos doentes observados.....	22
Figura 4 - Género dos médicos .....	22
Figura 5 - Consciência empática dos médicos .....	23
Figura 6 - Perceção da empatia por parte dos pacientes (JSPPPE).....	24
Figura 7 - Compliance revelada.....	25
Figura 8 - Evolução do índice de placa bacteriana (%) após 6 meses .....	28
Figura 9 - Aumento da placa bacteriana revelada na reavaliação .....	28
Figura 10 - Diminuição do nível placa bacteriana na reavaliação.....	29
Figura 11 - Género dos pacientes considerados que vieram para reavaliação .....	29
Figura 12 - Idade dos pacientes que vieram para reavaliação.....	30
Figura 13 - Nível de escolaridade dos pacientes que compareceram .....	30
Figura 14 - Perceção da empatia que tiveram os 10 pacientes após 1º atendimento (JSPPPE) .....	31
Figura 15 - Género dos médicos-dentistas que atenderam os 10 pacientes .....	31
Figura 16 - Consciência empática dos 10 médicos que fizeram o 1º atendimento (JSPE) .....	32
Figura 17 - Relação entre os dados iniciais e finais do JSPPPE relativos à empatia e a compliance revelada. ....	33
Figura 18 - Relação entre os dados iniciais e finais do JSPE e a compliance revelada.....	33
Figura 19 - Índice de placa comparando dados iniciais e finais .....	34
Figura 20 - Distribuição de género da população no Ensino Superior.....	36

## Índice de tabelas

Tabela 1 - Resultados do percentual de placa encontrado nos pacientes na avaliação inicial .....	24
Tabela 2 - Resultado de placa (%) encontrado nos pacientes após 6 meses.....	26
Tabela 3 - Resultado de placa inicial e após 6 meses (%) dos pacientes que compareceram.....	27



# INTRODUÇÃO

Nesta introdução será apresentado o contexto que justifica e fundamenta a investigação realizada, identificando e desenvolvendo os dois grandes temas que a suportam: a empatia, elemento fundamental da relação médico-paciente, e a saúde oral dos pacientes, foco da especialidade clínica de Periodontia. Serão igualmente definidos os objetivos da investigação, as hipóteses consideradas e caracterizado a metodologia.

## JUSTIFICAÇÃO GENÉRICA DE UM TEMA

O evoluir da tecnologia parece ter provocado alguma desvalorização da relação médico-paciente. No entanto, é consensual que esta relação vai além do encontro entre dois intérpretes, e que é algo mais do que fazer perguntas, receitar medicamentos e prescrever condutas.<sup>1</sup> Os pacientes procuram uma abordagem positiva e centrada neles mesmos, e, se não a encontrarem, ficam menos satisfeitos. O estabelecimento de relações empáticas determina não somente maior satisfação em doentes e profissionais de saúde, mas também facilita o fornecimento de dados clínicos relevantes e a adesão aos tratamentos. A relação médico-paciente é, assim, o elemento-chave dos cuidados de saúde, sendo a empatia um dos pilares desta relação.<sup>2,3</sup>

## A EMPATIA, ELEMENTO FUNDAMENTAL NA RELAÇÃO TERAPÊUTICA

A palavra empatia provém do grego “empathia” e significa “entrar no sentimento do outro”. É a capacidade de se colocar no lugar do outro, sem transferência de dor; permite compreender os sentimentos e experiências de outra pessoa, comunicar essa compreensão e a intenção de ajudar.<sup>4,5,6,7,8,9</sup> Além de ser a base de relacionamentos saudáveis<sup>10</sup>, é a ferramenta mais poderosa para os profissionais de saúde garantirem resultados de saúde de alta qualidade, pois é um componente essencial do profissionalismo médico.<sup>9</sup>

A empatia envolve domínios cognitivos e afetivos. O domínio cognitivo da empatia envolve a capacidade de compreender as experiências e sentimentos internos de

outra pessoa e a capacidade de ver o mundo exterior com os olhos do outro. O domínio afetivo da empatia envolve a capacidade de entrar ou participar das experiências e sentimentos de outra pessoa.<sup>8</sup> O sistema cognitivo que produz a empatia motiva a cooperação com os outros. Um exemplo pode ser dado com os bebês que, como sabemos, nascem totalmente dependentes dos seus cuidadores no que diz respeito à sua sobrevivência. E é através da empatia que os pais percebem as necessidades que os bebês não conseguem ainda verbalizar. A empatia, portanto, desencadeia a oxitocina que, por sua vez, promove a lactação, a hormona de ligação que ativa a dopamina que nos ajuda a formular novos hábitos.

A capacidade de desenvolver um apego seguro a um cuidador principal é um fator de proteção contra o desajuste social e emocional.<sup>10</sup> Entre 1979 e 2009, num estudo realizado junto de estudantes universitários americanos, verificou-se um declínio da empatia.<sup>10</sup> Para poder amadurecer, a empatia requer um certo nível de interações sociais de qualidade e, muito provavelmente, o envio constante de mensagens de texto levou a uma redução do número de interações face a face, impedindo o desenvolvimento da capacidade empática. No entanto, a capacidade de sobrevivência da humanidade é baseada em competências sociais que promovem o entendimento interpessoal e a cooperação com os outros. Sem essa capacidade, os humanos nunca teriam formado comunidades estabelecidas.<sup>11</sup>

Antigamente, o relacionamento entre médico e paciente era visto sob a égide paternalismo, ou seja, era o médico que decidia o tratamento a fazer, sem intervenção do paciente.<sup>12</sup> A empatia era considerada como um traço inato que não podia ser ensinado. Contudo, pesquisas recentes demonstram que a empatia é mutável e o professor tem grande responsabilidade em ajudar os alunos a desenvolver competências de comunicação e motivação.<sup>7,13</sup>

Hoje em dia, a capacidade de comunicar com os pacientes respeitando a sua autonomia é considerada a competência clínica central para a prática da medicina.<sup>14,15</sup> A comunicação eficaz vai além da partilha de informações objetivas. No contexto médico, por comunicação adequada entende-se tratar os pacientes com respeito, conhecer as suas emoções, cultivar uma abordagem mais cuidadosa da linguagem e transmitir preocupação empática. A preocupação empática, por vezes usada como sinónimo de compaixão, é caracterizada por sentimentos de carinho e cuidado pelo outro, com uma forte motivação para melhorar seu o bem-estar; pode

ser transmitida por meio da linguagem verbal e também por pistas não verbais como o contacto visual, um aceno de cabeça ou um olhar caloroso. Uma relação baseada na confiança e na tentativa de compreender objetivos, valores, desafios ou barreiras, facilita a comunicação bidirecional e respeitosa. Os pacientes que se sentem respeitados têm, portanto, maior probabilidade de cumprir as recomendações do médico.<sup>16</sup>

Demonstrar preocupação empática, não julgar as pessoas, trabalhar juntos e encontrar estratégias ou soluções, pode, pois, melhorar a adesão a um estilo de vida mais saudável. Pelo contrário, uma relação médico-paciente negativa pode causar stress no paciente.

Assim, a relação entre médico e doente constitui um elemento-chave dos cuidados de saúde. Estabelecer relações empáticas leva a que quer doentes quer profissionais de saúde fiquem mais satisfeitos, faz com que os doentes forneçam dados de relevância clínica para o diagnóstico e facilita a sua conformidade (tradução do termo inglês *compliance*, muito frequentemente usado no contexto médico português, que, por isso, será o que se privilegiará neste trabalho, apesar do anglicismo).<sup>1,9</sup> Em medicina, o termo *compliance* descreve o grau em que um paciente segue corretamente o conselho do médico. Refere-se à adesão a medicamentos, uso de dispositivos médicos, autocuidado, exercícios autodirigidos ou sessões de terapia.<sup>17</sup> No entanto, muitos pacientes esquecem completamente ou implementam erroneamente as recomendações de tratamento.<sup>18</sup> Para alcançar a *compliance* são, portanto, necessárias motivação, adesão e persistência, elementos a assegurar no seio de uma relação saudável baseada na confiança dos pacientes, nos prescritores e na sua empatia.<sup>19</sup>

Geralmente há adesão dos pacientes quando os médicos oferecem suporte emocional, dão garantias e respeito, envolvem os pacientes no plano de tratamento e dão explicações detalhadas sobre a doença e tratamento. Para compreenderem efetivamente as informações recebidas, os pacientes precisam ter a oportunidade de fazer perguntas e receber respostas, esclarecer as informações que recebem e contar a sua história. Os pacientes são mais aderentes quando os médicos dão informações precisas, claras, adaptadas aos seus níveis de alfabetização em saúde, dão oportunidades de esclarecer mal-entendidos e quando fornecem mecanismos para os ajudar a lembrar-se das informações que recebem. Os pacientes aderentes têm

mais probabilidade de alcançar um bom resultado, quando comparados com pacientes não aderentes. Os profissionais de saúde devem, portanto, estar cientes e ser sensíveis a tudo isso, devem identificar as pessoas importantes na vida de um paciente, examinar as suas crenças e avaliar o seu grau de apoio à adesão.

Os pacientes devem ser capazes de superar barreiras que possam dificultar a sua adesão e os profissionais de saúde devem identificar e ajudar os pacientes a superar os obstáculos que se interpõem no caminho. Um regime complexo pode, por exemplo, diminuir a adesão, mesmo em pacientes com alta motivação e com um claro compromisso para a ação. Nem sempre é possível fazer ajustes em um regime, mas, quando podem ser feitos, a *compliance* aumenta. Conhecimento, comprometimento e habilidade maximizam a adesão.

Portanto, uma relação médico-paciente equilibrada, harmoniosa e eficaz melhora e motiva os pacientes a aderir ao tratamento e, como consequência, otimiza os resultados de saúde.<sup>20</sup> É, pois, importante que o paciente perceba a empatia do seu médico, de forma a haver menos stress durante a consulta, menos risco de erros médicos, melhor colaboração e menos complicações. Pelo contrário, a falta de empatia está associada a hostilidade e exaustão.<sup>21,22,23</sup> Para tornar a consulta o mais agradável possível, antes de efetuar qualquer ato clínico, é importante ganhar a confiança do paciente.<sup>24</sup>

Para potenciar a empatia, as Faculdades de Medicina deveriam promover atitudes altruístas e humanistas<sup>1</sup> e deviam ensinar aos alunos ser bondosos e empáticos ao tratar seus pacientes.<sup>25</sup> O declínio da empatia, verificado por alguns estudos no decorrer da formação em medicina, deve, pois, preocupar todos.<sup>26</sup> O terceiro ano, sendo o ano da transição para o ciclo clínico, pode ser o ano onde se evidencia uma diminuição da empatia, o que alerta para a necessidade de potenciar a capacidade empática mediante programas de Educação Médica.<sup>1</sup>

Em Medicina Dentária, a forma negativa como, muitas vezes, os médicos dentistas se relacionam com os pacientes pode aumentar o sofrimento e impedir a troca de informações necessárias para o diagnóstico.<sup>27,28,29,30,31</sup> Estudos demonstram que os médicos que têm comportamentos de comunicação negativos com seus pacientes são mais propensos a ser processados em comparação com os que têm uma comunicação mais positiva.<sup>12,32</sup> O tipo de comunicação que é focado somente na troca de informações biomédicas é distinto da comunicação sócio e emocional

constituída por empatia, conversa psicossocial e risos. Este tipo de comunicação não se limita a fazer perguntas, examinar o paciente, prescrever medicamentos e dar recomendações.<sup>33,34</sup>

O género, tal como as diferenças culturais no comportamento não verbal, como o contacto visual e o toque, parecem influenciar a comunicação entre médicos e pacientes. Médicas femininas, por exemplo, mostram um comportamento mais afetivo e detetam melhor os sentimentos do paciente; médicos masculinos parecem ser verbalmente mais dominantes e imponentes durante a visita.

As culturas ocidentais preferem manter o contacto visual, ao contrário das culturas orientais, que preferem um uso mais flexível do olhar.<sup>8,35,36,37,38</sup> Outra questão muito importante nos cuidados de saúde é a equidade. Os médicos deviam tratar os seus pacientes da mesma forma, independentemente de terem ou não possibilidades financeiras.<sup>39,40,41</sup> O princípio central é a igualdade de acesso ao tratamento e resultados. Refere-se ao facto de que variáveis pessoais como por exemplo a idade e variáveis sociais como por exemplo o estatuto económico leva a que os pacientes sejam tratados de forma diferente, sejam mais ou menos envolvidos nas decisões de tratamento ou recebam mais ou menos informações. Pesquisas mostram que a comunicação médico-paciente difere de acordo com a formação educacional do paciente. Pacientes com menor escolaridade são menos envolvidos nas decisões de tratamento, são abordados de forma mais diretiva e são menos solicitados a assumir a responsabilidade pelo cuidado do que pacientes com ensino superior. Esta variação social na comunicação médico-paciente indica que há iniquidade na assistência à saúde.<sup>40</sup>

Historicamente existe uma controvérsia sobre se a empatia é uma construção afetiva, cognitiva ou ambas. Atualmente a visão mais predominante é que só o claro reconhecimento de ambos os aspetos afetivos e cognitivos pode melhorar a compreensão da empatia.<sup>27</sup> Os alunos, para se tornarem profissionais médicos, aprendem ativamente e passivamente a evitar experiências afetivas. A formação para se tornar um profissional é um processo exigente que requer memorizar muitas informações e novas competências em um curto período de tempo e todas estas informações essenciais para fazer um bom atendimento clínico dificultam a aprendizagem de novas competências como as emocionais. O médico deve ser suficientemente objetivo com o paciente para exercer um bom julgamento médico e

manter sua equanimidade e suficientemente preocupado para lhe dar cuidado compassivo. A empatia em si, portanto, não é suficiente, precisa ser complementada com outras experiências como a simpatia e o cuidado. A empatia por si só não fará de um médico uma pessoa moral.<sup>42</sup> Ao mesmo tempo, a simpatia, se excessiva, pode interferir na objetividade do diagnóstico e do tratamento, portanto, uma distância afetiva razoável seria desejável para manter um equilíbrio emocional.<sup>8</sup> Tanto a simpatia quanto a empatia sugerem cuidar de outra pessoa, mas com a empatia o cuidado é melhorado ao ser capaz de sentir as emoções do outro.<sup>25</sup>

#### AS ESCALAS JSPPPE E JSPE

Para avaliar a empatia na população em geral, temos poucos instrumentos, como o Índice de Reatividade Interpessoal, a Escala de Empatia de Hogan e a Empatia Emocional. Existem, contudo, diversas escalas que permitem avaliar a empatia nos cuidados de saúde.<sup>43</sup> A percepção que o paciente tem da empatia do médico durante uma consulta e a opinião do médico sobre a importância de comportamentos empáticos, por exemplo, podem ser avaliadas através das escalas JSPPPE e JSPE, respetivamente.

