

Ana Maria Ribeiro Candeias

O Marketing em Medicina Dentária e a
Avaliação das Expectativas Estéticas dos
Pacientes

Universidade Fernando Pessoa

Porto 2008

Ana Maria Ribeiro Candeias

O Marketing em Medicina Dentária e a
Avaliação das Expectativas Estéticas dos
Pacientes

Universidade Fernando Pessoa

Porto 2008

Ana Maria Ribeiro Candeias

O Marketing em Medicina Dentária e a Avaliação das Expectativas Estéticas dos Pacientes

Assinatura: _____

Monografia apresentada à Universidade Fernando Pessoa
como parte dos requisitos para obtenção do grau de
Licenciada em Medicina Dentária.

Resumo

O fenómeno do Marketing Pessoal tem vindo a assumir especial preponderância na vida das pessoas. A relação entre a atractividade física e o sucesso profissional e social têm sido objecto de estudo em diversos trabalhos.

O propósito deste trabalho foi o de estabelecer uma relação entre o conceito de Marketing Pessoal e a Medicina Dentária Estética. Para além disso, é testada, empiricamente, a hipótese de existir uma relação entre o Grau de satisfação Estética dentária e a pretensa a uma dada Classe Socioeconómica. Para tal, realizou-se um questionário a 327 indivíduos. O questionário foi adaptado do *Personalized Esthetic Evaluation da UCLA Center for Esthetic Dentistry*.

Os resultados evidenciam que existem diferenças quer no grau de satisfação das classes sócio-económicas, quer nos parâmetros valorizados para melhorar a aparência estética.

Abstract

The phenomenon of Personnel Marketing has taken a special importance in people's lives. The relationship between physical attractiveness and professional and social success has been the subject of study.

The purpose of this study was to establish a link between the concept of Personnel Marketing and Aesthetic Dental Medicine. Moreover, it is tested, empirically, the assumption that there is a relationship between the degree of Aesthetic dentistry satisfaction and a particular social class. To this end, we did a questionnaire to 327 individuals. The questionnaire was adapted from Personalized Esthetic Evaluation of the UCLA Center for Esthetic Dentistry.

The results evidence that differences exist in the degree of satisfaction of the social classes, and in the valued parameters to improve the aesthetic appearance.

Índice

I – INTRODUÇÃO	1
II – DESENVOLVIMENTO	4
1 – O Marketing em Medicina Dentária	4
1.1- Considerações acerca do Marketing nas organizações.....	4
1.1.1- O Marketing	5
1.1.2 – O Marketing Pessoal	6
1.2 – Considerações Estéticas e a Medicina Dentária	10
1.2.1 – A Estética	10
1.2.2 – A Estética em Medicina Dentária.....	12
1.3 – Gestão da Prestação de Serviços de Medicina Dentária	22
1.3.1– O Marketing de Serviços	22
1.3.2 – A Qualidade versus Satisfação	25
1.3.3 – Gestão da Relação com Clientes	27
1.3.4 – Gestão das Expectativas	30
1.4 – Ética em Cuidados de Saúde	33
2 – Material e Métodos.....	38
2.1 - Tipo de estudo	38
2.2 – Amostra	38
2.3 – Instrumento de recolha de dados	39
3 – Resultados	42
4 – Discussão	53
III- CONCLUSÕES	56
IV- BIBLIOGRAFIA	58
V- ANEXOS	

I – INTRODUÇÃO

“... até há alguns anos, a preocupação do Médico Dentista centrava-se no tratamento de patologias funcionais, em detrimento da sua responsabilidade pelo sorriso do paciente. Já na actualidade, a estética e a função têm a mesma importância.” Fortes (1995, p. 394).

O trabalho que nos propomos realizar visa integrar a Medicina Dentária num contexto em que as necessidades dos pacientes vão para além dos tratamentos funcionais. Nesse sentido, efectua-se uma interligação entre o Marketing Pessoal e a Medicina Dentária Estética.

O desenvolvimento de técnicas de Marketing Pessoal e a sua interdependência com a necessidade de criar uma imagem agradável, implica que a prestação de cuidados de Medicina Dentária não se confine à prevenção e eliminação da doença. A cavidade oral é um elemento facial de relevo devendo por isso, obedecer a princípios estéticos. No âmbito da estética facial e, particularmente no caso da Medicina Dentária, será da maior importância avaliar e reconhecer os requisitos morfológicos que interferem e influenciam a estética oral e facial. A proliferação de serviços na área de Medicina Dentária Estética é indissociável da consciencialização individual crescente da importância do Marketing Pessoal. Hoje, a gestão da carreira não se cinge aos conhecimentos e às competências adquiridas mas extrapola-se para o domínio da imagem (Klages, 2004).

O prestador do serviço neste caso o Médico Dentista que pretenda ser competitivo num mercado de crescente oferta e, como tal, concorrencial, não pode alhear-se de tal realidade. O conhecimento dos conceitos básicos de marketing bem como o domínio das suas ferramentas são hoje vitais para os profissionais desta área particular da Saúde.

A escolha deste tema pautou-se pela curiosidade da autora em estabelecer um relacionamento entre a licenciatura que possui, Gestão de Marketing, e a Medicina Dentária.

Este trabalho tem como principais objectivos definir Marketing e enumerar e descrever as principais ferramentas de marketing aplicáveis na Saúde, particularmente na Medicina Dentária. Tem ainda como propósito avaliar as expectativas e satisfação pessoal, em pacientes de Medicina Dentária, relativamente à estética facial, com particular ênfase na estética dentária e verificar as diferenças na satisfação entre classes sociais, nos diversos parâmetros avaliados.

Assim, o trabalho encontra-se organizado em cinco sub-capítulos distintos que se distribuem pela revisão de literatura e investigação empírica. O primeiro é direccionado para os aspectos introdutórios, começando pela análise de algumas propostas de definição de Marketing. De seguida, particulariza-se a questão do Marketing Pessoal descrevendo algumas das suas principais ferramentas. O sub-capítulo dois pretende abordar a questão da estética em Medicina Dentária de uma forma geral e, posteriormente, direccionando-a para parâmetros aplicados ao contexto da Medicina Dentária. O tema da gestão da prestação de serviços em Medicina Dentária é referenciado no terceiro sub-capítulo. Nesse âmbito, analisam-se um conjunto de ferramentas passíveis de serem utilizadas na gestão de um serviço de saúde particularmente aspectos ligados à qualidade/satisfação e gestão de expectativas como factores de relevo. No sub-capítulo quatro entendemos ser imprescindível abordar a questão da Ética enquanto factor essencial na regulação da relação que se estabelece entre Médico Dentista e paciente. O sub-capítulo cinco é dedicado à adaptação de um instrumento de avaliação da satisfação estética, descrevendo-se os principais dados da investigação que ajudam a enquadrar os resultados obtidos, relativos à relação estabelecida entre a satisfação estética de classes sociais distintas numa amostra de utentes com idades variadas. Incluído ainda na parte experimental deste trabalho, encontra-se a análise dos resultados obtidos. Finalmente, é feita uma reflexão acerca das conclusões da investigação efectuada.

A pesquisa bibliográfica foi realizada através dos motores de busca *End-Note*, *B-on*, *Medline*, *Google*, *Scielo*, *Science Direct* e nas bibliotecas da Universidade Fernando Pessoa, Universidade de Medicina Dentária do Porto, Universidade de Economia da Faculdade do Porto e Instituto Português de Administração e Marketing. Para que a pesquisa fosse efectiva foram utilizadas palavras-chave como: Estética, Medicina

Dentária Estética, Marketing de Serviços, Marketing Pessoal e Satisfação, sendo dada preferência a artigos publicados nas últimas duas décadas.

As conclusões evidenciadas pelo questionário são inequívocas. A preocupação com a Estética, quer facial quer especificamente dentária, são transversais ao género, à faixa etária e às classes sócio-económicas. Nestas últimas, a análise dos resultados permitiu registar diferenças significativas entre as classes I, II e III de Graffar e as restantes classes sociais, no que concerne ao grau de satisfação estética ao nível dentário.

Estas conclusões não poderão deixar indiferentes os profissionais de Medicina Dentária que trabalham a estética. O domínio dos conceitos de Marketing Pessoal, Satisfação e de Gestão de Expectativas terão de estar bem presentes no decorrer da actividade profissional. Num mercado cada vez mais concorrencial estes dados poderão constituir uma questão de sobrevivência.

II – DESENVOLVIMENTO

1 – O Marketing em Medicina Dentária

1.1- Considerações acerca do Marketing nas organizações

O século XX foi denominado por grandes alterações ao nível das organizações. O primado da produção deu lugar ao da comunicação. Um breve percurso sobre a história da teoria das organizações permite compreender tal mudança. No início do século, a concepção das organizações tinha como suporte as teorias clássicas, vigentes até finais dos anos 30 (Sousa, 1999). Estas teorias encontram-se ligadas ao aparecimento de grandes organizações e são preconizadas por autores como Taylor, Fayol e Weber (Ferreira, 1997). Os seus trabalhos científicos têm como propósito descobrir regras ideais para o funcionamento de uma organização, debruçando-se, exclusivamente, sobre a função produção, numa altura em que as tecnologias da produção são incipientes e surgem então as primeiras linhas de produção. Apesar de podermos encontrar aspectos contraditórios nestes autores, existem três aspectos consensuais, nomeadamente a descoberta das regras de funcionamento ideais, a visão da organização como um sistema fechado e o indivíduo, como complemento da máquina, podendo contribuir para a optimização do sistema de produção (Ferreira, 1997).

Nas décadas de 50 a 70, surge a abordagem comportamentalista e a abordagem “pragmática”. A abordagem comportamentalista ou “teoria das relações humanas” enfatiza o papel do homem na organização, partindo da premissa de que a compreensão de uma organização se realiza na avaliação dos indivíduos que a compõem, por um lado, e de que as organizações se devem estruturar em função dos indivíduos que nela trabalham. Por outro lado, esta abordagem integra-se num contexto em que o indivíduo deixa de ser operário indiferenciado, apresentando um nível cultural e expectativas diferentes do primeiro. Assim sendo, o indivíduo desempenha vários papéis e o estudo do seu comportamento e das suas motivações será essencial no seio da organização (Sousa, 1997).

A abordagem pragmática surge nos anos 50 e integra as abordagens clássica e comportamentalista centrando-se na eficiência da prática de gestão (Ferreira, 1997).