A escala JSPPPE contém perguntas sobre a compreensão que o médico tem em relação à vida diária do paciente, da sua família, das suas perspetivas, sentimentos, preocupações e emoções.<sup>44</sup> É um instrumento de 5 itens que mede a percepção que o paciente tem quanto à compreensão empática do seu médico.<sup>53,59,60</sup> Esta escala foi validada na sua versão original em inglês, e traduzida e igualmente validada na sua versão portuguesa.<sup>10,45</sup>

Também foi desenvolvida pelos mesmos investigadores a escala JSPE que pretende avaliar a opinião que o profissional de saúde tem em relação à empatia e às suas próprias competências relacionais.<sup>44</sup> A JSPE inclui 20 itens a responder numa escala de Likert de 1 a 7, agregados em 3 fatores: “perspetiva”, “cuidado compassivo” e “permanecer na pele do paciente”.<sup>35,45</sup> Esta escala está também validada tanto na sua versão original em inglês como em múltiplas traduções, entre as quais a portuguesa.<sup>46</sup>

Além destas escalas, existem também a escala CARE e o EUROPEP. A escala CARE, contém perguntas sobre se o médico tem a capacidade de deixar o doente à

vontade de falar, se o ouve, se mostra cuidado e compaixão. A escala CARE agrada mais às mulheres, por ser uma escala mais longa e descritiva e pelo contrário os homens preferem a JSPPPE por ser mais rápida e simples.<sup>10</sup> O EUROPEP permite avaliar aspetos relacionais e de satisfação, entendidos como sinónimos de empatia e é utilizado para avaliar a satisfação dos utilizadores dos cuidados de saúde primários. Este questionário avalia 5 dimensões: relação médico-paciente; cuidados médicos; informação e apoio; organização dos serviços; acessibilidade.<sup>2</sup>

Neste estudo, optou-se pelas escalas JSPPPE e JSPE, dado serem as de mais fácil aplicação, sem perca de acuidade de resultados.<sup>23</sup>

## A RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE EM PERIODONTOLOGIA

A relação que existe entre a empatia e a eficácia terapêutica em Periodontologia refere-se, pois, à capacidade de os médicos comunicarem adequada e eficazmente com os pacientes, de maneira a obter as informações necessárias para o diagnóstico e ajudar os pacientes a alcançar os resultados esperados. No âmbito específico da Periodontologia, sem a *compliance* dos pacientes não há melhorias de resultados.<sup>27,28</sup>

### Da gengivite à periodontite

Geralmente a acumulação de placa e cálculo dentário é causada por falta de informação, técnicas inadequadas de escovação, falha na realização de limpeza interdental e visitas dentais irregulares. Essa acumulação resulta em inflamação gengival. Dado que a placa é a principal causa de doença dental, ela deve ser removida regularmente com diferentes tipos de auxiliares de higiene oral como auxiliares mecânicos (escova de dente, fio dental interdental, escovas interdentais) e auxiliares químicos (enxagatórios orais e dentífricos).<sup>47</sup>

Como sabemos, a cavidade oral abriga uma variedade de estruturas diferentes e, muitas vezes, complicadas que resultam da colonização de bactérias nas superfícies orais. A maioria delas são encontradas ao longo de todo o corpo humano, mas só existem algumas detetados na cavidade oral como por exemplo, *S. mutans*.<sup>18</sup> O desenvolvimento da placa é um processo dinâmico, iniciado por uma fixação

ordenada de microrganismos à superfície do dente. Essa acumulação de longo prazo resulta em um aumento na biomassa e em uma mudança de composição devido às mudanças ambientais dentro do biofilme e que levam a maior risco de doenças orais.<sup>48</sup>

Fazem parte das doenças orais mais comuns a cárie dentária e a periodontite e são prevalentes em todo o mundo.<sup>49</sup> A cárie dentária ocorre quando há uma mudança na composição do biofilme dental. O consumo frequente de carboidratos fermentáveis perturba a homeostase microbiana e é responsável pelo desenvolvimento de cárie. Reduzir a ingestão de carboidratos parece, portanto, reduzir a inflamação gengival.<sup>50</sup>

A gengivite é caracterizada por sangramento, gengivas inchadas e dor e, se não for tratada, progride para periodontite, que envolve a perda de inserção periodontal e osso de suporte e pode comprometer a mastigação, a estética, a autoconfiança e a qualidade de vida. As dificuldades mastigatórias podem interferir na ingestão de alimentos, afetando a nutrição e a saúde geral dos pacientes. Além disso, está associada a diabetes, doenças cardiovasculares, resultados adversos da gravidez, artrite reumatoide e doença pulmonar obstrutiva crônica.

A periodontite é uma das principais causas de perda dentária em adultos.<sup>51</sup> Trata-se de uma doença inflamatória crônica, multifatorial, associada ao biofilme disbiótico, que atinge o aparelho de suporte do dente.<sup>34</sup> Apresenta fatores de risco como diabetes mellitus, tabagismo e higiene oral inadequada. Diferentes segmentos da população são afetados pela doença periodontal. Indivíduos de baixos rendimentos, por exemplo, têm 1,8 vezes mais chances de desenvolver doença periodontal grave do que indivíduos de altos rendimentos. A gravidade desta doença aumenta com o avançar da idade e atinge o pico aos 40 anos; depois, permanece estável na idade avançada. A maior prevalência foi encontrada na população idosa seguida de adultos e adolescentes.<sup>52</sup>

#### Classificação clínica da Periodontite

Clinicamente, a periodontite é caracterizada por perda de inserção em dois ou mais sítios interproximais não adjacentes ou perda de inserção de 3 mm ou mais na região vestibular ou lingual/palatina em pelo menos dois dentes. Esta doença foi

reclassificada em 2017 e publicada em 2018, com base em detalhes na avaliação, divididos em estágios e graus. Cada estágio é relacionado com a gravidade da doença e é categorizado de I a IV, enquanto cada grau é relacionado com a velocidade de progressão da doença, incluindo 3 níveis: A, B e C.

O estágio I é caracterizado por 1-2 mm de perda de inserção interproximal no pior sítio ou perda radiográfica no terço coronal <15%; as características secundárias são: profundidade de sondagem até 4 mm sem perda dental devido à periodontite e padrão de perda óssea horizontal.

Já o estágio II é caracterizado por 3-4 mm de perda de inserção interproximal no pior sítio ou perda radiográfica no terço coronal 15-33%; os fatores que modificam o estágio II são a profundidade de sondagem até 5 mm sem perda dental devido à periodontite e o padrão de perda óssea horizontal.

O estágio III é caracterizado por 5 mm ou mais de perda de inserção interproximal no pior sítio ou perda óssea radiográfica até metade ou ao terço apical da raiz; os fatores que modificam o estágio III são: profundidade de sondagem 6 mm ou mais com perda dental devido à periodontite até 4 dentes, possível perda óssea vertical até 3 mm, lesões de furca grau II ou III e defeito de rebordo moderado.

Finalmente, o estágio IV é caracterizado por 5 mm ou mais de perda de inserção interproximal no pior sítio ou perda óssea radiográfica até metade ou ao terço apical da raiz; os fatores que modificam o estágio IV são: perda dental de 5 ou mais dentes devido à periodontite. Além dos fatores de complexidade do estágio III podem ocorrer: disfunção mastigatória, mobilidade grau 2 ou 3, defeito de rebordo grave, menos de 20 dentes remanescentes ou problemas mastigatórios. Quanto aos graus, o grau A ou de progressão lenta mostra evidência direta de não-progressão de perda de inserção por 5 anos ou indireta de perda óssea/ano até 0,25 mm; há grande acumulação de biofilme, mas pouca destruição periodontal e não tem fatores de risco como tabagismo ou diabetes mellitus.

No grau B ou de progressão moderada, há evidência direta de progressão inferior a 2mm em 5 anos ou indireta de perda óssea/ano de 0,25-1 mm. Há destruição periodontal e os fatores de risco que podem modificar o grau estão associados a fumadores de menos 10 cigarros por dia ou HbA1c < 7%.

No grau C ou de progressão rápida, há evidência direta de progressão igual ou superior a 2 mm em 5 anos ou indireta de perda óssea/ano superior a 1 mm. Há

ausência de resposta esperada às terapias de controle do biofilme e os fatores de risco que modificam o grau relacionam-se com fumadores de mais 10 cigarros por dia ou HbA1c > 7%.<sup>34</sup>

## Tratamentos da Periodontite

Em geral, o tratamento periodontal pode compreender 2 tratamentos diferentes: a terapia periodontal ativa e a terapia de suporte periodontal. Enquanto a terapia periodontal ativa controla o processo inflamatório por meio da remoção mecânica do biofilme e oferece um ambiente favorável à saúde do tecido periodontal, a terapia de suporte periodontal visa a manutenção da saúde periodontal alcançada pela terapia periodontal ativa e consiste em rechamadas de 3-6 meses, 12 meses, ou até 18 meses, de acordo com o risco do indivíduo, controle de placa, reavaliação e motivação de higiene oral.<sup>29,51</sup>

Há evidências de grandes reduções nas placas dentais quando o enxague bucal com clorexidina é usado como um complemento aos procedimentos mecânicos de higiene oral. A clorexidina é eficaz para a mucosite peri-implantar, diminui a placa, a inflamação e as profundidades de sondagem.<sup>30</sup> A acumulação de placa bacteriana, como já referido, ocorre devido à má higiene oral e é mais comum durante o tratamento ortodôntico, pois os acessórios ortodônticos dificultam a limpeza eficaz. O alinhamento harmonioso dos dentes torna mais fácil realizar a higiene adequada. O paciente ortodôntico tem, portanto, dificuldade em realizar uma boa higiene oral, visto que o aparelho ortodôntico estende as áreas de retenção de placa bacteriana.<sup>31</sup>

Para prevenir ou interromper a gengivite ou periodontite e cárie dentária, é, pois, essencial estabelecer medidas de higiene pessoal oral eficazes ao longo da vida. A ADA (*American Dental Association*) recomenda que a higiene pessoal oral seja realizada 2 vezes ao dia. A higiene pessoal oral realizada diariamente diminui a correlação entre a acumulação de placa bacteriana e a inflamação gengival. Intervalos estendidos de higiene pessoal oral permitem mudanças qualitativas e quantitativas da redução da placa dentária.<sup>53</sup>

Deste modo, torna-se claro que a escovação regular e as visitas ao dentista podem reduzir a periodontite. Bons hábitos de higiene oral devem ser incentivados e promovidos em campanhas de saúde pública. Os dentistas e higienistas dentais

devem educar, motivar e avaliar regularmente as percepções dos pacientes para melhorar os seus comportamentos de saúde oral. Os enfermeiros ou os auxiliares de dentistas devem encorajar boas práticas e fornecer informações úteis. As instruções de higiene oral repetidas e personalizadas individualmente são, pois, elementos-chave para alcançar a saúde gengival.<sup>53</sup>

## Índice de placa

A placa bacteriana é um biofilme polimicrobiano que se forma na superfície dos dentes e é um fator etiológico direto da cárie dentária e da periodontite. O desenvolvimento da microbiota da placa é um processo dinâmico que inicia com uma fixação ordenada de microrganismos à superfície do dente e pode ser definida como o depósito macio que forma o biofilme e que adere à superfície do dente ou outras superfícies duras na cavidade oral, como restaurações removíveis e fixas.

A placa bacteriana é devida a uma combinação de saliva, alimentos e fluidos na superfície do dente.<sup>34,54</sup>

É essencial, portanto, estabelecer medidas de higiene pessoal oral eficazes ao longo da vida; intervalos estendidos de higiene pessoal oral permitem mudanças qualitativas e quantitativas da placa bacteriana.<sup>52</sup>

Durante a gravidez, por exemplo, as gengivas são mais sensíveis, por esse motivo, há um aumento da carga bacteriana e conseqüentemente há um risco maior de gengivite.

O uso regular da prática da higiene oral é um requisito para a eliminação adequada da placa. Além da instrução e motivação, os profissionais devem também indicar os dispositivos adequados a este procedimento.

A escova dentária é considerada o instrumento mais eficaz para a remoção do biofilme bucal. A capacidade de limpeza da escova vai diminuindo à medida que suas cerdas se vão abrindo e emaranhando; portanto, escovas novas removem melhor a placa do que as velhas.

O bom estado das escovas relaciona-se pois com menores índices de placa.<sup>55</sup> Para restabelecer as condições microbiológicas favoráveis é aconselhável o uso de uma escova de dentes elétrica que ajuda na redução do índice de placa de 11 para 21% e na redução da gengivite de 6 para 11% a curto e longo prazo.<sup>56</sup>

Uma ferramenta que serve para avaliar não só a higiene oral, mas também a motivação e o autocuidado que o paciente tem durante o tratamento é o índice de placa.<sup>31</sup>

A remoção do biofilme dental, em conjunto com a evidenciação de placa realizada sob orientação de um profissional, é chamada de escovação dental supervisionada. Esta prática pode ser realizada em pessoas de qualquer idade. O uso de indicadores de placa torna-se cada vez mais frequente sendo que mostra a necessidade de cada indivíduo de melhorar a sua habilidade de escovação e serve como um avaliador da eficácia médica.<sup>57</sup>

### Prevenção da periodontite

Para prevenir a periodontite é necessário, portanto, reconhecer os benefícios que as mudanças de comportamento trazem. Os pacientes devem ser capazes de ter acesso a atendimento odontológico de forma regular para limpeza profissional e devem ser ensinados a realizar a remoção da placa de forma eficaz. A duração adequada da escovação dentária é também um importante determinante da remoção da placa.

As escovas interdentais são o método mais eficaz para a remoção de placa interdental; a seleção de auxiliares interdentais deve ficar ao critério do médico com base nas necessidades e destreza do paciente e nas características dos seus espaços interdentais.<sup>58</sup>

O objetivo final de qualquer terapia é alcançar os resultados desejados.<sup>59</sup> No entanto, mesmo com as melhores intenções e esforços por parte dos profissionais de saúde, estes não serão alcançáveis se os pacientes não tiverem um certo grau de *compliance*. A não adesão terapêutica ocorre quando a manutenção da saúde do indivíduo não se encontra alinhada com as recomendações prescritas por um profissional de saúde. O termo conformidade torna o paciente o tomador de decisão e denota harmonia entre pacientes e prescritores.<sup>59</sup>

No caso da doença periodontal, 80% dos pacientes não aderem a um esquema regular, apenas 16% aderem ao tratamento após a terapia periodontal ativa. Identificar e direcionar indivíduos erráticos poderia aumentar a *compliance* para 32%.<sup>13</sup> O dentista não deve esperar o sucesso do seu trabalho sem aplicar uma

abordagem psicológica individual a cada paciente em particular. Este tipo de abordagem individualizada garantirá uma assistência mais completa aos pacientes e aumentará a sua adesão, e o aumento da adesão resultará na redução das doenças dentárias.<sup>60</sup>

Apesar dos benefícios da terapia de suporte periodontal, estudos relatam uma baixa taxa de adesão (<50%).<sup>50</sup> No entanto, como já mencionado, para prevenir a periodontite é essencial assegurar esta adesão e concordância do paciente.<sup>13,53</sup> A falta de *compliance* deve-se muitas vezes à falta de informação e motivação dada ao paciente.<sup>50,59</sup>

#### Fatores de *compliance* e não-*compliance*

É necessário, portanto, analisar os fatores que contribuem para a não *compliance* do ponto de vista do paciente. Por exemplo, pacientes mais jovens aderem mais ao tratamento do que pacientes mais velhos e pode ser devido ao menor nível de educação dos pacientes idosos, nascidos em tempos em que o acesso à escola não era ainda generalizado.<sup>17</sup>

Os pacientes idosos podem ainda ter problemas de visão, audição e memória, podem ter dificuldades físicas como engolir comprimidos, abrir recipientes de medicamentos, manusear pequenos comprimidos, distinguir cores ou identificar marcações em drogas. Ao contrário dos mais jovens, podem preocupar-se mais com sua saúde, o que faz com que a sua não adesão seja não intencional. Se conseguirem a ajuda necessária, por exemplo, por parte de profissionais de saúde ou membros de família, podem estar mais propensos a aderir ao tratamento. Pacientes de meia-idade e pacientes mais jovens têm frequentemente outras prioridades, como o trabalho ou outros compromissos e por isso podem não comparecer ao tratamento. Crianças muito pequenas precisam da ajuda dos pais ou responsáveis para aderir ao tratamento, portanto a não adesão, pode ser devida a uma falta dos pais. Os adolescentes geralmente preferem viver uma vida normal com seus amigos e esta prioridade pode fazer com que não adiram ao tratamento.<sup>17,19</sup>

Vários estudos descobriram que pacientes com maior nível educacional podem ter maior adesão por estarem mais informados sobre a doença.<sup>6</sup> Contudo, mesmo pacientes com alto nível educacional podem não acreditar nos benefícios de seguir

determinado tratamento e pacientes com menor nível educacional, pelo contrário, podem confiar mais nos conselhos dos médicos.

O casamento ou a união de facto pode influenciar positivamente a adesão dos pacientes ao tratamento e o apoio de um cônjuge pode ser a razão pelo qual um paciente adere ao tratamento. De igual modo, os pacientes que têm apoio emocional e ajuda de familiares, amigos ou profissionais são mais aderentes ao tratamento.

A acessibilidade e a satisfação com as instalações de saúde contribuem ainda para a *compliance*. Pelo contrário, crenças erróneas sustentadas pelos pacientes contribuem para a não adesão.<sup>35</sup> O custo também é uma questão crucial na adesão do paciente. Os pacientes de baixos recursos económicos, por exemplo, são mais propensos a não aderir ao tratamento.<sup>35</sup> O pessoal de saúde deve estar, portanto, consciente da situação económica do paciente e deve ajudá-lo a usar a medicação de maneira mais económica.<sup>20</sup>

Também tempos longos de espera e experiências infelizes durante as consultas contribuem para a não adesão ao tratamento. A não adesão pode incluir não cumprir as prescrições de medicamentos, tomar medicamentos inadequadamente, ignorar o conselho médico como evitar certos alimentos, fazer exercícios ou realizar exames regulares, realizar incorretamente os comportamentos de saúde prescritos e pode ser propositada ou acidental. A não adesão não intencional acontece quando os pacientes acreditam incorretamente que estão a aderir<sup>35</sup> e quando ao contrário, descartam as recomendações de tratamento ou modificam os regimes prescritos são chamados rejeitadores e modificadores ativos e as suas ações são chamadas de intencionais.

A alfabetização em saúde bucal pode ser definida como o grau em que o indivíduo tem a capacidade de obter, processar e compreender as informações básicas de saúde bucal e os serviços necessários. A literatura atual mostra que os indivíduos com menor nível de alfabetização em saúde bucal são mais propensos a ter uma deficiente saúde bucal. Pelo contrário, aqueles que escovam mais os dentes estão associados a um maior índice de alfabetização em saúde bucal.<sup>37</sup> A não adesão, portanto, deve-se muitas vezes à falta de informação e motivação dada ao paciente.<sup>50,59</sup>

## Para o sucesso do tratamento

Uma maneira para melhorar a satisfação e a adesão do paciente ao tratamento é sem dúvida o uso eficaz de competências comunicativas empáticas. Assim, ao aumentar a *compliance* do paciente, o médico melhorará a sua saúde e ao aumentar a satisfação do paciente, o médico reduzirá os custos económicos que muitas vezes são fruto da troca frequente de médico.<sup>27</sup> De facto, uma comunicação empática eficaz entre o médico dentista e o paciente conduz a uma maior *compliance* dos pacientes.<sup>4,5,6,7</sup> No contexto da Periodontologia, a comunicação empática eficaz entre médico dentista e paciente torna-se, portanto, fundamental para o sucesso da terapia de suporte.<sup>4,5,6,7,13,27,28,29,42,50,51,61</sup>

Muitas falhas no tratamento das doenças periodontais têm a ver com falhas de comportamento e podem ocorrer por falta de conhecimento, falta de competências, falta de motivação e presença de alguns obstáculos como viagem, distancia, probabilidade de perder um compromisso, questões financeiras relacionadas ao transporte. Determinar algumas estratégias como o aumento do número de funcionários clínicos, lembretes de cartas de nomeação e incentivos de vale-presente e avaliar o total de compromissos perdidos antes e depois das implementações torna-se fundamental.<sup>37</sup> Outra lacuna é a compreensão da interação afetiva com o paciente.<sup>50</sup>

## OBJETIVOS

A principal questão associada a este trabalho foi “sendo a empatia vital para construir um plano de tratamento compartilhado e viável,<sup>62</sup> e sendo o envolvimento empático no atendimento ao paciente de extrema importância para chegar a um diagnóstico mais preciso e aumentar a satisfação do paciente,<sup>63</sup> será que uma boa estratégia de comunicação empática e de abordagem do paciente melhoraria sua saúde, sua adesão ao tratamento e conseqüentemente facilitaria as consultas de *recall*?”

O objetivo principal deste trabalho piloto foi correlacionar a saúde oral dos pacientes com doença periodontal, entre os 18 e os 65 anos de idade, com a comunicação empática estabelecida com o médico-dentista.<sup>1</sup>

Especificamente, os objetivos desta investigação de caráter exploratório são:

- a) avaliar o índice de placa bacteriana de cada paciente no início do estudo e passados 6 meses;
- b) relacionar esta evolução com a *compliance* do paciente;
- c) avaliar a percepção que cada paciente revela sobre a empatia do seu médico-dentista, após atendimento;
- d) avaliar a percepção que cada médico-dentista tem do seu próprio comportamento empático;
- e) analisar a correlação entre sucesso terapêutico e qualidade de comunicação e relação em saúde;
- f) avaliar a influência do gênero, da idade e do nível de escolaridade na comunicação médico-paciente.

Com base na revisão da literatura formulamos as hipóteses a testar:

- Médicas-dentistas (gênero feminino) mostram um comportamento mais afetivo e detetam melhor os sentimentos do paciente;
- O uso eficaz de competências comunicativas empáticas melhora a adesão e a satisfação do paciente.
- A comunicação empática determina a *compliance* do paciente, permitindo alcançar melhores resultados terapêuticos.

## MATERIAL E MÉTODOS

Este ponto apresenta todos os aspetos metodológicos sobre os quais assenta este estudo.

### PROCEDIMENTOS ÉTICOS

A estudo foi aprovado pelo Conselho Científico da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade Católica Portuguesa em Viseu, Portugal. O estudo piloto abarca o período de setembro de 2021 até junho 2022, tendo os dados recolhidos aquando das consultas sido trabalhados a partir abril de 2022. Todos os dados foram anonimizados pelo investigador principal antes de serem facultados para a elaboração deste trabalho e os resultados foram também analisados de forma anónima.

### TIPO DE ESTUDO

O presente trabalho consiste em um estudo exploratório observacional transversal.

### AMOSTRA

A amostra é constituída por pacientes entre 18 e 65 anos de idade que frequentam a Clínica Dentária Universitária da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade Católica Portuguesa em Viseu, foram escolhidos de forma aleatória (sorteio) e com os respetivos alunos inscritos na disciplina de Periodontologia, responsáveis pelo atendimento do paciente, na função de operador.

A participação neste estudo foi de carácter voluntário. A população do estudo compreendeu 33 alunos e 31 pacientes.

### CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE

Para inclusão, foram: (i) estudantes de Medicina Dentária da Universidade Católica Portuguesa de Viseu inscritos na disciplina de Periodontologia clínica; (ii)

pacientes da Clínica Dentária Universitária da Universidade Católica Portuguesa de Viseu; (iii) aceitação pelo paciente e aluno em participar no estudo.

Para exclusão foram considerados: (i) pacientes menores e (ii) grupos vulneráveis.

## INSTRUMENTOS UTILIZADOS E RECOLHA DE DADOS

Foram inicialmente recolhidos todos os dados que permitem caracterizar a amostra: idade, género e habilitações dos pacientes e idade e género dos alunos-médicos operadores. No final de cada consulta, foram aplicados dois instrumentos de avaliação da empatia: o JSPPPE para medir a empatia que o paciente percebeu do seu médico e o JSPE para medir a autoavaliação que o médico tem sobre sua própria empatia. O JSPPPE é um instrumento de 5 itens apresentados sobre uma escala de Likert, de 1 a 7.<sup>10,45,64</sup> O JSPE inclui 20 itens a responder numa escala de Likert de 1 a 7.<sup>35,45</sup> O questionário JSPPPE foi aplicado aos 31 pacientes e o questionário JSPE foi respondido por 33 alunos.

Os dados obtidos nos dois inquéritos (JSPPPE e JSPE) foram confrontados e cruzados para determinação do grau de empatia construído em cada par médico-paciente. Também a saúde oral dos pacientes foi avaliada, através da medição da evolução do índice de placa bacteriana e dos resultados obtidos no periodontograma como tradução da *compliance* do paciente em termos de higiene oral, entre o início do estudo e 6 meses mais tarde.

O cruzamento dos dados obtidos permitiu determinar a relação que existe entre empatia e eficácia terapêutica. Como anteriormente mencionado, os dados recolhidos foram anonimizados e organizados num ficheiro (Microsoft, Excel) para análise através do programa estatístico SPSS. Serão apenas usados no âmbito desta investigação, sendo garantida toda a sua confidencialidade. Os consentimentos informados foram solicitados aos 31 pacientes e 33 alunos envolvidos e encontram-se igualmente codificados e arquivados. A chave de codificação dos dados será destruída 8 dias após a defesa da dissertação de Mestrado.

## VARIÁVEIS ESTUDADAS

A variável dependente deste estudo consiste na evolução do estado de saúde oral dos pacientes, verificada pelo índice de placa bacteriana e evolução dos resultados do periodontograma. São consideradas variáveis independentes para este estudo: a qualidade da relação empática, a idade, o género do médico e do paciente e o nível de escolaridade do paciente.

## ANÁLISE ESTATÍSTICA DOS DADOS

A análise estatística foi realizada com o software GraphPad Prism 8 (San Diego, CA, EUA). Os dados da análise realizada neste estudo passaram pela avaliação do padrão de distribuição normal, teste de normalidade de Kolgomorov-Smirnov. Assim, após verificar a normalidade, o teste estatístico foi o teste t paramétrico para as variáveis JSPE e índice de placa e teste t não-paramétrico para a variável JSPPPE. Todos os testes estatísticos foram aplicados a um nível de significância de 5% ( $p < 0,05$ ).

## RESULTADOS

Neste ponto são apresentados e comentados os resultados obtidos.

### CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

No presente estudo piloto participaram 31 pacientes da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade Católica Portuguesa de Viseu e 32 alunos operadores respetivamente (mas foram 33 os alunos que responderam ao questionário JSPE, porque sendo um paciente irmão do seu aluno operador, foi feito o questionário JSPE também ao aluno que naquele dia assistiu o aluno operador). Dos 31 pacientes, 6 não apresentaram dados de avaliação do índice de placa bacteriana no seu processo clínico e 2 apresentaram a avaliação do índice de placa insatisfatória para análise, por ser considerado um valor anormalmente baixo, pelo que 8 pacientes foram excluídos, sendo conseqüentemente excluídos também os questionários dos seus 8 alunos operadores.

A amostra inicialmente prevista para este estudo foi assim reduzida para 23 pacientes e 24 alunos operadores. Foram 24 alunos operadores e não 23 por se tratar de uma continuação de tratamento, ou seja, o mesmo paciente foi atendido por dois alunos diferentes para acabar o primeiro atendimento. Este paciente respondeu ao questionário JSPPPE quer sobre o médico que o atendeu a primeira vez quer sobre o médico que continuou o tratamento, dando pontuações diferentes para os dois médicos, ficando excluído para a análise dos dados, pois o paciente não retornou à consulta de *recall*.

Apresenta-se seguidamente a caracterização da amostra efetivamente retida para este estudo exploratório. Dos 23 pacientes retidos, 57% são do género feminino e os restantes 43% são do género masculino (Figura 1).

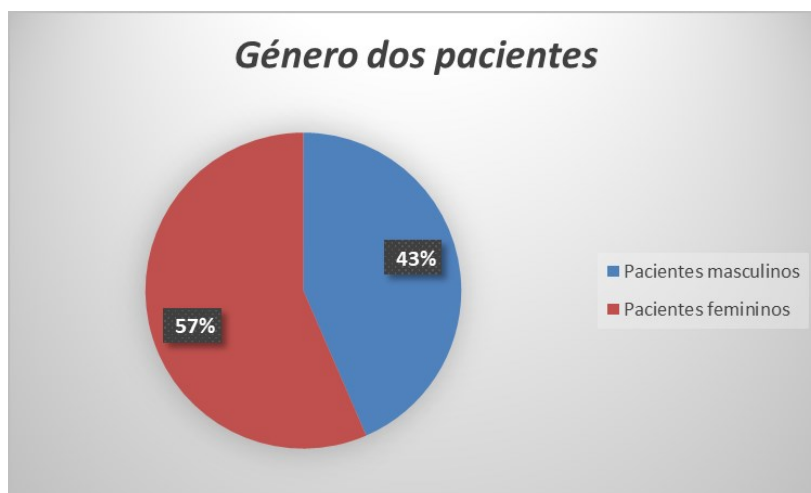


Figura 1 - Género dos pacientes incluídos na amostra

Os grupos etários envolvidos são < 35 anos, 35-64 anos e > 65 anos, onde 12% dos pacientes fazem parte do grupo etário < 35 anos, 50% dos pacientes do grupo etário 35-64 anos e 38% são > 65 anos (Figura 2).

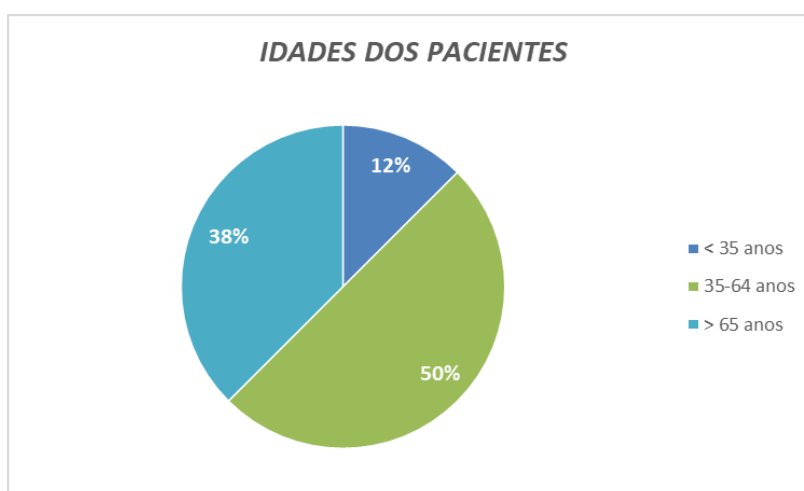


Figura 2 - Género dos pacientes incluídos na amostra

Quanto ao nível de escolarização, 39% dos pacientes sabiam ler e escrever, 13% tinham o ensino básico, 22% tinham o ensino secundário e o 26% tinham o ensino superior (Figura 3).

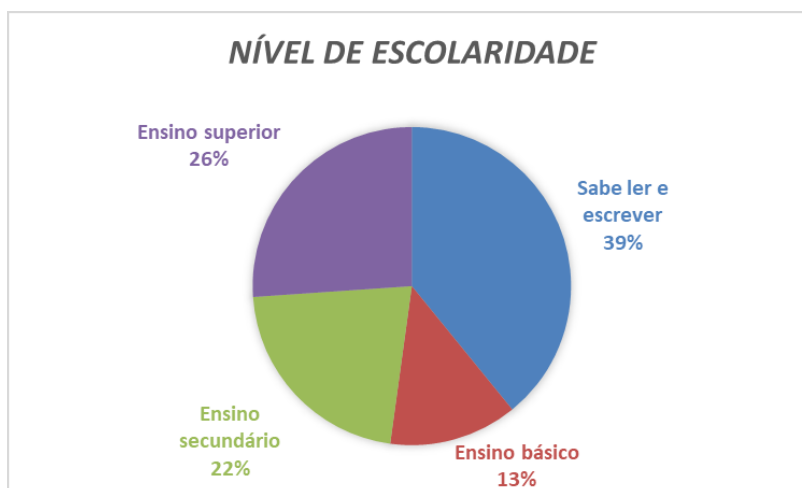


Figura 3 - Nível de escolaridade dos doentes observados

Dos 23 alunos operadores, 22% eram do género masculino e 78% do género feminino (Figura 4).