Em plena década de 70 surge a abordagem sistémica que passa a conceber a organização como um sistema aberto, na qual esta interage em permanência com o contexto em que se insere. Daqui decorre a ideia de que a empresa é influenciada e influencia a sua envolvente. As preocupações da empresa deixaram de estar exclusivamente centradas no seu interior e a sua estratégia desenvolve-se no sentido de articular a gestão das operações com o desenvolvimento dos mercados. O mercado local onde os agentes económicos se encontram está em constante mutação pelo que a empresa deve estar atenta para responder a tais mudanças (Kotler, 1992).

O final do século XX caracteriza-se por transformações muito rápidas. A globalização e o desenvolvimento tecnológico introduziram alterações irreversíveis nas sociedades. A rapidez com que a informação circula fez com que o processo de comunicação se afirmasse como primordial na sociedade. As organizações centram a sua atenção no mercado e no cliente. Assim, a empresa deverá compreender o mercado, encontrar uma forma de o satisfazer e de o fidelizar. Este é o papel do marketing numa organização.

1.1.1- O Marketing

Definição de Marketing

A evolução do contexto em que se movem as organizações conduziu à necessidade destas terem conhecimento profundo acerca do mercado. O marketing constitui uma função da empresa que tem como objectivo identificar as necessidades dos consumidores, produzir bens ou prestar serviços que os satisfaçam, de tal forma que os possam fidelizar (Kotler, 1991). O mesmo autor refere que o constante bombardeamento de *spots* publicitários *flayers* e promoções diários através de meios como a televisão, conduzem a um pensamento de relacionamento directo do marketing com as vendas. No entanto, vender é um pequeno objectivo do marketing dado que se um profissional de marketing identificar as necessidades do consumidor, conseguir desenvolver um produto/serviço que satisfaça essa necessidade, atribuir-lhe um preço

ideal, distribuí-lo e promovê-lo com eficácia, a aquisição do produto ou serviço é espontânea e, como tal, a venda é facilitada (Kotler, 1999).

No mesmo sentido, a *American Marketing Association* (1985) definiu Marketing como sendo: “... o processo de planeamento e execução da concepção, definição de preços, promoção e distribuição de ideias, bens e/ou serviços para criar trocas que satisfaçam objectivos individuais e organizacionais.” (AMA, <http://www.marketingpower.com> 1985).

Neste sentido, o marketing é uma função que se situa a montante e a jusante da função de produção. A montante o marketing intervém na pesquisa de mercado tentando encontrar lacunas no mesmo. A descoberta destas lacunas permitirá desenvolver novos produtos e/ou serviços de forma a suprir as necessidades dos consumidores. No entanto, o marketing não se esgota aqui. A jusante cabe-lhe o papel de definir estratégias de actuação no mercado ao nível do produto/serviço, do preço, da promoção e da distribuição (Drucker, 2003).

Actualmente, o conceito de marketing aplica-se a qualquer realidade desde as relações sociais até às actividades com ou sem fins lucrativos. O marketing contribui quer para a expansão das empresas como para a expansão e crescimento profissional dos indivíduos. O desenvolvimento da prática de marketing conduziu a novos conceitos como o marketing de relacionamento, o marketing directo ou o marketing pessoal, entre outros (Kotler, 1999).

1.1.2 – O Marketing Pessoal

Num mundo global e cada vez mais competitivo, a questão da empregabilidade é cada vez mais preocupante. Não basta estar empregado, é necessário ser-se empregável ou seja, é necessário acompanhar as mudanças e estar em permanente processo de formação para reforçar os conhecimentos e incrementar as competências profissionais.

O marketing pessoal surge como uma actuação estratégica com objectivos bem delineados com vista ao sucesso profissional. A este propósito, McCaffrey afirma que:

“... o que separa milhões de pessoas e *experts* não é necessariamente a competência. A competência técnica é importante, mas o que os diferencia no mercado é a imagem...” (McCaffrey, 1982, p. 10).

Na prática de marketing pessoal as acções devem dirigir-se em função de determinada procura. Nesse sentido, o esforço pessoal que deve ser feito para evidenciar as suas características, deve ser assente numa determinada necessidade, para que assim possa provocar valor aos clientes. Quando um cliente percebe os benefícios que lhe são dados, ele compreende o valor e assume os custos (Kotler, 1997).

Peters reitera a importância do marketing pessoal afirmando que este “... fortalece o crescimento pessoal e profissional da “marca” da pessoa.” O autor defende que a capacidade que cada um tem de atrair e manter relacionamentos pessoais e profissionais entre a equipa, com os clientes, enfim, com todos os que o rodeiam, de forma permanente, se traduz em ciclos de necessidades mútuas e através das quais se pode obter a satisfação de todos (Peters, 2000, p. 72).

A definição de marketing pessoal surge normalmente associada à imagem. No entanto, o marketing pessoal vai muito além deste aspecto, ainda que, como é óbvio, o integre. O marketing pessoal permite aos indivíduos estabelecerem estratégias que assegurem um retorno compatível com os esforços por si dispendidos. O marketing pessoal não se confina não só à área profissional, estendendo-se também à vida pessoal do indivíduo dado que estas estão intimamente ligadas (Limeira, 2004, p. 8).

Davidson destaca a importância da existência de um plano de marketing pessoal com metas e objectivos bem definidos, salientando que existem vícios e defeitos que podem resultar numa redução de produtividade. A aparência, a expressão facial e a linguagem corporal constituem aspectos que são de imediato visionados pelos outros, e que podem influenciar a necessidade de se possuir uma boa imagem. Num primeiro encontro, no qual as pessoas ainda não formaram opinião em relação ao profissional, a necessidade de este ter uma boa imagem passa a ser fundamental para o início de uma relação com credibilidade. A eficiência do marketing pessoal, assente no auto-conhecimento e no aperfeiçoamento pessoal, é de extrema importância porque acima de tudo, o marketing

peçoal é um processo de desenvolvimento pessoal e o sucesso apenas uma consequência (Davidson, 1999).

O emergir do conceito de marketing pessoal conduziu ao desenvolvimento de técnicas que permitem consubstanciar uma estratégia (Bordin, 2002).

O planeamento da carreira profissional é sem dúvida um aspecto de relevo, constituindo um ponto de partida, não só no que concerne à avaliação do momento presente como na definição de objectivos e metas para o futuro. Júlio propõe a aplicação da análise SWOT ao marketing pessoal. Esta análise permite identificar no indivíduo os seus pontos fortes (*Strengths*), pontos fracos (*Weaknesses*), encontrar oportunidades (*Opportunities*) e ameaças (*Threats*). A construção e análise deste mapa, contribuirá para que o indivíduo possa compreender onde se encontra. A partir daí, poderá melhorar ou eliminar os seus pontos fracos, potenciar os seus pontos fortes, aproveitar as oportunidades e transformar as ameaças em oportunidades. O plano de carreira deve ser permanentemente actualizado, uma vez que não é estanque da realidade que o envolve (Júlio, 2002).

Outra técnica não menos importante é a participação em eventos e a publicação de livros e de artigos científicos (McCaffrey, 1983). Esta torna-se fundamental na era da informação e da comunicação, onde comunicar passa a ser um imperativo de sucesso. McCaffrey afirma que a elaboração e publicação de artigos permite ganhar visibilidade e exposição de forma respeitosa e confiável. Para além disso, constitui uma forma de divulgar a sua marca no mercado e mostrar conhecimento (McCaffrey, 1983, p. 22).

A conduta ética é outro aspecto que não deve ser descorado. McCaffrey afirma que “*O carácter, a conduta ética, e as actividades fora do trabalho são frequentemente subconscientemente percebidas pelo interlocutor como um reflexo da competência e da capacidade que a pessoa tem de gerir negócios.*” No exercício da profissão de Médico Dentista, a ética é um aspecto primordial, regulado pelo sector, pelo que merecerá um espaço próprio e alargado neste trabalho (McCaffrey, 1983, p. 106).

Uma outra valiosa ferramenta ao nível do marketing pessoal é a habilidade para lidar com os outros, isto é, a capacidade de desenvolver bons relacionamentos torna-se imprescindível na criação de vínculos. O domínio de técnicas não verbais como ser simpático e agradável, ser cordial e sorridente, além de possuir uma aparência agradável mediante o cargo desempenhado, ajudam a construir uma boa imagem podendo, deste modo, quebrar algumas barreiras no relacionamento interpessoal (Bogman, 2001).

Outros dois elementos decisivos para a formação da imagem do indivíduo são a postura e a sua aparência física (Bogman, 2001). A semelhança da embalagem de um produto, que permite ao consumidor não só identificá-lo como construir uma percepção do mesmo, quando vemos um indivíduo o mesmo acontece. Assim, a primeira impressão é fundamental e poderá condicionar o relacionamento interpessoal de forma decisiva. Este processo é bilateral e influenciará o nosso comportamento, tendo implicações imediatas na forma como interagimos. Em função das características que percebemos, desenvolvemos um parecer, ou admiramos ou rejeitamos, sendo que as primeiras impressões facilitarão ou não a comunicação (Fachada, 2000). A relação futura será fortemente condicionada pelas primeiras impressões, dado que, nos encontros seguintes haverá sempre uma tendência, ainda que inconsciente, para confirmá-las mesmo que as evidências mostrem o contrário (Fachada, 2000). A este propósito, Goldestein afirma que a vontade que as pessoas têm de se sentirem atraentes não pode ser visto como vaidade. A competitividade que cada vez mais sobressai em termos económicos, sociais e sexuais leva a que a satisfação pessoal com a sua própria aparência se torne numa necessidade. A face constituiu a porção do corpo que é mais exposta, e a boca assume um papel importante tendo os dentes vindo a ser alvo de atenção particular. Segundo Goldestein a justificação para o recurso ao tratamento médico dentário estético é baseada em cinco aspectos nomeadamente:

- 1) a aceitação social;
- 2) a diminuição do medo;
- 3) a aceitação intelectual;
- 4) o orgulho pessoal;
- 5) os benefícios biológicos (Goldestein, 2000).

1.2 – Considerações Estéticas e a Medicina Dentária

“*Your smile says it all*” (American Academy of Cosmetic Dentistry, 2008).

1.2.1 – A Estética

Com a evolução da civilização humana a relação de proximidade entre o ser e a estética tem sido acentuada. A estética tem vindo a assumir particular importância na sociedade uma vez que produz sentimentos cujo efeito se traduzirá em aceitação ou censura social.

A crescente influência dos média na definição de padrões estéticos, expondo caras bonitas e sorrisos brilhantes, tem vindo a pressionar os indivíduos a preocuparem-se com a face e com os dentes fazendo emergir a estética, enquanto área médica. Em todo o mundo, cirurgiões e médicos dentistas têm desenvolvido técnicas que permitem melhorar a aparência dos pacientes (Kokich, 2006).

Segundo Chain et al. (2000) a estética promove um prazer diferente daquele que advém do agradável, do bom e do útil. O que é universalmente agradável e não está relacionado com quaisquer juízos morais, pragmáticos ou de valor traduz-se no belo. Este é independente da atracção sensível, bem como de concepções como a perfeição ou a utilidade. No entanto, há que salientar o facto da concepção do belo ser influenciada por diversos factores como sejam os étnicos, individuais, culturais, etc. (Rufenach, 1998; Chain, 2000).

A tomada de conhecimento sensorial relativamente à beleza facial é bastante influenciada por aspectos psicológicos e pode ser modificada pelo conhecimento. Assim, o poder, a fama e a riqueza fazem aumentar essa percepção (Gil, 2001). Crawford alega que a “*Beleza, dentro de certo grau, permanece nos olhos de quem a contempla.*” (Crawford, 1991, p.14).

Na actualidade, lidamos diariamente com conceitos de beleza quase que impostos pela sociedade. A estética pode ter grande influência quando decidimos qual a actividade

profissional que escolhemos. Como tal, torna-se impreterível analisar e conhecer quais os critérios de beleza que na sociedade são aceites, e até mesmo desejados, tendo a face especial relevância (Crawford, 1991). Segundo Becker et al. a face é o ponto primário de identificação, para além de ser uma fonte de comunicação verbal ou não verbal (Becker, 2000).

O sorriso tem estado directamente relacionado com a estética, constituindo provas deste facto as descobertas arqueológicas no Egipto e da Civilização Maia, estudos da cultura japonesa e do garimpeiro da Serra Pelada que faziam aplicações de ouro nos dentes de forma a demonstrar ostentação (Micheli, 1987).

Algumas pesquisas realizadas com crianças recém nascidas evidenciam que estas preferem observar faces humanas, descorando os objectos que os rodeiam, podendo este ser o ponto explicativo para o mecanismo inato de reconhecer e identificar as características faciais humanas, uma vez que as pessoas interagem face com face (Bruce e Young, 1998).

A face constitui a região do corpo humano mais expressiva, para além de ser o canal de comunicação por excelência. A realização de estudos com o objectivo de analisar a percepção das pessoas relativamente à “atração” facial permitiu concluir que pessoas que possuíam “atração” facial alta eram consideradas pessoas mais competentes e adequadas sendo favorecidas, enquanto que pessoas consideradas de “atração” facial baixa eram tidas como menos adequadas (Omote, 1991).

A face é ilustrativa de todas as emoções quer elas sejam boas ou más, isto porque os músculos faciais reagem aos estímulos traduzindo-os em expressões faciais de felicidade, de tristeza, de alegria, de frustração, entre outras, que são interpretadas por quem as vê. Como na maioria das culturas o rosto está sempre exposto, torna-se complicado esconder as expressões faciais (Jacobson, 1984). Hungerford salienta que *“Por meio da face, a pessoa sente-se exposta e vulnerável. A expressão facial pode tornar-se um alvo de ansiedade.”* (Hungerford, 2000, p. 7).

1.2.2 – A Estética em Medicina Dentária

Actualmente, a Medicina Dentária não se confina ao tratamento da doença, começando a prática da Medicina Dentária estética a ter um papel cada vez mais relevante, já que inclui também técnicas que permitem melhorar a saúde oral do paciente. A aceitação destas práticas tem sido crescente e, para tal, muito contribuiu a evolução do estado da arte cada vez menos invasiva (Kokich, 2006).

Cross e Cross (1971) realizaram um estudo de forma a avaliar a importância das diversas áreas que constituem a face, no que se referia à estética do rosto. Foram entrevistadas crianças e adultos não tendo havido diferenças significativas que justificassem a análise diferencial entre idades. Assim, as áreas da face que obtiveram maior relevo foram os olhos (34%), a cavidade oral e/ou sorriso (31%), as proporções da face ou configuração da face (15%), o cabelo (10%), a cor da pele (5%) e o formato do nariz (5%) (Cross, 1971).

Segundo Brisman (1980) e Chain et al. (2000) a estética na Medicina Dentária relaciona-se de forma directa com o senso de estética do homem, o qual varia de acordo com a cultura que o rodeia (Brisman, 1980; Chain, 2000).

Fortes reitera e conclui: “... até há alguns anos, a preocupação do Médico Dentista centrava-se no tratamento de patologias funcionais, em detrimento da sua responsabilidade pelo sorriso do paciente. Já na actualidade, a estética e a função têm a mesma importância.” (Fortes, 1995, p. 394).

Falar de estética não é fácil dado que é algo dotado de uma enorme subjectividade e, como tal, a abordagem de um paciente que se dirige ao seu Médico Dentista por questões estéticas deve ser completamente diferente daquele que procura o tratamento por sofrimento e por dor (Crispin, 1998).

Fortes (1995) e Rufenach (1998) falam do tratamento estético como uma das formas de atingir o bem-estar e a saúde plena, uma vez que a estética actua na aparência, a qual

por sua vez se reflecte nos componentes psicológicos do paciente, fomentando a auto-estima e a autoconfiança (Fortes, 1995; Rufenach, 1998).

O principal factor que leva a que as pessoas procurem tratamentos de reabilitação estética na Medicina Dentária prende-se com a vaidade, a insegurança, a auto-imagem, a aceitação intelectual e social e os benefícios biológicos que esta ciência pode proporcionar (Chain, 2000; Limberte, 2003).

A simetria facial, a forma, o tamanho e a cor dentes bem como a estética do sorriso são parâmetros com os quais o Médico Dentista lida diariamente e os quais deve dominar para que, na sua comunicação com o paciente, os possa expor de forma clara podendo assim orientar e gerir as expectativas do paciente, segundo um plano de tratamento que seja o mais adequado a cada caso (Bennett, 2001).

1.2.2.1 – Simetria Facial

Perrett et al., Rhodes et al. e Mealey et al. estudaram os possíveis indicadores físicos da simetria facial, particularmente a assimetria de expressão, proporções entre os elementos faciais, direcção do olhar, distância entre os olhos, comprimento da face, tamanho da boca, posição das bochechas, entre outros, que combinam a atracção da aparência facial às características físicas dos pacientes e, até mesmo, ao género dos mesmos (Perrett, 1994; Rhodes, 1998; Mealey, 1999).

A simetria facial é considerada por muitos autores como um sinal de qualidade genética e um aspecto importante na beleza e atractividade de um indivíduo, traduzindo-se muitas vezes na ideia que a simetria facial é algo que se deve atingir. Todavia, a assimetria pode ser considerada normal se numa proporção harmoniosa (Bruce e Young, 1998; Penton-voak, 2000; Rhodes, 1998). Esta assimetria é designada de flutuante se engloba pequenas diferenças entre a hemi-face esquerda e a direita, que tendem a parecer simétricas numa dada população (Perret, 1999; Friedenberg, 2001).

A estética é comumente conseguida através de uma assimetria individual na cor do rosto, forma e linhas faciais, visivelmente analisadas quando se espelha a imagem da

hemi-face, o que revela um rosto completamente diferenciado do original. Assim, percebe-se que o cuidado muitas vezes tido pelo Médico Dentista numa reabilitação com base na simetria facial deve ter em atenção a diferença entre o ideal e o esteticamente agradável (Rufenach, 1998). Esta ideia teve como base um estudo que envolveu três rostos, os quais foram espelhados, permitindo concluir que faces assimétricas podem ser consideradas belas no entanto, se excessivamente simétricas modificam esta reflexão (Peck, 1970).

Muitas atrizes e outras figuras públicas são conhecidas como “perfeitas”, mas também elas possuem, na sua grande maioria, assimetria facial. O seu rosto atractivo é de facto conseguido através de pequenas alterações de uma hemi-face para a sua contra-lateral, visível apenas quando se realiza o já referido teste do espelho (Peck, 1970). Alley, Margolis e Johnston observaram-no meticulosamente a partir da avaliação de diversas fotografias de personalidades (Alley, 1988; Margolis, 1997; Johnston, 1999).

O teste do espelho constitui uma técnica de confecção de faces simétricas e de manipulação da simetria facial. Enquiste et al. (2002) acrescenta a esta técnica, a qual designa por faces simétricas, uma técnica apelidada por *morphing*, que consiste num processamento computadorizado, em que há a transformação de uma imagem numa outra. Para tal são consideradas as duas hemi-faces sendo a imagem de uma delas classificada como “A” e a sua contra lateral classificada de “B”. As características consideradas esteticamente harmoniosas de A ou de B serão as que permanecem na imagem gerada, conhecida por “C”. Claro está que, para esta selecção preferencial é necessário marcar determinados pontos que definam os contornos da face de cada elemento facial (**Figura 1**), como o contorno da cabeça, olhos, sobrancelhas, lábios, nariz, entre outros, e criar diversas imagens intermédias até chegar à imagem final (a imagem “C”). Este método permite também alcançar texturas de pele mais homogéneas e acordar faces harmoniosas de acordo com a cultura, etnia, género, e outras condições (Enquiste, 2002).

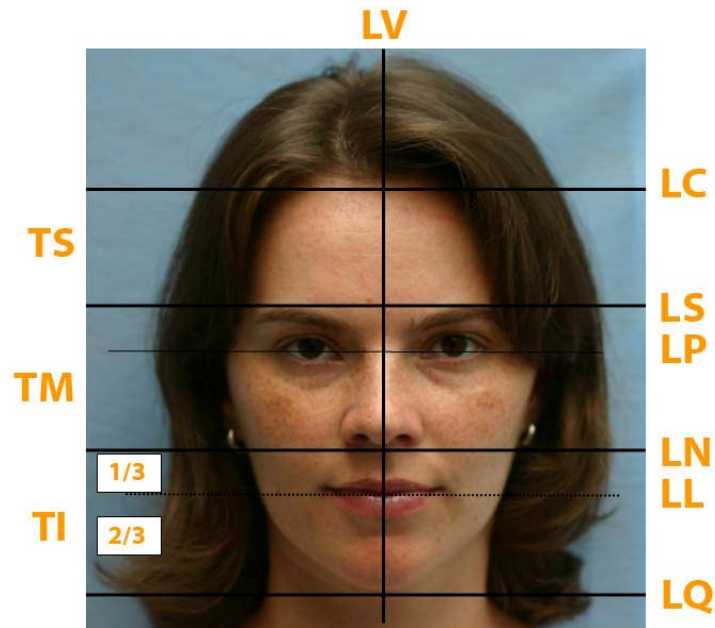


Figura 1 - Linhas imaginárias da geometria facial: LV- linha vertical; TS- terço superior; TM- terço médio; TI- terço inferior; LC- linha do cabelo; LS- linha supra-ciliar; LP- linha interpupilar; LN- linha da espinha nasal; LL- linha da comissura labial; LM- linha do mento. (Freitas, 2007)

1.2.2.2 – A Estética do Sorriso

Uma das preocupações prioritárias dos pacientes, essencialmente do sexo feminino, consiste na exposição dos dentes, principalmente quando os lábios e a mandíbula estão em repouso (Silva, 2007).