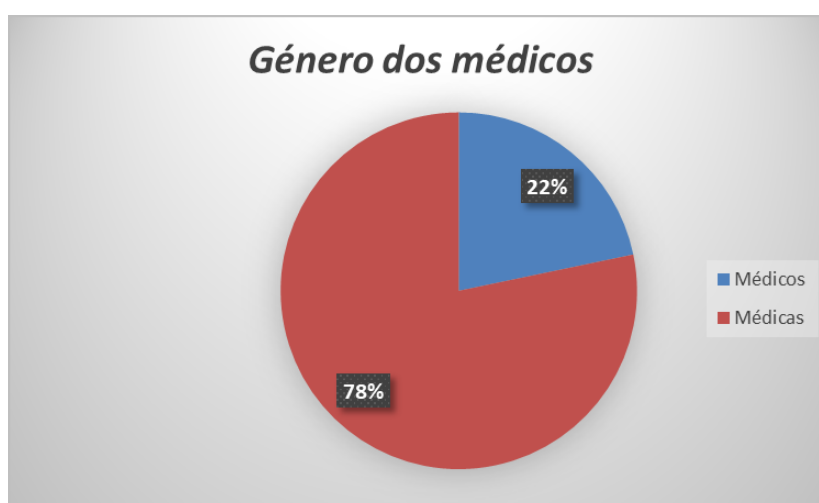


Figura 4 - Género dos médicos

## RESULTADOS OBTIDOS

Para análise das respostas dos alunos operadores ao questionário JPSE, os valores obtidos em 10 perguntas (do total de 20) foram simetricamente convertidos, dado tratar-se de asserções de carácter negativo. A análise das respostas permitiu-nos encontrar os seguintes resultados:

- (i) em relação à consciência empática dos alunos operadores, o valor mais baixo obtido foi de 4,25 e revela uma consciência empática média; o valor mais alto foi 6,95, revelando forte consciência empática;
- (ii) somente 1 aluno obteve o valor da média de consciência empática compreendido entre 4 e 5; 9 alunos tiveram valores de consciência empática compreendidos entre 5,01 e 6 e 13 tiveram valores compreendidos entre 6,01 e 7. Estes valores revelam que a maioria dos alunos operadores revela uma forte consciência empática;
- (iii) na Figura 5 observa-se a consciência empática revelada pelos inquiridos.

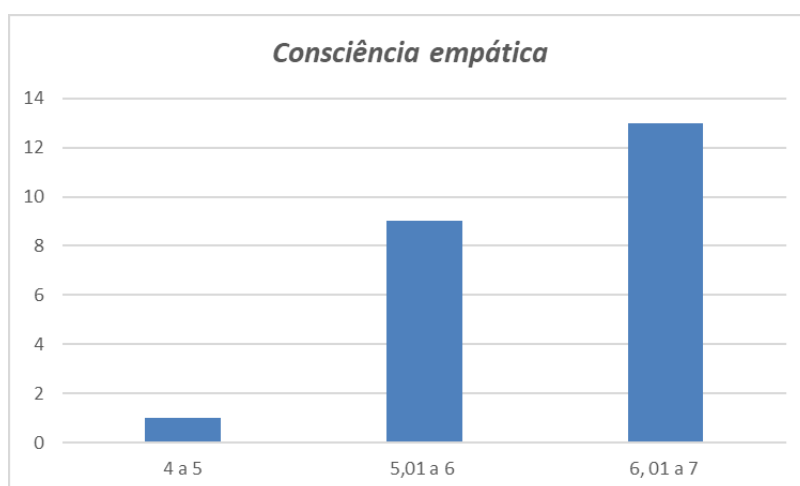


Figura 5 - Consciência empática dos médicos

No que diz respeito à percepção da empatia que os pacientes sentem referente aos seus médicos-dentistas, a análise das respostas recolhidas a partir da aplicação do questionário JSPPPE revela o seguinte (Figura 6):

- (i) 1 paciente revelou uma percepção da empatia do seu médico < 5;
- (ii) 5 pacientes revelaram uma percepção da empatia entre 5,01 e 6;
- (iii) 17 pacientes mostraram uma percepção elevada da empatia dos seus médicos, entre 6,01 e 7.

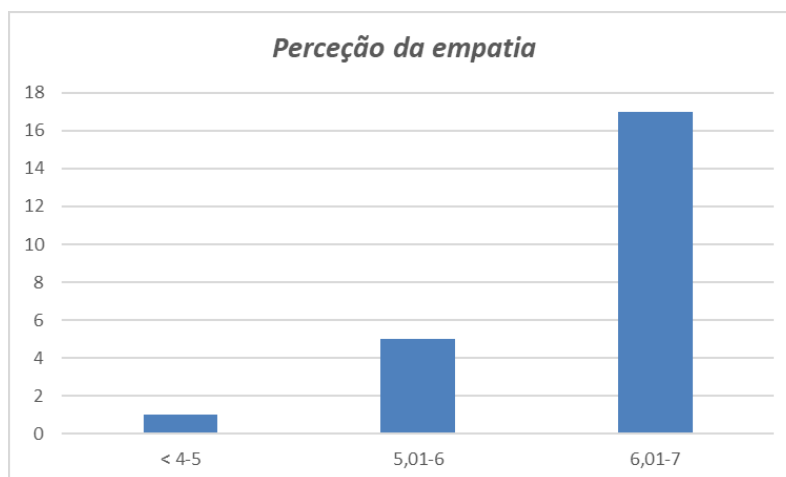


Figura 6 - Percepção da empatia por parte dos pacientes (JSPPPE)

### Resultados dos parâmetros clínicos analisados

A média total do índice de placa inicial foi de 56,03%, sendo o valor mais baixo 18,33% e o valor mais alto de 100% (Tabela. 1).

Tabela 1 - Resultados do percentual de placa encontrado nos pacientes na avaliação inicial

Paciente	Placa inicial encontrada (%)
P1	75,00
P2	18,33
P3	86,76
P4	56,73
P5	88,09
P6	71,29
P7	38,00
P8	20,19
P9	75,00
P10	31,45
P11	23,00
P12	100,0
P13	42,00

P14	56,25
P15	59,61
P16	43,00
P17	38,00
P18	24,00
P19	63,00
P20	84,00
P21	76,00
P22	19,00
P23	100,0
<b>Media IP Inicial</b>	<b>56,03</b>

Dos 23 pacientes iniciais, 12 pacientes voltaram à consulta de reavaliação após 6 meses, 48% dos pacientes compareceram e 52% faltaram (Figura 7).

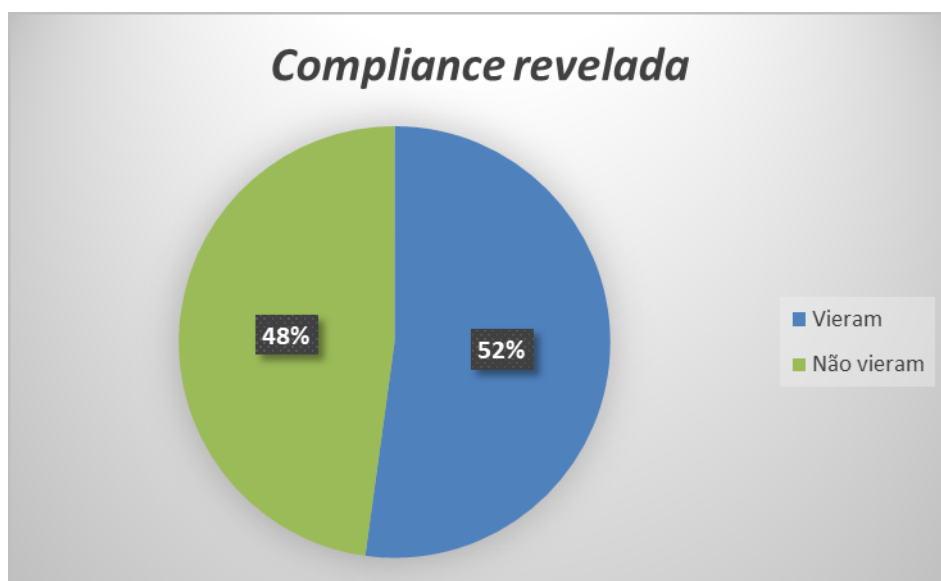


Figura 7 - Compliance revelada

No entanto, somente 10 deles foram considerados por motivos diversos como o valor do índice de placa no *recall* não ficou guardado no processo clínico (2); desmarcação da consulta (2), faltas (2), não interessados em retornar para reavaliação (3), não atenderam ou retornaram ligação (4) (Tabela 2)

Tabela 2 - Resultado de placa (%) encontrado nos pacientes após 6 meses.

Total de pacientes (23)	Pacientes presentes após 6 meses (12)	Pacientes considerados (10)
P1	✓	
P2		Não interessado no retorno para avaliação
P3		Paciente não retornou
P4	✓	
P5	✓	
P6	✓	
P7	✓	
P8	✓	Valor do IP perdido
P9		Não interessado no retorno para avaliação
P10		Faltou ao atendimento agendado
P11		Não atendeu
P12		Disse que voltava a ligar
P13		Não interessado no retorno para avaliação
P14	✓	
P15	✓	
P16	✓	Valor do IP perdido
P17		Faltou ao atendimento agendado
P18		Não atendeu chamada
P19		Não atendeu chamada
P20	✓	
P21		Desmarcou consulta de <i>recall</i>
P22	✓	
P23	✓	

A saúde oral dos 12 pacientes presentes à consulta de reavaliação foi avaliada através da medição da evolução percentual do índice de placa bacteriana como

tradução da *compliance* do paciente. No entanto, 2 pacientes tiveram este dado perdido e foram desconsiderados, restando 10 pacientes

A média total do índice de placa após 6 meses mais tarde foi de 59,9%, onde o valor mais baixo foi 18% e o valor mais alto foi 100% (Tabela 3).

*Tabela 3 - Resultado de placa inicial e após 6 meses (%) dos pacientes que compareceram.*

<b>Pacientes reavaliados</b>	<b>Avaliação inicial (%)</b>	<b>Avaliação após 6 meses (%)</b>
P1	75,00	57,00
P4	56,73	98,00
P5	88,09	33,00
P6	71,29	22,00
P7	38,00	18,00
P14	56,25	100,0
P15	59,61	48,00
P20	84,00	85,00
P22	19,00	74,00
P23	100,0	64,00
<b>Média IP</b>	<b>64,79</b>	<b>59,9</b>

A Figura 8 ilustra o índice de evolução da placa bacteriana para cada um dos pacientes estudados.

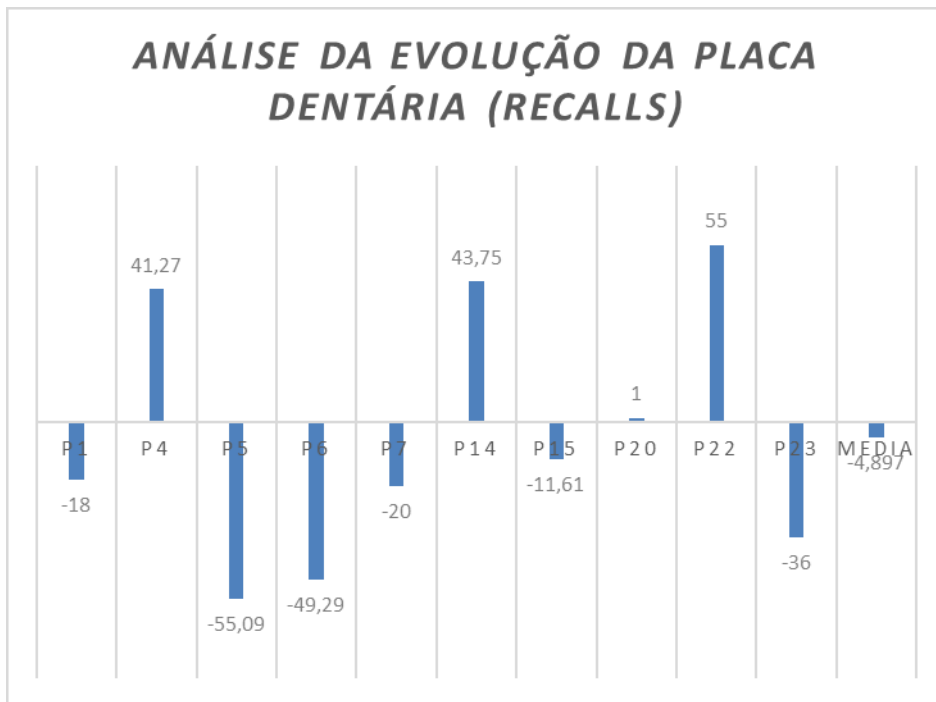


Figura 8 - Evolução do índice de placa bacteriana (%) após 6 meses

O estudo constatou que em 4 pacientes houve um aumento do índice de placa bacteriana, ou seja, uma piora na higiene oral após 6 meses, revelando uma média do aumento da placa de 35,255. (Figura 9).

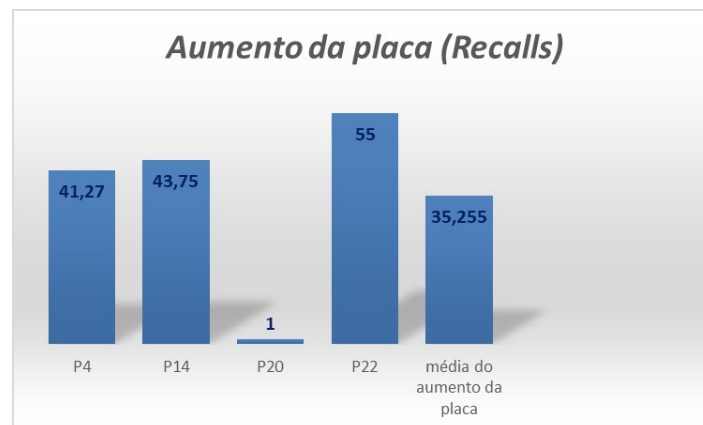


Figura 9 - Aumento da placa bacteriana revelada na reavaliação

No entanto, em 6 pacientes verificou-se uma diminuição do percentual de placa bacteriana, ou seja, melhora na higiene oral após 6 meses, revelando uma média da diminuição da placa de -31,665 (Figura 10).

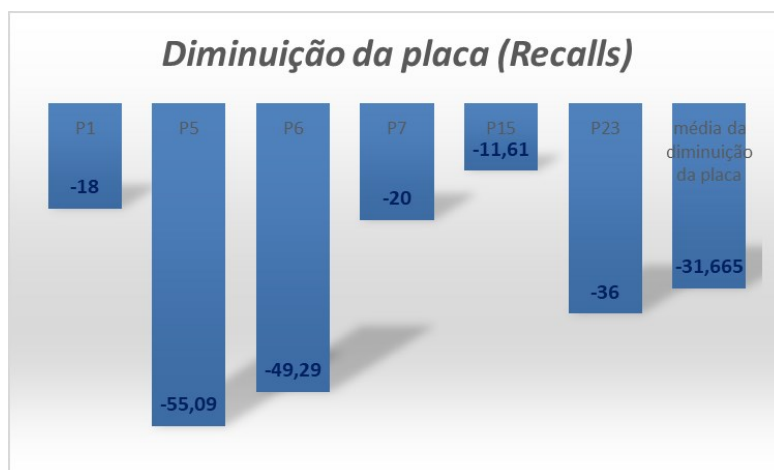


Figura 10 - Diminuição do nível placa bacteriana na reavaliação

Dos 10 pacientes considerados e que vieram à consulta de reavaliação, 50% eram do género masculino e 50% do género feminino (Figura 11).