À medida que a idade avança os incisivos centrais superiores ficam menos expostos e de forma contrária, os incisivos centrais inferiores tornam-se mais visíveis, o que se traduz num desagrado por alguns pacientes, que pretendem ver esta condição melhorada (Rufenach, 1998).

A estrutura dentária e a gengiva bem como as posições labiais influenciam na “exposição dentária”, que pode ser quantificada pelo clínico a partir de parâmetros labiais máximos e mínimos, baseados em posições fonéticas e musculares (Silva, 2007). A exposição dentária mínima varia consoante a idade, chegando mesmo a desaparecer

em pessoas idosas. É conseguida quando se pede ao paciente para proferir repetidamente a letra “M”. Por sua vez, a exposição dentária máxima é revelada quando os pacientes dizem a letra “T”. Posteriormente à avaliação destas duas posições, poder-se-á criar um plano de tratamento rigoroso, tendo em consideração todas as opções estéticas sem causar dano na saúde oral do paciente (Eubank, 2001). Segundo Morley e Eubank a exposição dentária deve ser avaliada também em função da linha intercomissural, da posição do lábio inferior, do corredor oral e da linha do sorriso (Morley; Eubank, 2001).

Deste modo, a análise duma linha traçada entre as comissuras labiais, com o paciente em posição de sorriso aberto permite observar a quantidade dos dentes superiores que ficam expostos, abaixo desta linha. Quanto maior for esta exposição mais jovem será o sorriso do paciente tendo-se chegado a nomear etapas no ciclo do sorriso em:

1. lábios fechados;
2. repouso labial;
3. sorriso natural, que abrange três quartos;
4. sorriso expandido ou completo (Philips, 1999).

O mesmo autor também classificou o sorriso em:

1. somente maxilar;
2. maxilar e exposição até 3mm de gengiva;
3. somente mandibular;
4. maxilar e mandibular;
5. nem maxilar nem mandibular (Philips, 1999).

Num sorriso aberto pode observar-se a exposição dos dentes posteriores superiores e avaliar-se assim uma exposição vestibular positiva ou deficiente, se os dentes por detrás dos caninos estiverem em sombra ou não visíveis. Pode ainda ser determinada a linha do sorriso, paralela a uma linha imaginária que passa pelas pupilas dos olhos se estes se encontrarem num mesmo plano (linha interpupilar). Também a presença duma arcada anterior convexa, na qual os bordos incisais dos incisivos centrais estão abaixo das

pontas dos caninos, constituiu uma representação de padrão da harmonia estética (Morley; Eubank, 2001).

No sorriso normal e em esforço vários são os factores a ter em conta pelo Médico Dentista como, por exemplo, a linha média facial e dentária, os eixos dentários e a estética gengival (Silva, 2007). Ao traçar uma linha que passe por dois marcadores anatómicos como o *násion* e o sulco nasolabial, conseguimos obter a posição e direcção da linha média facial, que deve coincidir, sempre que possível, com a linha média entre os incisivos centrais superiores e, embora de menor importância mas desejável, com a linha entre os incisivos centrais inferiores (Morley e Eubank, 2001).

Os eixos dentários correspondem às inclinações dos dentes anteriores superiores, os quais convergem, coronalmente, em direcção à linha inter-incisiva, sendo maior nos incisivos laterais e nos caninos (**Figura 2**). Estas inclinações devem apresentar-se de forma harmoniosa com o enquadramento do lábio inferior. Do ponto de vista estético é importante que exista simetria bilateral na inclinação dos eixos (Fradeani, 2004).



Figura 2 – Os eixos dentários, vista frontal (Freitas, 2007).

Segundo autores como Tjan et al. para existir um sorriso harmonioso (**Figura 3**) é necessária a exposição, no mínimo, dos segundos pré-molares (Tjan, 1984). Esta teoria foi evoluindo consoante diversos autores, os quais incluíram novos factores de importância para se conseguir o referido sorriso (Rufenach, 1998). Em 1995, Moskowitz considerou relevante a simetria ao exame visual, em 1998 Rufenacht referiu que a linha incisal dos dentes anteriores superiores deve estar paralela à linha do lábio inferior (Rufenach, 1998). Neste mesmo ano, Ahmad menciona que a exposição gengival maxilar deve ser, no máximo, de 3mm. No ano de 2004, Duarte e Castro salientam outros dois factores de extrema relevância para a criação do tão referido

sorriso harmonioso, particularmente, a ausência de retracção gengival na área considerada do sorriso e papilas não hiperplásicas preenchendo todo o espaço interdental (Duarte e Castro, 2004).



Figura 3 - Sorriso atraente e harmonioso, com plena integração dos componentes labial, periodontal e dos dentes: A - vista lateral direita; B- vista frontal; C - vista lateral esquerda. (Freitas, 2007).

1.2.2.3 – A Forma e o Tamanho dos Dentes

Ao longo dos anos diversos autores tentaram encontrar relações matemáticas de forma a criar uma fórmula que servisse como meio de orientação para os Médicos Dentistas quando estes tivessem de efectuar tratamentos estéticos dento-faciais (Freitas, 2007).

A utilização de parâmetros estéticos dentários e faciais uniformizados pelos profissionais é consensual. Esta tarefa só poderá ser realizada quando existirem análises estéticas simplificadas que sejam do entendimento de todos (Camara, 2006).

Em 1978, Levin tenta aplicar à Medicina Dentária a teoria da proporção áurea, a qual tinha sido desenvolvida por matemáticos e filósofos, com base na proporcionalidade que os dentes poderiam apresentar, ou seja, a largura do incisivo central superior encontra-se em proporção áurea com a largura do incisivo lateral superior e a deste com a do canino superior (Baratieri, 1995).

Brisman (1980) e Rufenach (1998) alertam para o facto do conceito de beleza estar dependente de factores culturais, sociais e psicológicos, alertando os Médicos Dentistas para a subjectividade de conceitos como o belo e o harmonioso, e para a necessidade de tentar sempre corresponder às expectativas e exigências estéticas dos pacientes (Brisman, 1980; Rufenach, 1998; Mondelli, 2003).

Em 1999, a proporção áurea foi considerada de grande utilidade no diagnóstico e desenvolvimento da simetria, dominância e proporção para estabelecer sorrisos esteticamente atractivos (Snow, 1999). A análise bilateral da largura aparente dos dentes em relação à largura total aparente do sector anterior apresentava maior vantagem em relação à aplicação unilateral da proporção áurea. Este novo conceito, de percentagem áurea tinha como base quatro factores. O primeiro refere-se ao facto da estética de um sorriso não poder estar dependente, apenas da largura do incisivo lateral, mas sim da largura, dominância e proporção de cada dente do sector anterior. O segundo ponto evidencia que dentes com larguras semelhantes produzem praticamente os mesmos valores para ambos os conceitos (proporção áurea e percentagem áurea). O terceiro mostra que a assimetria é passível de identificar e quantificar. O quarto e último revelamos percentagens de 25% da distância entre caninos para o incisivo central ou de 50% para ambos os incisivos (Snow, 1999).

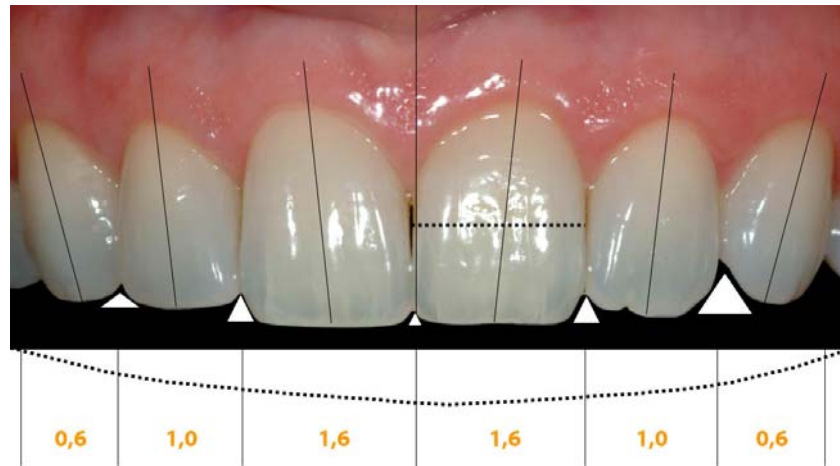


Figura 4 - Avaliação dos aspectos dentários que interferem na estética do sorriso, tais como as dimensões, proporções e inclinações dos dentes do sector antero-superior. (Freitas, 2007)

1.2.2.4 – A Cor dos Dentes

A cor dos dentes está intimamente ligada à idade, ao género, à aparência, à constituição física e até mesmo às alterações fisiológicas. Contudo, a avaliação deste parâmetro da estética também varia com a percepção das cores de indivíduo para indivíduo (Yamamoto, 1985; Micheli, 1987; Derbabian, 2001).

As alterações de cor podem ter origem extrínseca isto é, fixadas sobre o dente e adquiridas, geralmente do meio, após a erupção do dente, ou origem intrínseca, apresentando-se no interior da estrutura dentária. As manchas extrínsecas podem estar associadas com contacto com produtos com potencial corante como, por exemplo, o café, o chá, a coca-cola e o cigarro, ou com acumulação de placa bacteriana, rugosidade superficial dentária, presença de fendas, etc. Por sua vez, as manchas intrínsecas podem estar relacionadas com a formação dos dentes e, por isso, conhecidas por congénitas ou com colorações adquiridas em fases pré ou pós eruptivas e designadas, então, por adquiridas, nas quais se incluem modificações de cor com o envelhecimento, por factores fisiológicos ou provocada por fármacos como as tetraciclinas e os fluoretos (De Deus, 1992; Baratieri, 1996). Segundo Netto et al. o tratamento endodôntico pode também ser um factor de alterações da cor dentária por hemorragia e decomposição dos tecidos, por acesso inadequado à câmara pulpar, por remoção incompleta do conteúdo

da cavidade do dente e por utilização de fármacos e materiais de preenchimento, sendo estas últimas, consideradas por Baratieri como causas iatrogénicas (Netto, 1995; Paiva, 1988; Baratieri, 1993).