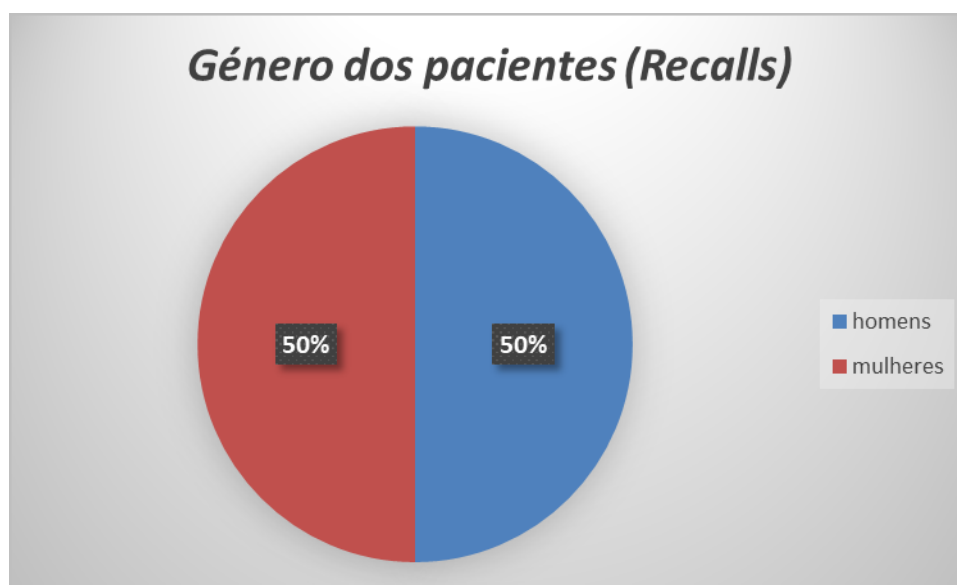
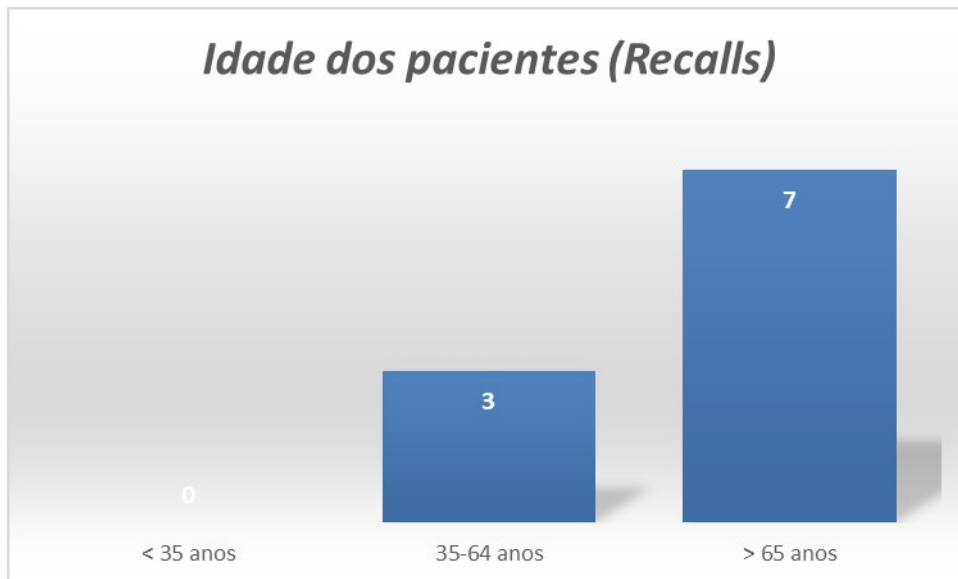


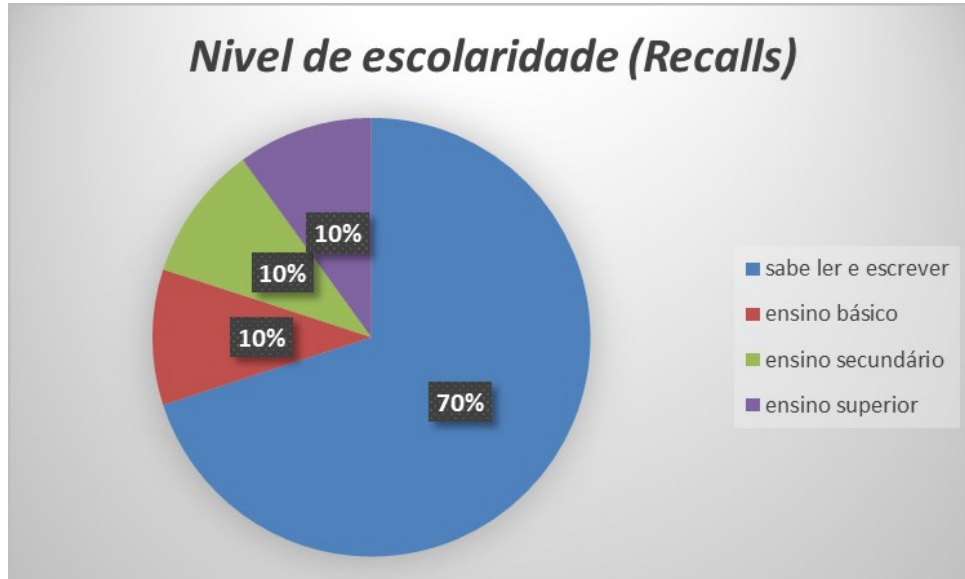
Figura 11 - Género dos pacientes considerados que vieram para reavaliação

Nenhum destes tinha idade < 35 anos. Três tinham uma idade compreendida entre 35-64 anos e 7 eram > 65 anos (Figura 12).



*Figura 12 - Idade dos pacientes que vieram para reavaliação*

70% deles declararam saber ler e escrever, porém não declararam nível de escolaridade, enquanto 10% declarou ter ensino básico, 10% ensino secundário e 10% ensino superior (Figura 13).



*Figura 13 - Nível de escolaridade dos pacientes que compareceram*

Quanto à empatia, os 10 pacientes revelaram após o primeiro atendimento que: a percepção da empatia do seu médico era entre < 4-5 (1 paciente); > 5-6 (1 paciente) e entre > 6-7 (8 pacientes) (Figura 14).

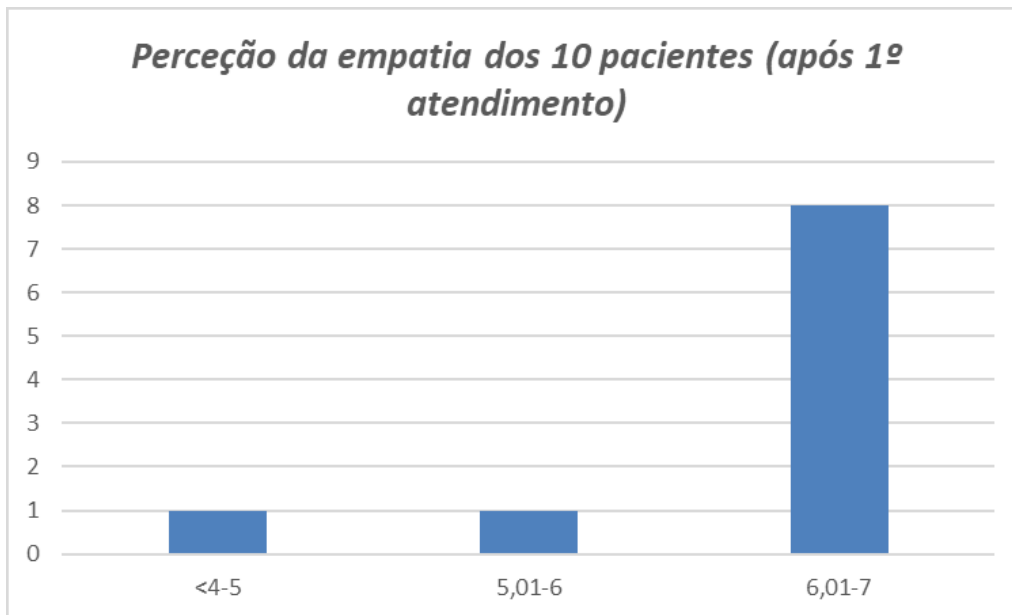


Figura 14 - Percepção da empatia que tiveram os 10 pacientes após 1º atendimento (JSPPE)

O género dos médicos que tinham atendido estes 10 pacientes foi 90% constituído por mulheres e 10% por homens (Figura 15).

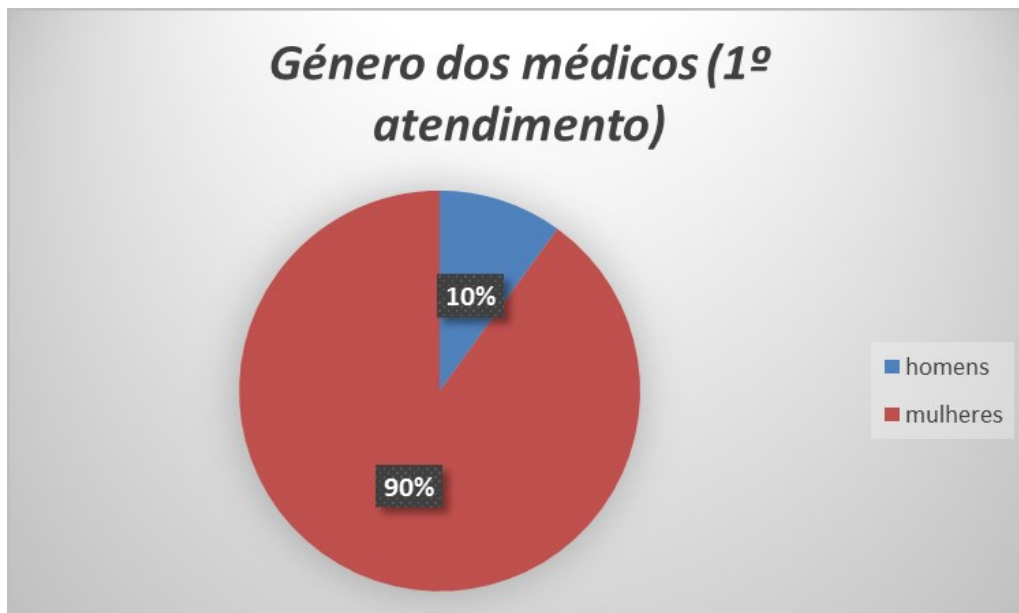


Figura 15 - Género dos médicos-dentistas que atenderam os 10 pacientes

Por fim, estes 10 médicos-dentistas após realizarem atendimento clínico, responderam ao questionário, revelando uma forte consciência empática com os

pacientes. Nenhum deles teve uma pontuação compreendida entre 4 e 5; enquanto três estiveram entre > 5-6 e sete entre > 6-7 (Figura 16).

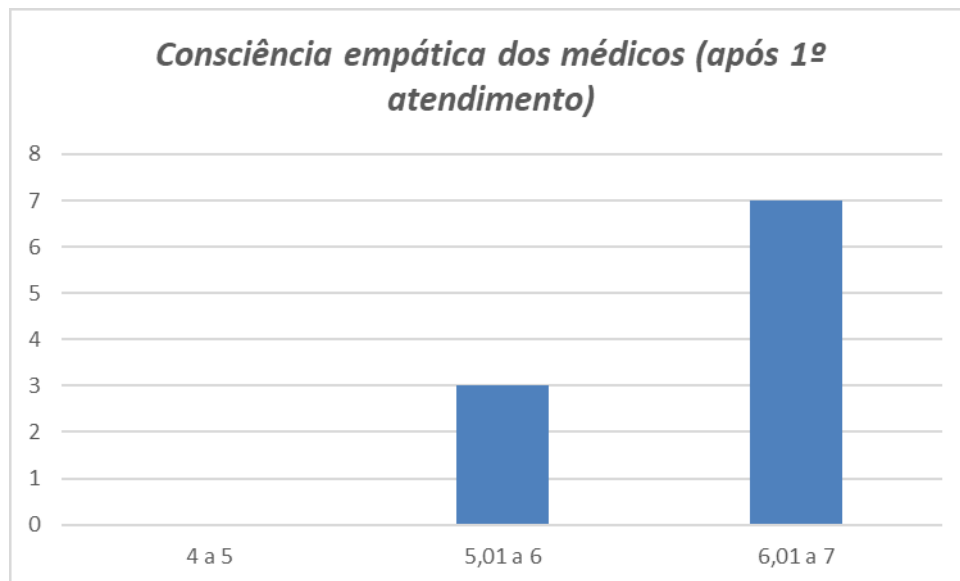


Figura 16 - Consciência empática dos 10 médicos que fizeram o 1º atendimento (JSPE)

No teste de normalidade, a análise da empatia avaliada pela JSPPPE inicial relacionada com os resultados da presença ao recall não encontrou normalidade ( $p > 0.01$ ); enquanto para a JSPE foi obtido  $p < 0.05$ .

Desta forma, observando a empatia através do JSPPPE e comparando os dados iniciais e após 6 meses relativos à *compliance*, não foi verificada diferença estatística (Figura 17.).

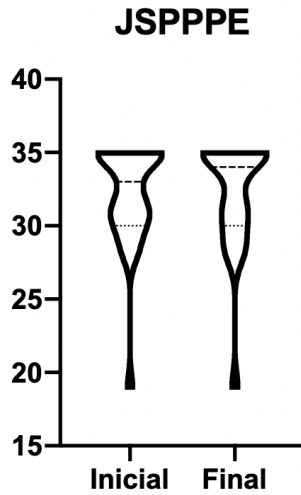


Figura 17 - Relação entre os dados iniciais e finais do JSPPPE relativos à empatia e a compliance revelada.

Na análise do JSPE, comparando os dados iniciais e finais relativos à relação entre a consciência empática dos médicos e a *compliance* revelada pelos pacientes pudemos encontrar elevada significância estatística ( $p > 0.001$ ), com um aumento dos valores após 6 meses (Figura 18).

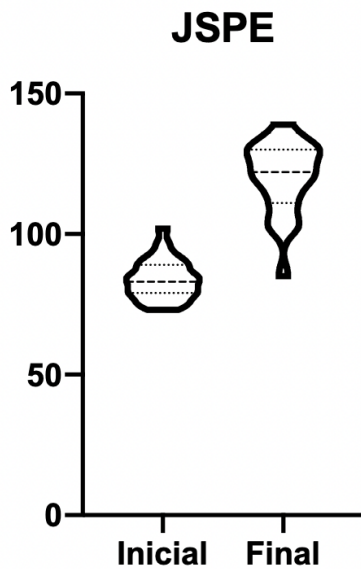


Figura 18 - Relação entre os dados iniciais e finais do JSPE e a compliance revelada

Isto significa, pois, que os pacientes que revelaram maior *compliance*, no que diz respeito à sua presença nas consultas de recall, foram aqueles cujos médicos tinham revelado uma maior consciência da importância da empatia na sua relação com os pacientes. No entanto, não parece haver significância no que diz respeito à influência da percepção de empatia revelada pelos pacientes e a sua presença na consulta de recall.

Diferentemente para o índice de placa que não foi encontrado significância estatística nos dados analisados (Figura 19).