A polpa para além do esmalte e dentina é um tecido constituinte do dente muito importante quando abordamos a questão da cor, uma vez que a vitalidade e a não vitalidade pulpar interferem na aparência dos dentes. Uma das principais funções da polpa é a formação de dentina, que tem influência na cor natural dos dentes. Além disso, a junção amelo-dentinária, interfere na capacidade de transmissão da luz, que conduz a um aumento na luminosidade interna dos dentes (Araújo, 2007).

Mesmo percebendo a origem das alterações de cor dos dentes torna-se difícil definir uma escala de cor para cada caso, uma vez que nenhuma escala apresenta a variação de cor nos diversos terços dos dentes, como acontece com os dentes naturais. Segundo refere Lorenzo et al. o terço médio dos dentes parece representar melhor a cor natural dos dentes (Lorenzo, 1996).

De acordo com Derbabian, temos ainda que tomar em atenção outras características como a forma da superfície, o contorno, a translucidez, a textura e o brilho para se conseguir um resultado estético e natural (Derbabian, 2001).

Conhecer a estrutura dos dentes naturais é fundamental para o sucesso de qualquer tipo de tratamento preventivo ou restaurador. Nesse sentido, é fundamental compreender que é impossível copiar o que não se conhece. Assim sendo, é importante que o Médico Dentista seja capaz de visualizar a macro e micro anatomia dos dentes naturais, bem como o comportamento óptico dos mesmos, especialmente em dentes anteriores (Melo, 2005).

A escolha da cor é dependente da fonte de luz utilizada, quer ela seja natural ou artificial, e das condições visuais do profissional e do paciente. Segundo Yap et al. é importante perceber que o espaço, a roupa e maquilhagem do paciente e o ângulo de visão do dente podem afectar esta escolha (Yap, 1999).

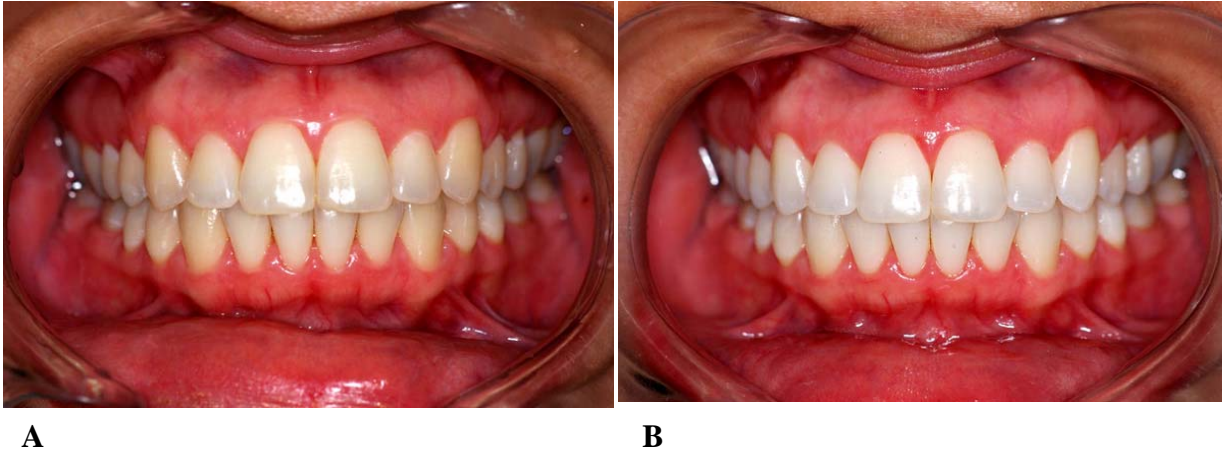


Figura 5 – Branqueamento dentário: A- antes; B- depois (Riehl, 2007).

1.3 – Gestão da Prestação de Serviços de Medicina Dentária

1.3.1– O Marketing de Serviços

Para introduzir esta problemática, torna-se necessário, numa primeira fase introduzir o conceito de serviço. Sendo este conceito complexo, recorreu-se à definição proposta por um conjunto de autores de referência cujas definições concordantes se complementam (Kotler, 1991).

Segundo Kotler, um serviço “... *consiste em uma acção, desempenho ou acto que é essencialmente intangível e não acarreta necessariamente a propriedade do que quer que seja. Sua produção pode ou não estar vinculada a um produto físico.*” (Kotler, 2002, p. 283).

Em 2003, Gronroos, define serviço como sendo “... *um processo, consistindo em uma série de actividades mais ou menos intangíveis que, normalmente, mas não necessariamente sempre ocorrem nas interacções entre o cliente e os funcionários de serviços e/ou recursos e que são fornecidas como solução para problemas do cliente.*” (Gronroos, 2003, p. 65).

A *American Marketing Association* define serviços como sendo produtos “...intangíveis, ou pelo menos o são de forma substancial. Se totalmente intangíveis, são comercializados directamente do produtor para o usuário, não podendo ser transportados nem armazenados, e são quase sempre instantaneamente perecíveis..” (*American Marketing Association*, 2008).

Da definição de serviço podem eleger-se um conjunto de características que o definem, particularmente a:

- intangibilidade;
- inseparabilidade (produção e consumo em simultâneo);
- variabilidade ou heterogeneidade (dependência de quem, quando e onde é realizado);
- perecibilidade (não há *stock* o que influencia o equilíbrio entre a procura e a oferta) (Kotler, 2000).

Estas são características únicas da prestação de serviços, as quais em termos de gestão de marketing são imprescindíveis para um bom e correcto planeamento de acções (Zeithaml, 1985; Kotler, 2000, p. 449; Hoffman e Bateson, 2003, p. 30-55).

Como a qualidade do serviço pode ser aperfeiçoada?
Como os novos serviços podem ser projectados e testados no mercado?
Como a organização pode comunicar uma imagem consistente e integrada?
Qual a melhor forma para a organização contratar, treinar, remunerar e motivar funcionários?
Como a organização deveria ser estruturada, de modo que o marketing, operações e recursos humanos actuem integrados?
Como determinar o equilíbrio entre serviços padronizados e personalizados?
Como a organização pode comunicar qualidade e valor aos clientes?

Quadro 1 – Os desafios do Marketing de Serviços (Adaptado de Zeithaml e Bitner, 2003, p. 38).

O serviço prestado por uma Clínica de Medicina Dentária pode desenvolver-se em torno de um triângulo cujos vértices são a empresa, os funcionários e o cliente (Kotler, 1993).

Estes vértices encontram-se interligados fazendo com que o Marketing de serviços se desdobre em três tipos particularmente no Marketing Externo, no Marketing Interno e no Marketing Interactivo. O **Marketing Externo** é o tradicional que se cinge aos 4 “P’s” e que regula a relação entre a empresa e o cliente. O **Marketing Interno** visa uniformizar procedimentos e resulta da intangibilidade do serviço. O funcionário, neste caso Médico Dentista ou assistente, deve pautar o seu comportamento por regras estabelecidas pela instituição e que se coadunem com a imagem transmitida pelo Marketing Externo. Por último, o Marketing Interactivo pressupõe que em larga escala, a qualidade do serviço percebida dependa da interacção entre o prestador do serviço e o consumidor (Médico Dentista / Paciente) (Kotler, 1993).

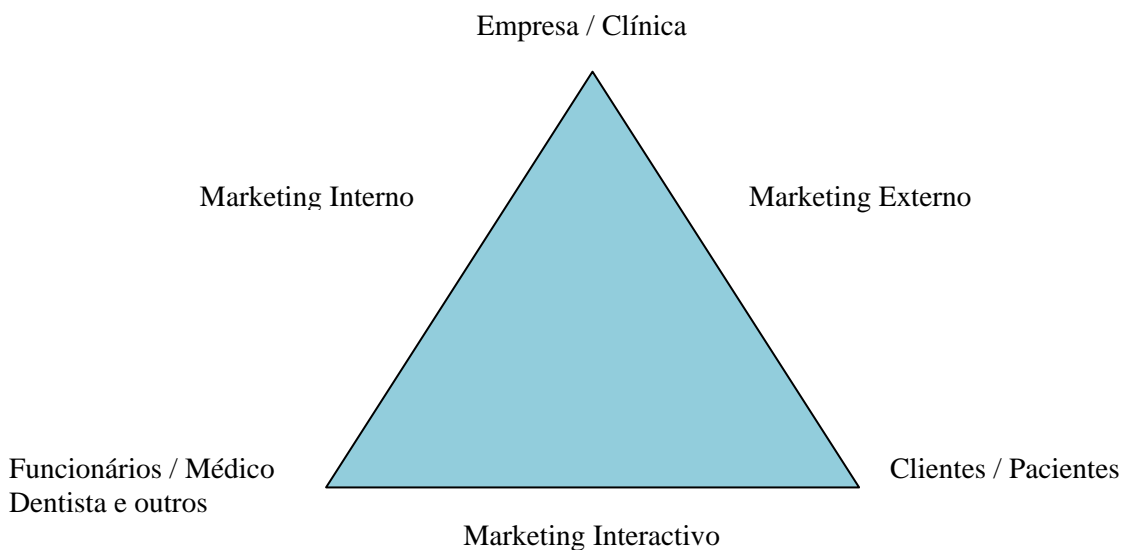


Figura 6 – O Marketing de Serviços aplicado à Medicina Dentária (Adaptado de Kotler, 1993).

O consumidor/paciente julga a qualidade do serviço através da avaliação do desempenho do seu prestador a dois níveis, o técnico e o funcional. A nível técnico avalia-se o sucesso de uma cirurgia e a nível funcional a preocupação demonstrada pelo Médico bem como a confiança que este inspira. Este pressuposto implica que os profissionais (de saúde) não possam pensar que irão satisfazer o cliente limitando-se a prestar um bom serviço técnico. Eles deverão também dominar competências de Marketing (Kotler 1993).