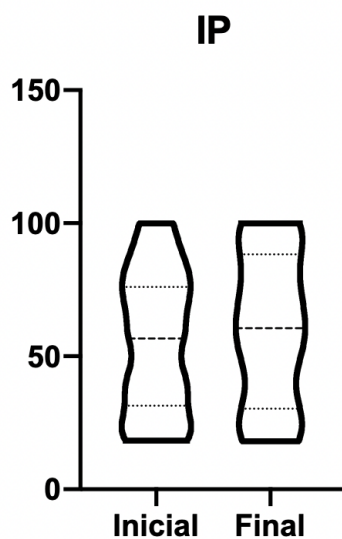


Figura 19 - Índice de placa comparando dados iniciais e finais

## DISCUSSÃO

Como já foi referido, a relação que existe entre a empatia e a eficácia terapêutica em Periodontologia refere-se à capacidade de os médicos comunicarem adequada e eficazmente com os pacientes, de maneira a obter as informações necessárias para o diagnóstico e ajudar os pacientes a alcançar os resultados esperados. Por comunicação adequada entende-se tratar os pacientes com respeito, conhecer as suas emoções, cultivar uma abordagem cuidadosa da linguagem e transmitir preocupação empática. Estabelecer uma relação baseada na confiança e

na tentativa de compreender objetivos, valores, desafios ou barreiras facilita a comunicação bidirecional e respeitosa.<sup>16</sup>

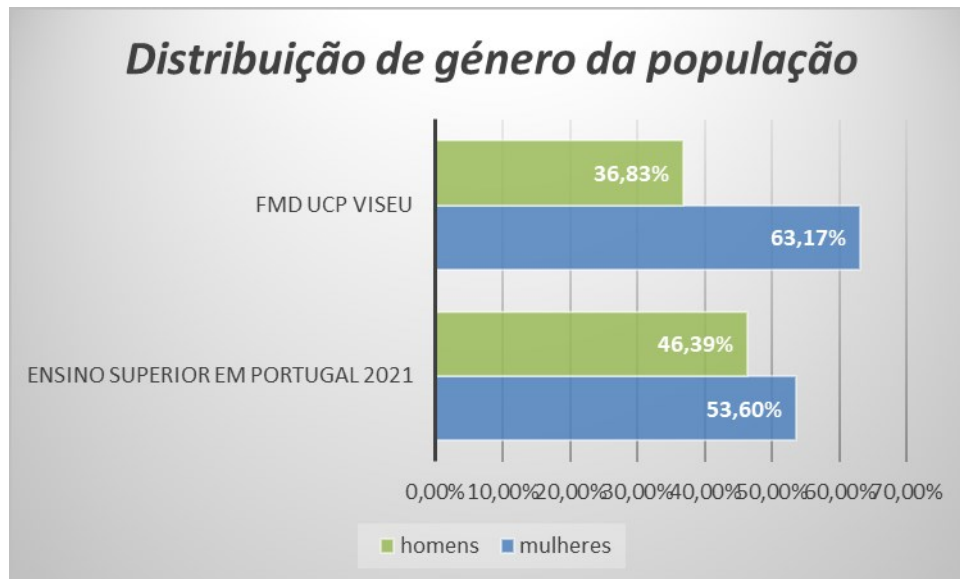
Os pacientes que se sentem respeitados têm, portanto, maior probabilidade de cumprir as recomendações do médico.<sup>16</sup> O tipo de comunicação que é focado somente na troca de informações biomédicas é distinto da comunicação sócio e emocional constituída por empatia, conversa psicossocial e risos. Este tipo de comunicação não se limita a fazer perguntas, examinar o paciente, prescrever medicamentos e dar recomendações.<sup>33,34</sup>

Existem diversas escalas que permitem avaliar a empatia nos cuidados de saúde.<sup>43</sup> No nosso estudo, a consciência da importância da empatia do médico durante uma consulta, e a percepção do paciente sobre o seu médico, foram avaliadas através do preenchimento dos questionários JSPE e JSPPPE, respetivamente, dado serem os de mais fácil aplicação, sem perda de acuidade de resultados.<sup>44</sup>

A escala JSPPPE contém 5 perguntas sobre a compreensão que o médico tem em relação à vida diária do paciente, da sua família, das suas perspetivas, sentimentos, preocupações e emoções.<sup>44</sup> É um instrumento que mede a percepção que o paciente tem quanto à compreensão empática do seu médico.<sup>10,45,65</sup> Nossos dados não encontraram diferença significativa para os dados analisados após 6 meses.

Já a escala JSPE inclui 20 itens a responder pelos médicos, em uma escala de Likert de 1 a 7, agregados em 3 fatores: “perspetiva”, “cuidado compassivo” e “permanecer na pele do paciente”.<sup>35,45</sup> Nesta análise, os resultados após 6 meses encontraram valores mais elevados, resultando em diferença significativa ( $p < 0.001$ ).

De acordo com os dados sobre a distribuição de género da população que frequentava o Ensino Superior em Portugal em 2021<sup>64</sup>, ela é composta por 53,60% de mulheres e 46,39% de homens. A Faculdade de Medicina Dentária da Universidade Católica Portuguesa de Viseu apresenta percentagens de 63,17% de mulheres e 36,83% de homens (Figura 20).



*Figura 20 - Distribuição de género da população no Ensino Superior*

O género parece influenciar a comunicação entre médicos e pacientes. Médicas femininas, por exemplo, mostram um comportamento mais afetivo e detetam melhor os sentimentos do paciente; médicos masculinos parecem ser verbalmente mais dominantes e imponentes durante a visita.<sup>8,35,36,36,37,38</sup> Com base na revisão da literatura, a primeira hipótese a testar sobre se as médicas-dentistas (género feminino) serem mais empáticas respeito aos médicos (género masculino) é confirmada neste estudo, pois, dos 10 pacientes considerados e que vieram ao *recall*, 9 foram atendidos na primeira consulta por 9 médicas e só 1 por um médico, revelando estes dados que os pacientes perceberam como empáticos seus primeiros médicos e, portanto, voltaram a consulta de *recall*.

Geralmente a acumulação de placa leva a inflamação gengival, aumento na biomassa e a uma mudança de composição devido às mudanças ambientais dentro do biofilme, o que conduz a maior risco de doenças orais.<sup>48</sup> Fazem parte das doenças orais mais comuns a cárie dentária e a periodontite e são prevalentes em todo o mundo.<sup>49</sup> Dado que a placa é a principal causa de doença dental, ela deve ser removida regularmente.<sup>47</sup> A gengivite, se não for tratada, progride para periodontite, que envolve a perda de inserção periodontal e osso de suporte e pode comprometer a mastigação, a estética, a autoconfiança e a qualidade de vida.<sup>51</sup> A doença periodontal afeta diferentes segmentos da população, dos mais jovens aos mais velhos e dos mais cultos aos menos informados. A gravidade desta doença aumenta

com o avançar da idade e atinge o pico aos 40 anos; depois, permanece estável na idade avançada. Estudos relatam que a maior prevalência foi encontrada na população idosa seguida de adultos e adolescentes.<sup>52</sup> Os nossos dados não apresentaram relevância estatística para esta variável ( $p > 0.05$ ).

Em geral, o tratamento periodontal compreende a terapia periodontal ativa e a terapia de suporte periodontal. A terapia periodontal ativa controla o processo inflamatório por meio da remoção mecânica do biofilme e oferece um ambiente favorável à saúde do tecido periodontal; a terapia de suporte periodontal visa a manutenção da saúde periodontal alcançada pela terapia periodontal ativa e consiste em *recalls* de 3-6 meses, 12 meses, ou até 18 meses, de acordo com o risco do indivíduo, controle de placa, reavaliação e motivação de higiene oral.<sup>29,51</sup>

Para prevenir ou interromper a periodontite é essencial estabelecer medidas de higiene pessoal oral eficazes ao longo da vida. A ADA (*American Dental Association*) recomenda que a higiene pessoal oral seja realizada 2 vezes ao dia.<sup>53</sup> A escovação regular e as visitas ao dentista podem reduzir a periodontite. Os dentistas e higienistas dentais devem educar, motivar e avaliar regularmente as percepções dos pacientes para melhorar os seus comportamentos de saúde oral. Os enfermeiros ou os auxiliares de dentistas devem encorajar boas práticas e fornecer informações úteis, elementos-chave para alcançar a saúde gengival.<sup>31</sup> Para prevenir a periodontite é necessário, portanto, conscientizar os pacientes dos benefícios que as mudanças de comportamento trazem.<sup>26</sup> No entanto, mesmo com as melhores intenções e esforços por parte dos profissionais de saúde, os objetivos esperados não serão alcançáveis se os pacientes não tiverem um certo grau de *compliance*.<sup>59</sup> Apesar dos benefícios que a terapia de suporte periodontal traz à saúde oral, estudos relatam uma taxa de adesão <50%.<sup>50</sup> Um resultado muito semelhante foi obtido para o nosso estudo, pois, apenas 48% dos pacientes voltou à consulta de reavaliação.

Torna-se, portanto, necessário identificar e analisar os fatores que contribuem para a não *compliance* do ponto de vista do paciente. De acordo com o que a literatura refere, pacientes mais jovens aderem mais ao tratamento do que pacientes mais velhos e pode ser devido ao menor nível de educação dos pacientes idosos; contudo, ao contrário dos mais jovens, podem preocupar-se mais com sua saúde, o que faz com que a sua não adesão não seja intencional. Se conseguirem a ajuda necessária podem estar mais propensos a aderir ao tratamento. Pacientes de meia-idade e

pacientes mais jovens têm frequentemente outras prioridades e por isso podem não comparecer ao tratamento. Crianças muito pequenas precisam da ajuda dos pais para aderir ao tratamento, portanto a não adesão, pode ser devida a uma falta dos pais. Os adolescentes geralmente preferem viver uma vida normal com seus amigos e esta prioridade pode fazer com que não adiram ao tratamento.<sup>6</sup>

Como já referido, também o nosso estudo exploratório teve estes resultados. A maior prevalência de *compliance* foi encontrada na população idosa, > 65 anos de idade, talvez por se preocupar mais com sua saúde, sendo que 7 têm mais de 65 anos de idade e só 3 tem uma idade compreendida entre 35-64 anos. Também a prevalência da *compliance* se situa em pacientes com baixo nível de escolaridade, sendo que 70% sabe apenas ler e escrever.

Uma maneira para melhorar a satisfação e a adesão do paciente ao tratamento é, como nos diz a literatura, o uso eficaz de competências comunicativas empáticas.<sup>7,8,9,10</sup> No contexto da Periodontologia, a comunicação empática eficaz entre médico dentista e paciente torna-se fundamental para o sucesso da terapia de suporte.<sup>4,5,6,7,13,27,28,29,42,50,51,61</sup>

A segunda hipótese sobre se o uso eficaz de competências comunicativas empáticas melhora ou não a adesão e a satisfação do paciente também se verificou no nosso estudo, pois 8 pacientes sobre 10 considerados e que vieram à consulta de reavaliação tinham percebido uma forte empatia por parte do médico.

A terceira e última hipótese a testar incide sobre se a comunicação empática determina ou não a *compliance* do paciente, permitindo alcançar melhores resultados terapêuticos. Embora de forma estatisticamente não significativa, também se verifica neste estudo, pois houve uma diminuição na média da evolução do índice de placa, apesar ser pequena e, como referido, sem significância (-4,897).

Por fim, o estudo piloto teve diversas limitações, as quais podem ser bastante significativas para este estudo exploratório:

- perda de dados de avaliação do índice de placa bacteriana não ficaram guardados no processo clínico dos pacientes, pelo que a amostra inicialmente prevista para este estudo exploratório teve que ser reduzida;
- dificuldade de agendamento para retorno e avaliação de pacientes, o que reduziu o número da amostra após 6 meses;

- dificuldade de padronização no tipo de abordagem profissional-paciente, o que pode influenciar no tipo de atendimento;
- por ser um estudo piloto, número de paciente reduzido para averiguação inicial dos resultados encontrados, sendo sugerida uma ampliação do número de pacientes.

Outros fatores contextuais podem ainda ter interferido neste estudo, por se poderem relacionar diretamente com a *compliance* demonstrada através da presença nas consultas de recall:

- O custo das consultas na Clínica Dentária Universitária, que, embora reduzido em relação a outras unidades de saúde, pode ser significativo para alguns pacientes, levando à sua ausência;
- O horário fixo e limitativo das consultas de Periodontologia, que muitas vezes se pode tornar incompatível com os horários de trabalho dos pacientes, impedindo-os de comparecer por motivos laborais;
- O facto de os alunos que atendem os pacientes variarem de consulta para consulta, impedindo laços de empatia mútua duradouros. Muito embora os pacientes tenham reconhecido uma elevada empatia nos alunos-médicos que os atenderam, a verdade é que muitos poderiam estar cientes que não seriam atendidos pelo mesmo operador na consulta de recall.

## CONCLUSÕES

Com este estudo piloto exploratório realizado na Universidade Católica Portuguesa de Viseu, em uma amostra final de 23 pacientes e 23 alunos operadores, ao observar os resultados, podemos concluir que:

- os pacientes do género feminino têm predomínio sobre o género masculino;
- a faixa etária prevalente dos pacientes que frequentam a clínica nas consultas de Periodontologia é compreendida entre 35-64 anos de idade;
- os alunos operadores do género feminino têm predomínio sobre o género masculino;
- os pacientes percebem, na sua maioria, os alunos operadores como empáticos;
- os alunos, na sua maioria, revelam uma forte consciência empática;
- as médicas-dentistas mostram-se mais empáticas que médicos-dentistas;
- a maior prevalência de *compliance* foi encontrada na população idosa, > 65 anos de idade e com baixo nível de escolaridade;
- apesar ser ligeira, houve uma diminuição na média da evolução do índice de placa.

Sugere-se, para estudos futuros nesta área, um aumento significativo da amostra, abarcando, por exemplo e se possível, todos os pacientes atendidos nas consultas de Periodontologia da Clínica Universitária no decorrer de um ano.

Finalmente, as Faculdades de Medicina deviam promover atitudes altruístas e humanistas potenciando a empatia. Mudanças nos currículos das Escolas da Medicina Dentária parecem necessárias para incentivar os alunos.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Loureiro J, Gonçalves-Pereira M, Trancas B, Caldas de Almeida JM, Caldas AC. Empatia na relação médico-doente: evolução em alunos do primeiro ano de medicina e contribuição para a validação da escala Jefferson em Portugal. *Acta Med Port* [Internet]. 2011 [cited 2021 Nov19]; 24.S2: 431-442. Available from: <https://run.unl.pt/handle/10362/21682>
2. Rodrigues ARG. A empatia médica sentida pelo consulente: correlação entre JSPPPE e EUROPEP (Doctoral dissertation, Universidade da Beira Interior). [Internet] 2017 [cited 2022 Mai23]. Available from: <https://ubibliorum.ubi.pt/handle/10400.6/8099>
3. Katsari V, Tyritidou A, Domeyer PR. Physicians' self-assessed empathy and patients' perceptions of physicians' empathy: validation of the Greek Jefferson scale of patient perception of physician empathy. *BioMed Res Int* [Internet]. 2020 [cited 2022 Mai 23]; 9379756. Available from: <https://www.hindawi.com/journals/bmri/2020/9379756/>
4. Cantamissa MLD, Nogueira KM, Esteves HC, da Cruz Tigre V, Dos Santos TV. Empatia na relação médico-paciente. *Anais do Seminário Científico do UNIFACIG* [Internet]. 2019 [cited 2021 Jun29]; 5. Available from <http://pensaracademico.unifacig.edu.br/index.php/semiariocientifico/article/view/1551>
5. Decety J, Ickes W. *The social neuroscience of empathy*. Mit press; 2011
6. Hojat M, Louis DZ, Maxwell K, et al. Patient perceptions of physician empathy, satisfaction with physician, interpersonal trust, and compliance. *Int J Med Educ* [Internet]. 2010 [cited 2021 May25]; 1:83-87. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4205510/>. doi: 10.5116/ijme.4d00.b701
7. Riess H. The Impact of Clinical Empathy on Patients and Clinicians: Understanding Empathy's Side Effects. *AJOB Neuroscience* [Internet]. 2015 [cited 2021 Jun28]; 6(3): 51-53. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/21507740.2015.1052591?journalCode=uabn20>. doi:10.1080/21507740.2015.1052591
8. Hojat M, Gonnella JS, Nasca TJ, Mangione S, Vergare M, Magee M. Physician empathy: definition, components, measurement, and relationship to

gender and specialty. *Am J Psychiatry* [Internet] 2002. [cited 2022 Mai30]; 159(9): 1563-1569. Available from:

<https://ajp.psychiatryonline.org/doi/full/10.1176/appi.ajp.159.9.1563>

9. Haque M. Importance of empathy among medical doctors to ensure high-quality healthcare level. *Adv Hum Bio* [Internet] 2019. [cited 2022 Mai30]; 9(2): 104-107. Available from: <https://www.aihbonline.com/article.asp?issn=2321-8568;year=2019;volume=9;issue=2;spage=104;epage=107;aulast=Haque>

10. Konrath, S. H., O'Brien, E. H., & Hsing, C. Changes in dispositional empathy in American college students over time: A meta-analysis. *Pers Soc Psychol Rev* [Internet]. 2011 [cited 2022 Mai11]; 15(2): 180-198. Available from:

<https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1088868310377395>. doi:

10.1177/1088868310377395

11. Abadel FT, Hattab AS. Patients' assessment of professionalism and communication skills of medical graduates. *BMC Med Educ* [Internet]. 2014 [cited 2021 Jun28]; 14(1): 1-8. Available from:

<https://link.springer.com/article/10.1186/1472-6920-14-28>

12. Aoun A, Al Hayek S, El Jabbour F. The need for a new model of the physician–patient relationship: a challenge for modern medical practice. *Fam Med Prim Care Rev* [Internet]. 2018 [cited 2021 Jun28]; 20(4): 379–384. Available from:

<https://www.termedia.pl/The-need-for-a-new-model-of-the-physician-patient-relationship-a-challenge-for-modern-medical-practice,95,34056,0,1.html> doi:

<https://doi.org/10.5114/fmpcr.2018.79351>

13. Tachalov VV, Orekhova LY, Isaeva ER, Kudryavtseva TV, Loboda ES, Sitkina EV. Characteristics of dental patients determining their compliance level in dentistry: relevance for predictive, preventive, and personalized medicine. *EPMA J* [Internet]. 2018 [cited 2022 Jan18]; 9(4): 379-385. Available from:

<https://link.springer.com/article/10.1007/s13167-018-0152-8>

14. Verlinde E, De Laender N, De Maesschalck S, Deveugele M, Willems S. The social gradient in doctor-patient communication. *Intl J Equity Health* [Internet]. 2012 [cited 2021 Jun29]; 11(1): 1-14. Available from:

<https://equityhealthj.biomedcentral.com/articles/10.1186/1475-9276-11-12>

15. Van den Brink-Muinen A, van Dulmen S, Messerli-Rohrbach V, Bensing, Jet al. Do gender-dyads have different communication patterns? A comparative study in

Western-European general practices. Patient Educ Couns [Internet]. 2002 [cited 2021 Jun29]; 48(3): 253-264. Available from:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0738399102001787>

16. Geyer Cynthia, MD. Empathy and Language in the Clinician Patient Relationship: Improving the Translation of Evidence to Practice. Am J Health Promot [Internet]. 2021 [cited 2021 Dez08]; 590-592. Available from:

<https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/08901171211002328b> doi:

<https://doi.org/10.1177/08901171211002328b>

17. Jin J, Sklar GE, Min Sen Oh V, Li SC. Factors Affecting Therapeutic Compliance: A review from patient's perspective. Ther Clin Risk Manag [Internet]. 2008 February [cited 2021 nov. 25]; 4(1): 269–286. Available from

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2503662/pdf/tcrm-0401-269.pdf>

18. Hughes B, Heo G, Levin L. Associations between patients' understanding of periodontal disease, treatment compliance, and disease status. Quintessence Int [Internet]. 2018 [cited 2021 Oct24]; 49(1): 17-23. Available from:

[https://scholar.google.com.br/scholar?hl=pt-](https://scholar.google.com.br/scholar?hl=pt-PT&as_sdt=0%2C5&q=associations+between+patients%27+understanding+of+periodontal+disease%2C+treatment+compliance%2C+and+diseas+status&btnG=)

[PT&as\\_sdt=0%2C5&q=associations+between+patients%27+understanding+of+periodontal+disease%2C+treatment+compliance%2C+and+diseas+status&btnG=](https://scholar.google.com.br/scholar?hl=pt-PT&as_sdt=0%2C5&q=associations+between+patients%27+understanding+of+periodontal+disease%2C+treatment+compliance%2C+and+diseas+status&btnG=)

19. DiMatteo MR, Haskard-Zolnieriek, KB et al. Improving patient adherence: a three-factor model to guide practice. Health Psychol Rev [Internet]. 2012 [cited 2021 Dez08]; 6(1): 74-91. Available from:

<https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/17437199.2010.537592>. doi:

[10.1080/17437199.2010.537592](https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/17437199.2010.537592)

20. Benjamin RVN. Non-compliance with chemotherapy in the oncology patient with a good prognosis. [master's thesis]. 2006 Johannesburg; University of the Witwatersrand 35

21. Mufato LF, Gaíva MAM. Empatia em saúde: revisão integrativa RECOM. [Internet]. 2019 [cited 2021 Jun29]; 9. Available from:

<http://seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/2884> doi: 10.19175

22. NG Jhy, LUK Bhk. Patient satisfaction: Concept analysis in the healthcare context. Patient Educ Couns [Internet]. 2019 [cited 2021 Jun29]; 102(4): 790–796. Available from:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0738399118310048>

23. Utnasunova K. Correlação entre escalas Care e JSPPPE e agradabilidade do consulente no seu preenchimento na avaliação da empatia médica. [master's thesis]. Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra; 2019.
24. Dias, MDRDFM, Sebastião FJDC, Silva MMRTPD. Comunicação pedagógica e relacional em uma consulta periodontológica. *Braz J Periodontol* [Internet]. 2014 [cited 2021 Jun29]; 24(4): 50-56. Available from: <http://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/14725>
25. Faruque M, Haque M, Islam S, Shihab SF, Asmara HS. Empathy level among dental students of Bangladesh utilizing the Cambridge behavior scale. *J Glob Pharm Tech.*2017; 9, 34-40
26. Sanchez H. Empathy and Our Contentment, Cooperation, and Compassion. *Am J Health Pro* [Internet]. 2021 [cited 2021 Dez08]; 35 (4):592-593. Available from: <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/08901171211002328c>.doi:10.1177/08901171211002328c
27. Kim SS, Kaplowitz S, Johnston, MV. The effects of physician empathy on patient satisfaction and compliance. *Evaluation & the health professions* [Internet]. 2004 [cited 2021 Oct24]; 27(3): 237-251. Available from: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0163278704267037>. doi: 10.1177/0163278704267037
28. Chichirez CM, Purcărea VL. Interpersonal communication in healthcare. *J Med Life.* [Internet]. 2018 Apr-Jun [cited 2021 Jun29]; 11(2):119-122. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6101690/>
29. Arai Y, Inanobe-Takatsuka M, Takashima M, Ogawa S, Kawamura A, Nohno K, Uoshima K. Reducing bacterial counts around the abutment following professional mechanical plaque removal at the implant bridge: A randomized crossover comparison of removing or not removing the superstructure. *J ProsthodontRes* [Internet]. 2021 [cited 2022 Jan18]; 65 (1): 91-96 Available from: [https://www.jstage.jst.go.jp/article/jpr/advpub/0/advpub\\_JPOR\\_2019\\_431/\\_article/-char/ja/](https://www.jstage.jst.go.jp/article/jpr/advpub/0/advpub_JPOR_2019_431/_article/-char/ja/)
30. Lima IFP, de Andrade Vieira W, de Macedo Bernardino Í, Costa PA, Lima APB, Pithon M M, Paranhos LR. Influence of reminder therapy for controlling bacterial plaque in patients undergoing orthodontic treatment: A systematic review and meta-analysis. *Angle Orth* [Internet]. 2018 [cited 2022 Jan18]; 88(4): 483-493.

Available from: <https://meridian.allenpress.com/angle-orthodontist/article/88/4/483/57784/Influence-of-reminder-therapy-for-controlling>. doi: 10.2319/111117-770.1

31. JIN J, Sklar GE, Oh VMS, Li SC. Factors affecting therapeutic compliance: A review from the patient's perspective. *Ther Clin Risk Manag* [Internet]. 2008 [cited 2021 Dez08]; 4(1): 269. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2503662/>
32. Warmington S. Practising engagement: Infusing communication with empathy and compassion in medical students' clinical encounters. *Health* [Internet]. 2012 [cited 2021 Jun28]; 16.3: 327-342. Available from: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1363459311416834>. doi: 10.1177/1363459311416834
33. Nazir M, Al-Ansari A, Al-Khalifa K, Alhareky M, Gaffar B, Almas K. Global prevalence of periodontal disease and lack of its surveillance. *The Scientific World Journal*, 2020. [Internet]. 2020 [cited 2022 Feb19]; (2020):1-8. Available from: <https://www.hindawi.com/journals/tswj/2020/2146160/>
34. Stahl V, Vasudevan K. Comparison of efficacy of cannabinoids versus commercial oral care products in reducing bacterial content from dental plaque: A preliminary observation. *Cureus*. [Internet]. 2020 [cited 2022 Jan18]; 12(1). Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6991146/>. doi: 10.7759/cureus.6809
35. Costa P, Magalhães E, Costa MJ. A latent growth model suggests that empathy of medical students does not decline over time. *Adv in Health Sci Educ* [Internet]. 2013 [cited 2021 Jun28]; 18(3):509–522. Available from: [https://link.springer.com/article/10.1007/s10459-012-9390-z?null&error=cookies\\_not\\_supported&code=a0d6731c-9887-4211-9349-4336338f01e4](https://link.springer.com/article/10.1007/s10459-012-9390-z?null&error=cookies_not_supported&code=a0d6731c-9887-4211-9349-4336338f01e4). doi 10.1007/s10459-012-9390-z
36. Treloar T, Bishop SS, Dodd V et al. Evaluating True Barriers to Dental Care for Patients with Periodontal Disease. *Intl J Dent Oral Health* [Internet]. 2021 [cited 2021 Oct24]; 7(2). Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8104443/>. doi:10.16966/2378-7090.347

37. de Negri B, Brown DL., Hernández O, Rosenbaum, J, Roter D. Improving interpersonal communication between health care providers and clients. Bethesda US [Internet]. 1997 [cited 2021 Jun29]; 3-59. Available from: [https://pdf.usaid.gov/pdf\\_docs/pnace294.pdf](https://pdf.usaid.gov/pdf_docs/pnace294.pdf)
38. De Souza Barros P, de Oliveira Falcone EM, de Pinho VD. Avaliação da empatia médica na percepção de médicos e pacientes em contextos público e privado de saúde. Arq. ciênc. Saúde [Internet]. 2011 [cited 2021 Jun28]; 18(1): 36-43. Available from: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-645657>
39. Aelbrecht K, Rimondini M, Bensing J, Moretti F, Willems S, Mazzi M, Deveugele Met al. Quality of doctor–patient communication through the eyes of the patient: variation according to the patient’s educational level. Adv in Health Sci Educ [Internet]. 2015 [cited 2021 Jun29]; 20(4): 873-884. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10459-014-9569-6>. doi 10.1007/s10459-014-9569-6.
40. Heritage J, Maynard DW. Introduction: Analyzing interaction between doctors and patients in primary care encounters. In Heritage J. Maynard D. editors. Communication in medical care: Interaction between physicians and patients. Cambridge: Cambridge University Press; 2006. p 1-21
41. Domingues AC, Santiago LM, Rodrigues AR, et al. Cross-cultural adaptation and validation of the Jefferson Scale of Patient’s Perceptions of Physician Empathy (JSPPPE) for the Portuguese Population. Patient Prefer Adherence [Internet]. 2019 [cited 2021 Jun28]; 13: 1145–1152. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6646173/>
42. Hardy C. Clinical sympathy: the important role of affectivity in clinical practice. Med Health Care and Philos [Internet]. 2019 [cited 2021 Dez09]; 22: 499–513 Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11019-018-9872-8>. doi: <https://doi.org/10.1007/s11019-018-9872-8>
43. Pires BS. A empatia médica sentida pelo consulente: Correlação entre JSPPPE e EUROPEP (Doctoral dissertation, Universidade de Coimbra). [Internet] 2018 [cited 2022 Mai23]. Available from: <https://eg.uc.pt/handle/10316/82543>
44. Domingues AC, Santiago LM, Rodrigues AR, Pires B, Velho D, Ferreira PL. Cross-cultural adaptation and validation of the Jefferson Scale of Patient’s Perceptions of Physician Empathy (JSPPPE) for the Portuguese population. Patient

Prefer Adherence, 13, 1145. [Internet] 2019 [cited 2022 Mai23]. Available from:  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6646173/>

45. Kliszcz J, Nowicka-Sauer K, Trzeciak B, Nowak P, Sadowska A. Empathy In Health Care Providers—Validation Study Of The Polish Version Of The Jefferson Scale Of Empathy. *KRS Journal of Medicine* [Internet] 2021 [cited 2022 Jun19]; 1(2): 25-34. Available from: <http://krsjournal.com/index.php/krsjm/article/view/28>

46. Lertpimonchai A, Rattanasiri S, Vallibhakara S.AO, Attia J, Thakkinstian A. The association between oral hygiene and periodontitis: a systematic review and meta-analysis. *Int Dent J* [Internet]. 2017 [cited 2022 Jan18]; 67(6): 332-343. Available from:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0020653920318554>. doi: 10.1111/idj.12317

47. Tennert C, Reinmuth AC, Bremer K, Al-Ahmad A, Karygianni L, Hellwig E, Woelber JP An oral health optimized diet reduces the load of potential cariogenic and periodontal bacterial species in the supragingival oral plaque: A randomized controlled pilot study. *Microbiologyopen* [Internet]. 2020 [cited 2022 Jan18]; 9(8): e1056. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/mbo3.1056>. doi: 10.1002/mbo3.1056

48. Faustova MO, Ananieva MM, Basarab YO, Dobrobolska OV, Vovk IM, Loban GA. Bacterial factors of cariogenicity (literature review). *Wiadomosci Lekarskie* [Internet]. 2018 [cited 2022 Jan18]; 71 (2 pt 2): 378-382. Available from: <https://europepmc.org/article/med/29786589>

49. Echeverría JJ, Echeverría A, Caffesse RG. Adherence to supportive periodontal treatment. *Periodontol 2000*. [Internet]. 2019 [cited 2022 Jan18]; 79(1): 200-209. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/prd.12256>

50. Steffens JP, Marcantonio RAC. Classificação das doenças e condições periodontais e peri-implantares 2018: guia prático e pontos-chave. *Rev Odontol UNESP* [Internet] 2018 [cited 2021 Oct25]; 47(4): 189-197. Available from: <https://www.scielo.br/j/rounesp/a/F9F6gnVnNm6hFt6MBrJ6dHC/?format=html&lang=pt&stop=previous>. doi: <https://doi.org/10.1590/1807-2577.04704>

51. Reiniger AP, Maier J, Wikesjö UM, Moreira CH, Kantorski KZ. Correlation between dental plaque accumulation and gingival health in periodontal maintenance patients using short or extended personal oral hygiene intervals. *J Clin Periodontol*.