1.3.2 – A Qualidade versus Satisfação

Em 2001, Bateson diferencia os termos de qualidade dos serviços com a satisfação que estes provocam nos clientes. De acordo com o autor, a satisfação é um tipo de avaliação passageira e específica de uma transacção, enquanto que a qualidade de um serviço é uma atitude que é formada por uma avaliação global de longo prazo de um dado desempenho (Bateson, 2001, p. 363). Enquanto as percepções dos clientes relativamente à qualidade são avaliações de longo prazo após o fornecimento do serviço, a satisfação traduz-se por uma reacção emocional de curto prazo, relativamente a uma experiência específica do serviço prestado (Lovelock, 2001, p. 106). A este propósito, Olivier faz uma distinção entre satisfação e qualidade do serviço, que se resume no **Quadro 2** (Olivier, 1997).

Base de Comparação	Satisfação	Qualidade
Horizonte temporal	Curto prazo (encontros específicos)	Longo prazo (global)
Experiência	Requerida	Não requerida
Natureza do juízo	Cognitiva e/ou afectiva	Fundamentalmente cognitiva
Expectativas / Standard	Expectativas preditivas (normas, necessidades, outros)	Expectativas ideais, excelência

Quadro 2 - Diferenças entre a Satisfação e a Qualidade do Serviço (Adaptado de Oliver, 1997).

A satisfação dos consumidores permite que estes reformulem constantemente a sua percepção de qualidade de serviço. Esta correlação baseia-se nos seguintes pressupostos:

- a) as percepções que os clientes têm da qualidade de serviço de uma empresa com a qual não têm experiência prévia, baseiam-se nas suas expectativas como consumidores;
- b) os encontros subsequentes com a empresa fazem o consumidor passar pelo processo de reconfirmação e reconsiderar ainda mais as percepções da qualidade de serviço;
- c) cada encontro adicional com a empresa reconsidera ou reforça as percepções de qualidade de serviço;

- d) as percepções reconsideradas de qualidade de serviço modificam futuras intenções de compra do consumidor (Bateson, 2001).

Berry distingue dois tipos de qualidade de serviços, nomeadamente a qualidade avaliada por um cliente numa prestação considerada normal e aquela que se gera perante uma situação de problema ou excepção. De acordo com o referido autor para se obter qualidade, basta descobrir o que gera valor para o cliente e oferecer-lhe, exactamente, isso. No entanto, para se alcançar a qualidade, torna-se fundamental conhecer em profundidade o cliente, nomeadamente o que ele deseja e o que espera que lhe seja fornecido. Quando não se conseguem compreender as expectativas do cliente, dificilmente se atingirá a qualidade de serviço esperado pelo cliente. Assim, deve encontrar-se uma forma de fornecer um serviço que atinja os objectivos do cliente, ou seja, resolva os seus problemas, não esquecendo os valores de cada um, ou seja, cada prestação de serviço deve ser totalmente individualizado e completamente centrada no cliente (Berry, 1992).

Assim, os Médicos Dentistas devem ter consciência de que o objectivo final dos tratamentos não é a satisfação dos seus valores estéticos pessoais, mas sim, a satisfação do indivíduo. O papel do Médico Dentista é o de ajudar o paciente a tomar decisões sobre a necessidade de tratamento (Freitas, 2007).

Segundo Lovelock existem cinco critérios de julgamento para determinar a qualidade de um serviço, nomeadamente:

- a) **a fiabilidade**, que reflecte a consistência e a certeza do desempenho de uma empresa. Segundo Bateson “... *nada pode ser mais frustrante para os clientes do que os prestadores de serviços não-confiáveis*”. Tanto Lovelock como Bateson assumem a fiabilidade como um dos factores principais para o sucesso de uma empresa (Bateson, 2001, p. 372 e Lovelock, 2001, p. 109);
- b) **os tangíveis**, uma vez que na prestação de serviços em si não existem produtos físicos, levando os clientes a avaliar os recursos tangíveis que rodeiam o serviço em si como as instalações físicas, o pessoal e o material de comunicação do fornecedor do serviço. Bateson considera que desde a decoração até à

apresentação e aparência do quadro de funcionários da prestação de serviços, são itens tangíveis apreciados por parte do cliente (Bateson, 2001, p. 371);

- c) **a sensibilidade** que se traduz na capacidade de fornecer o pronto atendimento. Bateson define esta dimensão como a receptividade da empresa e dos seus funcionários resolverem os problemas dos seus clientes de forma e em horários oportunos. Este ponto leva também a uma reflexão sobre a preparação que a empresa deve ter para a prestação do serviço, avaliando a preparação do seu quadro funcional bem como dos requisitos de sistemas de bases de dados consistente (Bateson, 2001, p. 373);
- d) **a segurança** que se avalia da conjugação de três factores, particularmente da competência, da cortesia e da certeza. A competência relaciona-se com o conhecimento e habilidade em prestar o serviço. A cortesia espelha como os funcionários agem perante os seus clientes e a certeza é o que o cliente precisa de ter aquando da prestação do serviço (Bateson, 2001);
- e) **a empatia**, corresponde à capacidade de uma pessoa vivenciar os sentimentos de outra. Segundo Bateson, uma empresa que possui esta dimensão “... *nunca perde de vista o que é ser um cliente da sua empresa*” (Bateson, 2001, p. 374).

1.3.3 – Gestão da Relação com Clientes

Durante muitos anos o Marketing foi encarado como uma técnica de venda de produtos. Contudo, hoje, é considerado a arte de construir relacionamentos. Segundo Oliveira e Pereira a gestão da relação com clientes passa inevitavelmente por unidades de informação as quais se encontram relacionadas com as filosofias de gestão devendo ser conhecidas e adaptadas à realidade dos sistemas de informação. Uma das filosofias do marketing consiste em obter informação que permitira identificar e satisfazer as necessidades dos seus clientes, contribuindo assim para os objectivos da organização (Oliveira e Pereira, 2003).

O *Customer Relationship Management* (CRM) não é mais do que um conceito que utiliza como principal ferramenta as tecnologias de informação com o objectivo de

desenvolver os negócios e os processos de uma organização, focando, essencialmente, as necessidades e desejos dos clientes (Firth, 2001). As empresas procuram captar a confiança e a lealdade dos seus clientes por meio de *softwares* de gestão de relacionamento com o cliente (aplicativos do CRM) e através de bases de dados (tecnologia de *data-handling*) os quais vão permitir que a empresa possa tratar dos seus clientes individualmente (Oliveira e Pereira 2003).

Para que o CRM possa ser implementado, Finger e Castro propõem um modelo já idealizado por Peppers e Rogers, o qual é baseado em quatro etapas:

- identificar,
- diferenciar,
- interagir;
- personalizar (Finger e Castro 2004; Peppers e Rogers, 1994).

Assim, quantos mais dados individuais e específicos a empresa tiver do seu cliente, maior será a oportunidade desta vir a criar soluções para os problemas dos mesmos (Peppers e Rogers, 1994).

Quando se consegue identificar as diferenças e necessidades de cada paciente, passa-se a ter a capacidade de poder direccionar e organizar esforços no sentido de aproveitar aqueles que se considera de maior valor, assim como o de satisfazer as necessidades individuais de cada um, personalizando o serviço a prestar (Finger; Castro, 2004). O facto do comportamento e das necessidades dos clientes estarem sempre a mudar faz com que as empresas tenham de estar constantemente a actualizar os dados relativos aos clientes (Gray, 2001).

Kotler propõe três vias para diferenciar um serviço:

- através das pessoas, pessoal mais capaz e confiável no trato com o consumidor;
- através do ambiente físico, criando um ambiente superior;
- através dos processos, conduzindo um processo de fornecimento do serviço superior (Kotler, 1993).

No **Quadro 3** propõe-se formas de aplicação da diferenciação na prática de serviços de Medicina Dentária Estética.

A Ordem dos Médicos Dentistas também salienta a importância do CRM através do Código Deontológico dos Médicos Dentistas pelo artigo 20º que diz:

“1 - O médico dentista deve ter um arquivo onde figurem todos os seus doentes.

2 - O arquivo é propriedade do médico dentista.

3 - Deve ser aberta uma ficha clínica para cada doente, devidamente actualizada, onde constem a identificação do médico dentista que realizou o tratamento, os dados pessoais do doente, o passado médico e dentário do doente, observações clínicas, diagnósticos e tratamentos.”

(<http://www.omb.pt/PT-T/Texts/SubMenu.aspx?MVID=1187>).

Vias de Diferenciação	Formas de Diferenciação	Autor
Pessoas	Desenvolver ao máximo as competências de comunicação.	Crispin, 1998
	Dominar as competências de Marketing Pessoal	Kotler, 1993
	Dominar as competências técnicas	OMD < http://www.omb.pt >
	Consciência Ética	Nunes, 1998
Ambiente Físico	Sala de espera agradável	Crispin, 1998
Processos	Dominar e aplicar as técnicas	OMD < http://www.omb.pt >
	Utilizar os meios técnicos disponíveis	Crispin, 1998
	Gerir Expectativas	Freitas, 2007

Quadro 3 – Forma de Diferenciação na Medicina Dentária

1.3.4 – Gestão das Expectativas

A auto-imagem de um paciente deve assumir um papel fulcral na averiguação da necessidade de um tratamento e no julgamento clínico do Médico Dentista, relativo à estética (Goldstein, 2000). Portanto, o que é bonito e atraente para o Médico Dentista pode ou não estar de acordo com o que o paciente pensa sobre um resultado clínico bonito, atraente ou satisfatório. Daí a importância de se realizar uma ficha clínica exaustiva na qual se contempla todos os dados clínicos relevantes, bem como a queixa principal do paciente, ainda que se trate de uma avaliação estética (Freitas, 2004).

As expectativas (**Figura 7**) envolvem diversos elementos diferentes tais como, o serviço desejado, o adequado e uma zona de tolerância. A zona de tolerância do consumidor determina-se em função das expectativas do serviço adequado e do serviço desejado. O limite superior e o inferior correspondem ao nível standard desejado e adequado, respectivamente. O standard desejado consiste num nível de serviço que o consumidor espera receber, e determina-se mediante a relação entre aquilo que ele acredita que pode receber e a noção do que deve ser o serviço desejado. O standard adequado pode definir-se como o nível de serviço mais baixo que o consumidor está disposto a aceitar (Berry, 1992).