- [Internet] 2021 [cited 2022 Jan18]; 48(6): 834-842. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jcpe.13448>. doi: 10.1111/jcpe.13448
52. Rovai Silva E, Cortelli J. R, de Oliveira Campos IS. The effects of patient compliance in supportive periodontal therapy on tooth loss: a systematic review and meta-analysis. *J Int Acad Periodontol* [Internet]. 2021 [cited 2021 Oct24]; 23(1): 17-30. Available from: [https://scholar.google.com.br/scholar?hl=pt-PT&as\\_sdt=0%2C5&q=The+Effects+of+Patient+Compliance+in+++Supportive+Periodontal+Therapy+on+Tooth++Loss%3A+A+systematic+Review+and+Meta-analysis&btnG=](https://scholar.google.com.br/scholar?hl=pt-PT&as_sdt=0%2C5&q=The+Effects+of+Patient+Compliance+in+++Supportive+Periodontal+Therapy+on+Tooth++Loss%3A+A+systematic+Review+and+Meta-analysis&btnG=)
53. Ihara Y, Takeshita T, Kageyama S, Matsumi R, Asakawa M, Shibata Y, Yamashita Y. Identification of initial colonizing bacteria in dental plaques from young adults using full-length 16S rRNA gene sequencing. *mSystems*. [Internet]. 2019 [cited 2022 Jan18]; 4(5): e00360-19. Available from: <https://journals.asm.org/doi/full/10.1128/mSystems.00360-19>
54. Butera A, Maiorani C, Marandini A, Simonini M, Colnaghi A, Morittu S, et al. Assessment of Oral Microbiome Changes in Healthy and COVID-19-Affected Pregnant Women: A Narrative Review. *Microorganisms* [Internet. 2021]. [cited 2022 Jun13]; 9(11): 2385. Available from: <https://www.mdpi.com/2076-2607/9/11/2385>. Doi: <https://doi.org/10.3390/microorganisms9112385>
55. Dias JA, Costa AMDD, Terra FDS, Costa RD, Costa MD, Zanetti HHV. Avaliação do índice de placa bacteriana e sua relação com a condição física e o condicionamento das escovas dentais. *Odontol. Clín.-Cient. (Online)* [Internet]. 2010 [cited 2022 Jun13]; 9(3): 253-255. Available from: [http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1677-38882010000300014](http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-38882010000300014)
56. de Freitas Oliveira M, Zanchett S, Oliveira AWC. Avaliação do índice de placa visível antes e depois de sessões de educação em saúde bucal com crianças. *RAS* [Internet]. 2019 [cited 2022 Jun13]; 17(60). Available from: [https://www.seer.uscs.edu.br/index.php/revista\\_ciencias\\_saude/article/view/5429](https://www.seer.uscs.edu.br/index.php/revista_ciencias_saude/article/view/5429). doi: 10.13037/ras. vol17n60.5429
57. Costa FO, Cortelli Cavalca S, Costa Almeida A et al. Impact of compliance during periodontal maintenance therapy on oral health-related quality of life: A 6-year

- follow-up. *J dent* [Internet]. 2019 [cited 2021 Oct24]; 83: 50-55. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0300571219300405>
58. Monje A, Wang HL. Association of preventive maintenance therapy compliance and peri-implant diseases: a cross-sectional study. *J Periodontol* [Internet]. 2017 [cited 2021 Oct24]; 88(10): 1030-1041. Available from: <https://aap.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1902/jop.2017.170135>. doi: 10.1902/jop.2017.170135
59. Amerio E, Mainas G, Petrova D. Compliance with supportive periodontal/peri-implant therapy: A systematic review. *J Clin Periodontol* [Internet]. 2020 [cited 2021 Oct24]; 47(1): 81-100. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jcpe.13204>. doi: 10.1111/jcpe.13204
60. Bradley G, Sparks B, Nesdale D. Doctor communication style and patient outcomes: gender and age as moderators. *J Appl Soc Psychol* [Internet]. 2001 [cited 2021 Jun29]; 31(8): 1749-1773. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1559-1816.2001.tb02749.x>
61. Bernardo MO, Cecilio-Fernandes D, de Abreu Lima A.R, Silva JF, Ceccato HD, Costa MJ, & de Carvalho-Filho MA. Investigating the relation between self-assessment and patients' assessments of physicians-in-training empathy: a multicentric, observational, cross-sectional study in three teaching hospitals in Brazil. *BMJ open* [Internet] 2019 [cited 2022 Mai23]; 9(6): e029356.. Available from: <https://bmjopen.bmj.com/content/9/6/e029356.abstract>
62. Glaser KM, Markham FW, Adler HM, McManus PR, Hojat M. Relationships between scores on the Jefferson Scale of physician empathy, patient perceptions of physician empathy, and humanistic approaches to patient care: a validity study. [Internet] 2007 [cited 2022 Mai23]. Available from: <https://jdc.jefferson.edu/phbfp/58/>
63. Hojat M, Louis DZ, Maxwell K, Markham F, Wender R, Gonnella JS. Patient perceptions of physician empathy, satisfaction with physician, interpersonal trust, and compliance. *Int J Med Educ* [Internet] 2010 [cited 2022 Mai23]; 1: 83-87. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4205510/>
64. Fundação Francisco Manuel dos Santos. PORDATA [Internet]. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos. [updated 2021; cited 2022 Jun 24]. Available: <https://www.pordata.pt/Portugal/Alunos+matriculados+no+ensino+superior+total+e+por+sexo-1048>

65. Kane GC, Gotto JL, Mangione S, West S, Hojat M. Jefferson Scale of Patient's Perceptions of Physician Empathy: Preliminary Psychometric Data. *Croat Med J* [Internet]. 2007 [cited 2021 Jun28]; 48(1):81-86. Available from: [https://hrcak.srce.hr/index.php?id\\_clanak=9414&show=clanak](https://hrcak.srce.hr/index.php?id_clanak=9414&show=clanak)

# ANEXOS



## ANEXO 1 – QUESTIONÁRIO JSPPPE

### **Escala JSPPPE (Jefferson Scale of Patient Perceptions of Physician Empathy)**

Gostaríamos de saber o seu grau de concordância ou discordância com cada uma das seguintes frases acerca do seu médico que abaixo nomeamos.

Por favor, use a escala em sete pontos e anote a sua avaliação entre 1 e 7, fazendo um círculo no número com que mais se identifica para cada frase.

Na escala 1 significa que está em pleno desacordo e 7 que está em pleno acordo.

1.....2.....3.....4.....5.....6.....7

**Discordo Totalmente**

**Concordo totalmente**

**Por favor, não responda segundo o que sentiu nesta consulta mas de acordo com o que tem vindo a ser a sua relação com o seu médico.**

**1. Consegue compreender as coisas na minha perspetiva (ver as coisas como eu as vejo)**

1.....2.....3.....4.....5.....6.....7

**2. Pergunta acerca do que está a acontecer na minha vida diária**

1.....2.....3.....4.....5.....6.....7

**3. Parece preocupado acerca de mim e da minha família**

1.....2.....3.....4.....5.....6.....7

**4. Compreende as minhas emoções, sentimentos e preocupações**

1.....2.....3.....4.....5.....6.....7

**5. É um médico que me compreende**

1.....2.....3.....4.....5.....6.....7

JSPPPE – versão portuguesa validada, in Utnasunova K., Santiago L. M. Correlação entre escalas Care e JSPPPE e agradabilidade do consulente no seu preenchimento na avaliação da empatia médica. [master's thesis]. Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra; 2019.

## ANEXO 2 – QUESTIONÁRIO JSPE

**Instruções:** Por favor, leia cada uma das afirmações com atenção antes de responder e assinale cada item com **um e apenas um algarismo** apropriado na escala a 1 a 7 no espaço sublinhado disponibilizado imediatamente antes da afirmação.

	1 ..... 2.....3.....4.....5.....6.....7	
	Discordo fortemente	Concordo fortemente
1.	_____	A minha compreensão dos sentimentos dos meus pacientes e das suas famílias é um fator irrelevante para o tratamento médico ou cirúrgico.
2.	_____	Os meus pacientes sentem-se melhor quando eu compreendo o que eles sentem.
3.	_____	É difícil para mim ver as coisas pela perspetiva dos meus pacientes.
4.	_____	Considero que, na relação médico-doente, compreender a linguagem corporal do paciente é tao importante quanto a comunicação verbal.
5.	_____	Tenho um bom sentido de humor que, penso, contribui para um melhor resultado clínico.
6.	_____	Pelo facto das pessoas serem diferentes, é difícil para mim ver as coisas na perspetiva dos meus pacientes.
7.	_____	Tento não prestar atenção às emoções dos meus pacientes nas entrevistas e na colheita de histórias clínicas.
8.	_____	A atenção que dedico às experiências pessoais dos meus pacientes não influencia os resultados de tratamentos.
9.	_____	Tento imaginar-me no lugar dos meus pacientes quando estou a cuidar deles.
10.	_____	A minha compreensão dos sentimentos dos meus pacientes dá-lhes, a eles, uma sensação de legitimação que é terapêutica em si mesma.
11.	_____	As enfermidades dos doentes podem ser curadas apenas por tratamento médico ou cirúrgico; conseqüentemente, os laços afetivos que tenha com os meus pacientes não podem ter uma influência significativa nos resultados médicos ou cirúrgicos.
12.	_____	Considero que questionar os pacientes relativamente ao que se passa na sua vida pessoal é um fator sem importância para a compreensão das suas queixas de ordem física.
13.	_____	Tento compreender o que se passa na mente dos meus pacientes, prestando atenção à sua comunicação não-verbal e linguagem corporal.
14.	_____	Creio que as emoções não tem lugar no tratamento da doença médica.
15.	_____	A empatia é uma competência terapêutica sem a qual o sucesso no tratamento é limitado.
16.	_____	Uma componente importante do relacionamento com os meus pacientes é a minha compreensão do seu estado emocional e o das suas famílias.
17.	_____	Tento pensar como os meus pacientes, para que lhes possa prestar melhores cuidados.
18.	_____	Não me deixo influenciar por ligações fortes de natureza pessoal entre os pacientes e os seus familiares.
19.	_____	Não aprecio arte nem literatura que não seja médica.
20.	_____	Acredito que a empatia é um fator terapêutico importante no tratamento médico.

## ANEXO 3 – DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO



### DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO

*De acordo com a Declaração de Helsínquia e a Convenção de Oviedo.*

*Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorreto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe é feita, queira assinar este documento.*

**Título do estudo:** “A RELAÇÃO EMPATIA - EFICÁCIA TERAPÊUTICA EM PERIODONTOLOGIA”

**Enquadramento:** Estudo realizado com o fim de obtenção do grau de Mestre em Medicina Dentária, pela aluna Giorgia Palermo, orientada pelo Prof<sup>a</sup> Doutora Filomena Capucho e coorientada pelo Prof<sup>o</sup> Doutor Gustavo Fernandes.

#### **Explicação do estudo**

A periodontite é uma das principais causas de perda dentária em adultos.

Para tratar e prevenir a periodontite é essencial a colaboração ativa do paciente. No entanto, esta colaboração depende em muito das boas relações que se estabelecem entre o médico e o doente, através da comunicação.

O objetivo principal deste trabalho é estudar a relação entre a saúde oral dos pacientes com doença periodontal, entre os 18 e os 65 anos de idade, e a boa comunicação estabelecida com o seu médico-dentista.

**Condições e financiamento:** A participação neste estudo é **totalmente voluntária**, não acarretando quaisquer custos, **podendo retirar o seu consentimento em qualquer etapa do estudo**, sem necessidade de facultar explicações aos seus responsáveis, e com a total ausência de prejuízos, assistenciais ou outros, caso não queira participar e podendo ter acesso e correção aos dados recolhidos pelo participante.

Ao decidir participar pode colocar todas as questões que considerar necessárias para o seu esclarecimento.

**Confidencialidade e anonimato:** Os dados recolhidos são de uso exclusivo dos responsáveis envolvidos no estudo e serão tratados de modo a garantir a sua confidencialidade. O período de recolha de dados será de 7 meses, sendo o período de tempo para a guarda da informação recolhida de 5 anos. A análise dos dados será efetuada em ambiente que garanta a total privacidade dos mesmos.

Para qualquer esclarecimento adicional deve contactar:

Filomena Capucho

Contato: fcapucho@ucp.pt, 963014690  
2021

Viseu, 23 de novembro de

---

Filomena Capucho (Investigadora  
Principal)



**Data Protection Officer – UCP :**

Dra. Frederica Campos de Carvalho Contacto telefónico: +351 217214179

E-mail: compliance.rgpd@ucp.pt

**Consentimento informado**

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela pessoa que acima assina. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito que os dados recolhidos sejam divulgados sob forma de publicação científica, desde que a minha identidade seja mantida confidencial.

SE NÃO FOR O PRÓPRIO A ASSINAR POR INCAPACIDADE

NOME: \_\_\_\_\_

BI/CC Nº: \_\_\_\_\_ DATA OU VALIDADE: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

GRAU DE PARENTESCO OU TIPO DE REPRESENTAÇÃO: \_\_\_\_\_

ASSINATURA \_\_\_\_\_

Nome do participante no estudo.

Assinatura: \_\_\_\_\_ . Data: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

Nome do investigador responsável.

Assinatura: \_\_\_\_\_ . Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## ANEXO 4 – MODELO DE FOLHA DE REGISTO DOS DADOS DOS PACIENTES



UNIVERSIDADE  
CATOLICA  
PORTUGUESA

**Título do estudo:** “A RELAÇÃO EMPATIA - EFICÁCIA TERAPÊUTICA EM PERIODONTOLOGIA”

Folha de registo dos dados clínicos dos pacientes

<i>Código do paciente</i>	<i>1ª data de avaliação</i>	<i>Índice de placa</i>	<i>2ª data de avaliação</i>	<i>Índice de placa</i>	<i>Comentário</i>
<i>P1</i>					
<i>Pn</i>					

## ANEXO 5 – PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA SOBRE O PROJETO



UNIVERSIDADE  
CATÓLICA  
PORTUGUESA

### Parecer sobre o projeto nº 179

Comissão de Ética para a Saúde da Universidade Católica Portuguesa  
Mandato 2019/2023

#### Projeto de Investigação

Na reunião do dia 24 de março de 2022 a CES-UCP esteve reunida e apreciou do ponto de vista ético os elementos submetidos pela investigadora principal, em resposta a parecer prévio da CES. Após apreciação redige o parecer que agora se apresenta.

#### Título: A Relação Empatia-Eficácia Terapêutica em Periodontologia

Estudo a desenvolver no programa de Mestrado Integrado em Medicina Dentária da UCP (Viseu), aautorizado pelo C. Científico.

Dado que se trata de um estudo exploratório, prevê-se que este projeto tenha continuidade nos dois anos subsequentes.

**Investigador Principal e orientadora: Maria Filomena Dias Capucho**, Professora Auxiliar Convidada da Faculdade de Medicina Dentária da UCP

**Co-orientador: Gustavo Fernandes**, Prof. Auxiliar na FMD, UCP, Viseu

**Equipa de Investigação: Giorgia Palermo e Nuno Bernardo Malta dos Santos**

Estão presentes os CVs de toda a equipa.

**Fundamentação:** A periodontite é uma das principais causas de perda dentária em adultos. Trata-se de uma doença inflamatória crónica, multifatorial, associada com biofilme disbiótico que atinge o aparelho de suporte do dente. Clinicamente é caracterizada por perda de inserção em dois ou mais sítios interproximais não adjacentes ou perda de inserção de 3mm ou mais, na região vestibular ou lingual/palatina em pelo menos dois dentes.

Em geral, o tratamento periodontal pode compreender dois tratamentos diferentes: a terapia periodontal ativa e a terapia de suporte periodontal. Enquanto a primeira controla o processo inflamatório por meio de remoção mecânica do biofilme e oferece um ambiente favorável à saúde do tecido periodontal, a segunda visa a manutenção da saúde periodontal alcançada pela primeira e consiste no rechamamento de 3-6 meses, 12 meses ou até 18 meses, de acordo com o risco do indivíduo, controlo de placa, reavaliação e motivação de higiene oral. Apesar dos benefícios da terapia de suporte periodontal, estudos relatam uma baixa taxa de adesão dos doentes («50%).

A falta de compliance deve-se frequentemente à falta de informação e motivação do doente.

A forma simplista, negativa, com que muitas vezes os médicos dentistas se relacionam com os pacientes pode aumentar o sofrimento destes e a dificuldade na sua colaboração.

Uma comunicação empática eficaz entre médico dentista e paciente conduz a uma maior compliance deste, tornando-se fundamental para a terapia de suporte em Periodontologia.

#### Objetivos:

O objetivo principal deste trabalho é correlacionar a saúde oral dos pacientes com doença periodontal, entre os 18 e os 65 anos de idade, com a comunicação empática estabelecida com o seu médico dentista.



UNIVERSIDADE  
CATOLICA  
PORTUGUESA

**Estiveram presentes na reunião nº 38 da CES-UCP**

Presidente: Doutora Mara de Sousa Freitas

Vice-Presidente: Doutora Teresa Marques

Doutor Jerónimo Santos Trigo

Doutora Ana Mineiro

Doutora Marta Brites

Mestre Ivone Gaspar

**Conclusão**

Ouvido o Relator, e o plenário da reunião de 24 de março de 2022, realizada por videoconferência, esta CES delibera, por unanimidade, aceitar os esclarecimentos enviados e emitir **Parecer Favorável**.

Esta CES solicita à Investigadora Principal que, aquando da conclusão do estudo, lhe seja enviada uma síntese dos resultados obtidos e respetivas conclusões, via eletrónica, para o correio eletrónico da CES UCP.

A Presidente,

*Mara de Sousa Freitas*

\_\_\_\_\_  
Mara de Sousa Freitas

24/03/2022