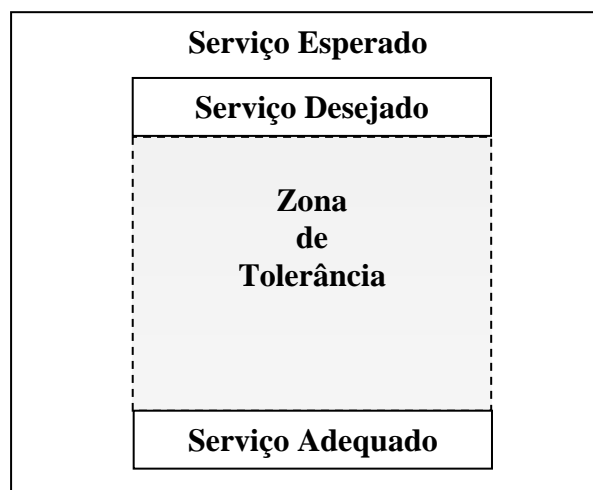


Figura 7 - Zona de tolerância do consumidor segundo Berry et al. (Berry, 1992).

A discrepância entre o desempenho de um prestador de serviços e as expectativas de um paciente formam a lacuna na qualidade. Assim, o principal objectivo do fornecedor de um serviço deve ser de estreitar essa lacuna ao máximo, para que possa atingir uma

melhor qualidade do serviço. As potenciais lacunas na qualidade dos serviços conforme os autores estão descritas no **Quadro 4**.

<i>(Lovellock, 2001, p. 108-109)</i>	<i>(Bateson, 2001, p. 364 – 365)</i>
<p>1) lacuna no conhecimento: diferença entre o que os Médicos Dentistas acreditam que os pacientes esperam e as necessidades e expectativas reais do paciente;</p> <p>2) lacuna nos padrões: diferença entre percepções da administração sobre as expectativas do paciente e os padrões de qualidade estabelecidos para a entrega do serviço;</p> <p>3) lacunas na entrega: diferença entre padrões de entrega especificados e o desempenho real do Médico Dentista;</p> <p>4) lacunas nas comunicações internas: diferença entre aquilo que o pessoal de propaganda e vendas julga que são as características do produto, desempenho e nível de qualidade do serviço e aquilo que a organização realmente é capaz de fornecer;</p> <p>5) lacunas nas percepções: diferença entre aquilo que é realmente entregue e aquilo que os pacientes percebem ter recebido (porque são incapazes de avaliar verdadeiramente a qualidade do serviço);</p> <p>6) lacuna na interpretação: diferença entre aquilo que as campanhas de comunicação que um Médico Dentista realmente promete e aquilo que um paciente acha que foi prometido por essas comunicações;</p> <p>7) lacuna no serviço: diferença entre o que os pacientes esperam receber e as suas percepções do serviço, que é realmente prestado.</p>	<p>1) a diferença entre a expectativa da prestação do serviço por parte do paciente e a sua percepção do serviço efectivamente realizado;</p> <p>2) a diferença entre o que o paciente espera de um serviço e o que o Médico Dentista percebe que o paciente espera;</p> <p>3) a diferença entre o que o Médico Dentista percebe que o paciente espera e as especificações de qualidade determinadas para a execução do serviço;</p> <p>4) a diferença entre as especificações de qualidade determinadas para a execução do serviço e a verdadeira qualidade da execução do serviço;</p> <p>5) a diferença entre a verdadeira qualidade da execução do serviço e a qualidade da execução do serviço anunciada nas comunicações externas da clínica.</p>

Quadro 4 – Lacunas na Qualidade do Serviço

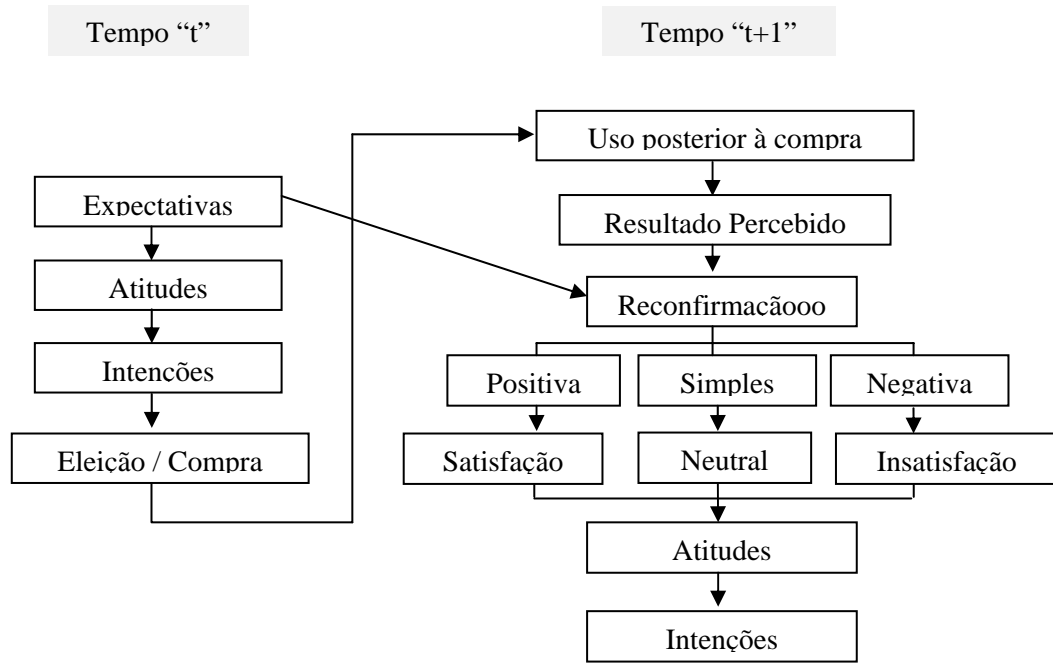


Figura 8 - Modelo das expectativas (Adaptado de Erevelles e Leavitt, 1992).

Para o profissional que trabalha com estética como é o caso do Médico Dentista, é necessário ter bastante cuidado na abordagem, dado que, normalmente, o conceito de beleza de um indivíduo traduz-se naquilo que ele gostaria de ter ou ser. Assim, o que pode parecer agradável e adequado para o profissional, pode não ser percebido da mesma forma pelo paciente. A comunicação entre paciente e Médico Dentista é decisiva para que tanto um, como o outro, percebam o conceito individual de beleza de cada um. Desta interação de conceitos surgirá uma percepção mais concreta do objectivo a concretizar. Esta será a forma mais eficaz de gerir as expectativas do paciente de forma a evitar complicações imprevistas (Freitas, 2007).

Micheli salienta que: “*Não satisfazer a expectativa do paciente pode prejudicar o seu ego*” (Micheli et al., 1987, p. 10). Assim, e segundo o mesmo autor, a percepção de qualidade adoptadas pelos clientes não depende apenas deles, podendo e devendo as empresas utilizar as ferramentas disponíveis para alterar as percepções a favor delas (Micheli, 1987).

A este propósito Lovelock afirma que “... *ultrapassar os níveis desejados das expectativas dos clientes resulta em percepção positiva na qualidade de serviço*” (Lovelock, 2001, p. 110).

Na prestação de cuidados de saúde ao nível da estética é vital dominar um conjunto diverso de competências que permitam gerir de forma eficaz as expectativas dos pacientes. Será preponderante o processo de comunicação estabelecido, bem como o domínio das técnicas médicas a aplicar. Estas deverão ser explicadas ao paciente e, se possível, encontrar formas de efectuar simulações sobre o aspecto visual *à posteriori* (Masioli, 2007).

Para a prática clínica da Medicina Dentária Estética, Crispin propõe o recurso a um conjunto de instrumentos que visam tornar mais previsível o processo de comunicação entre paciente e Médico Dentista e que permitirá gerir as expectativas do paciente (Crispin, 1998).

Instrumentos	Função
Questionário de análise Estética	Identificar os problemas Estéticos valorizados pelo paciente
Elementos visuais informativos (folhetos e livros)	Documentar tratamentos
Máquina Fotográfica	Documentar o decurso e os resultados dos tratamentos efectuados
Apresentação em computador	Apresentação/tratamento de imagem, simulação do resultado visual final

Quadro 5 – Instrumentos de Comunicação (Adaptado de Crispin, 1998).

1.4 – Ética em Cuidados de Saúde

“O profissional de saúde deve ser imparcial e a sua conduta deve pautar-se pela doutrina do melhor interesse do paciente.” (Nunes, 1998, p.32).

Ao longo deste trabalho abordou-se o exercício da Medicina Dentária enquanto um contrato de prestação de serviços. De facto, a relação que se estabelece entre paciente e Médico Dentista, não é mais do que um contrato que vincula as partes a um conjunto de direitos e obrigações. Tendo em mente este pressuposto, foram abordadas anteriormente, algumas questões importantes na forma como se estabelece esta relação contratual. No entanto, o Médico Dentista, ao ser subscritor de tal contrato, encontra-se vinculado a um conjunto de direitos e obrigações. Estes encontram-se regulados no Código Deontológico da Ordem dos Médicos Dentistas (OMD). Este documento deverá pautar e nortear toda a actuação destes profissionais (OMD; <<http://www.omd.pt/pt-PT/>>).

O termo deontologia surge das palavras gregas “*déon, déontos*”, que significa dever, e “*lógos*” que se traduz por discurso ou tratado. Assim sendo, a deontologia seria o tratado do dever ou o conjunto de deveres, princípios e normas adoptadas por um determinado grupo profissional. A deontologia é pois uma disciplina da ética especialmente adaptada ao exercício de uma profissão.

Entre as obrigações no exercício da profissão está o número dois do Artigo 15º que refere: “*O reconhecimento da competência do médico dentista assenta essencialmente no saber, competência e experiência, devendo acompanhar os mais recentes progressos no plano da medicina dentária.*” Assim, o profissional está obrigado ao rigor na aplicação de padrões técnicos e científicos bem definidos.

No respeito pela dignidade da pessoa humana que se declara doente, cabe ao Médico Dentista decidir quais os meios de diagnóstico necessários e definir uma estratégia terapêutica a seguir, de acordo com o estado da arte. No entanto, esta relação é regulada por grandes assimetrias no que concerne à informação. O Médico Dentista, possuidor de conhecimentos e experiência profissional, deverá esclarecer e aconselhar o seu paciente. Nesse sentido, o processo de comunicação estabelecido é fundamental para que a troca de informações se faça de forma profícua. O Código Deontológico da Ordem dos Médicos Dentistas no Artigo 17º, refere que:

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

2 - Em caso de prognóstico grave, é lícito ao médico dentista omiti-lo ao doente, devendo, contudo, dar dele conhecimento à família, ou ao legal representante.

3 - O médico dentista deve discutir com o seu doente o tratamento a administrar.

4 - Quando possa ser administrado medicamento ou produto relacionado com o tratamento que não seja geralmente aceite ou reconhecido pela profissão, deve o médico dentista alertar o doente de tal facto.

5 - O médico dentista não deve dar garantias de sucesso total das intervenções ou tratamentos.

6 - Se o doente, a família ou o legal representante, após devidamente informados recusarem os exames ou tratamentos indicados, pode o médico dentista recusar-se a assistir o doente.” (OMD; <<http://www.omd.pt/pt-PT/>>).

Em capítulo anterior, reiterou-se a importância da comunicação na gestão das expectativas do paciente. Retoma-se agora esta temática no sentido de enquadrar com questões éticas. O profissional de saúde deve colocar acima de tudo o interesse do paciente, devendo o clínico ser honesto e verdadeiro. Aliás, a Ordem dos Médicos Dentistas através do seu Código Deontológico descreve no número um do artigo 8º que: *“ todo o médico dentista tem o dever de assegurar ao seu paciente a prestação dos melhores cuidados de saúde oral ao seu alcance, agindo com correcção e delicadeza.”* Ainda a este respeito, o número um do Artigo 9º afirma que: *“O médico dentista deve tentar assegurar as melhores condições possíveis para a prestação dos seus actos médico-dentários, de modo a melhor satisfazer as necessidades de tratamento do paciente.”*

A estratégia de marketing passa pela utilização de quatro variáveis particularmente o preço, a promoção, a comunicação e a distribuição (Kotler, 1993). Na medicina dentária, em particular, a distribuição, não é aplicável.

Quanto à comunicação e promoção o Código Deontológico é bastante claro no seu artigo Artigo 25.º:

“1 - A reputação do médico dentista deverá assentar, essencialmente, na sua competência, integridade e dignidade profissional.

2 - Na divulgação da sua actividade o médico dentista respeitará os princípios da licitude, da identificabilidade e da veracidade, com respeito pelos direitos do paciente.

3 - Na divulgação da sua actividade o médico dentista respeitará as regras definidas em regulamento próprio, elaborado pelo Conselho Deontológico e Disciplina, sem prejuízo do disposto no Código da Publicidade.” (OMD; <<http://www.ond.pt/pt-PT/>>).

Relativamente à variável preço, abstivemo-nos de abordá-la anteriormente, uma vez que na prestação de serviços de saúde, esta temática tem sofrido mutações. No início do século XX encontrava-se preceituado que cada indivíduo pagava os cuidados médicos em função da sua capacidade económico-financeira. Nessa altura, as Misericórdias assumiram um papel preponderante no acolhimento de todos aqueles que não possuíam tais recursos. Os prestadores de serviços, ao serviço da Misericórdia, faziam-no gratuitamente ou recebiam quantias simbólicas (Serrão, 1998). Com a criação do Serviço Nacional de Saúde (em 1979, pela Lei 50/79) surgiram grandes alterações. Este tem por base o pressuposto ético de assegurar equidade e solidariedade na prestação de serviços. Assim, nenhum cidadão pode ser privado de aceder a cuidados de saúde por não ter meios para pagar os respectivos custos (Serrão, 1998, p. 156).

No que concerne a prestação de serviços na esfera privada, a OMD é bem explícita no Artigo 22.º:

“1 - A medicina dentária é por natureza uma actividade onerosa, podendo ser praticados actos profissionais gratuitamente, quando fundamentados e sem carácter genérico.

2 - Na fixação dos honorários o médico dentista terá em conta, nomeadamente, a importância, complexidade e dificuldade dos cuidados prestados, o tempo gasto e os cuidados inerentes.

3 - O médico dentista dará ao paciente uma estimativa dos honorários envolvidos nos cuidados a prestar quando assim lhe for solicitado, podendo proceder à sua prévia definição.

4 - Os honorários não ficarão na dependência dos resultados obtidos, nem poderão ser cobrados honorários suplementares em função do sucesso da intervenção.

5 - O médico dentista não pode estabelecer com qualquer pessoa, sistemas de honorários, de comissões ou de qualquer outra forma de compensação como contrapartida pelo envio de um paciente.” (OMD; <<http://www.omb.pt/pt-PT/>>).

2 – Material e Métodos

2.1 - Tipo de estudo

Foi realizado um estudo observacional, através de um inquérito (**Anexo 1**) aplicado a pacientes frequentadores de clínicas médicas e de medicina dentária da área metropolitana do grande Porto, entre os meses de Maio e Junho de 2008.

2.2 – Amostra

Para efeitos da constituição de uma amostra de conveniência foram seleccionados para este estudo 400 indivíduos, maiores de 18 anos, de ambos os géneros assim distribuídos:

- 75 pacientes da Clínica de Medicina Dentária da Universidade Fernando Pessoa;
- 150 pacientes de Clínicas Privadas na freguesia da Foz do Douro (Porto);
- 175 pacientes do Hospital Santos Silva (Vila Nova de Gaia).

A selecção de pacientes teve a pretensão da percentagem de indivíduos por género ser representativa da população portuguesa residente no Norte do país, tendo como referência que esta é constituída por 51,62% de mulheres (INE, 2007).

Para efeitos da caracterização socioeconómica da amostra utilizou-se a escala de Graffar adaptada (**Anexo 2**).

Os pacientes da Clínica de Medicina Dentária da Universidade Fernando Pessoa e os pacientes do Hospital Santos Silva de Vila Nova de Gaia foram seleccionados na tentativa representar escalões de baixo nível sócio-económico, Classes IV e V da escala de Graffar (**Anexo 2**), dado que se tratam de instituições onde o preço de gastos com saúde é inferior.

Relativamente à concepção de uma amostra representativa da Classe Social I e II da escala de Graffar, foi feita uma pesquisa no site do Instituto Nacional de Estatística (INE) e, com base no estudo da Tipologia sócio-económica da Área Metropolitana do Grande Porto de 2001, é referido que: “*As subsecções estatísticas incluídas neste grupo*

oferecem residência a cerca de 5% da população das AMP (Área Metropolitana do Porto) e concentram-se sobretudo no concelho do Porto, nomeadamente na parte oriental (eixo Foz - Boavista) e na zona das Antas, surgindo de modo mais esperso noutros concelhos.” (INE, 2004).

Assim, ainda que nem todos os indivíduos recorram a um Médico Dentista na sua área de residência, optou-se por seleccionar uma Clínica Privada na Foz do Douro (Porto).

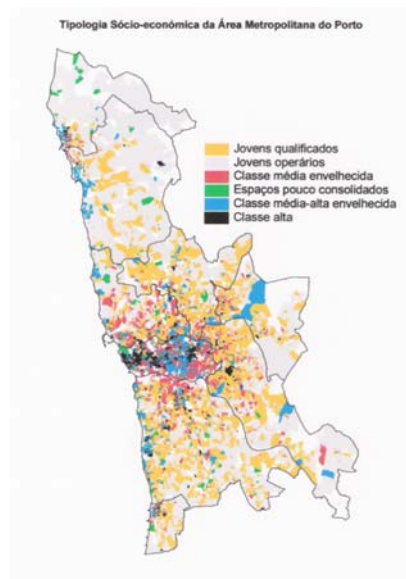


Figura 9 – Tipologia Sócio-económica da área metropolitana do Porto (INE, 2004)

Foram considerados critérios de exclusão da amostra neste estudo os indivíduos menores de 18 anos, estudantes ou desempregados, e aqueles que manifestaram recusa em responder às questões do inquérito.

Devido ao preenchimento incorrecto dos questionários, ou por aplicação dos critérios de exclusão, foram excluídos da amostra 73 questionários.

2.3 – Instrumento de recolha de dados

A todos os indivíduos que aceitaram participar de forma voluntária neste estudo foi fornecido um questionário (**Anexo 1**) que englobava o instrumento de avaliação estética. No corpo inicial do questionário foi colocado um pequeno texto onde era referenciado o objectivo da pesquisa, a confidencialidade dos dados e a vinculação

institucional. Em primeiro lugar, foi incluída uma avaliação de variáveis como o género, a idade e a profissão.

O instrumento de avaliação estética foi desenvolvido especificamente para este tipo de estudo, com base em instrumentos similares utilizados pela *UCLA Center for Esthetic Dentistry*, através de um questionário designado *Personalized Esthetic Evaluation*, tendo sido feita a respectiva adaptação para a língua portuguesa (Crispin, 1998). Assim, o inquérito foi constituído por 14 itens, classificáveis numa escala dicotómica de “sim” e “não”, onde se avaliaram os seguintes aspectos:

- cor dos dentes;
- diastemas;
- forma dos dentes;
- disposição dos dentes na arcada (apinhamentos);
- gengivas;
- tratamento ortodôntico;
- satisfação relativamente à aparência facial;
- satisfação relativamente ao sorriso.

O questionário (**Anexo 1**) contém 21 perguntas distribuídas da seguinte forma:

- 2 perguntas de carácter geral;
- 14 perguntas acerca de conceitos estéticos;
- 3 perguntas para classificação da classe social;
- 2 perguntas abertas sobre a satisfação pessoal da sua aparência.

O questionário foi previamente aprovado pela Comissão de Ética da Universidade Fernando Pessoa.

A **Classificação de Graffar** é uma classificação sócio-económica internacional estabelecida pelo Professor Graffar. Este método baseia-se no estudo, não apenas de uma característica social mas num conjunto de cinco critérios: profissão, nível de instrução, fontes de rendimento familiar, conforto do alojamento e aspecto da área habitacional onde residem os inquiridos (<http://pt.wikipedia.org/>).

No entanto, e por questões de simplificação foram apenas utilizados três dos cinco critérios propostos: profissão, nível de instrução, fontes de rendimento familiar. Esta decisão resulta do entendimento de que as questões sobre conforto do alojamento e aspecto do bairro onde habita são passíveis de respostas muito pouco fiáveis, tendo-se optado por as retirar.

A soma total dos pontos obtidos na classificação dos três critérios permite encontrar uma pontuação final que corresponderá à classe social, conforme a classificação que se segue:

- **Classe I:** Famílias cuja soma de pontos vai de 3 a 4.
- **Classe II:** Famílias cuja soma de pontos vai de 5 a 7.
- **Classe III:** Famílias cuja soma de pontos vai de 8 a 10.
- **Classe IV:** Famílias cuja soma de pontos vai de 11 a 13.
- **Classe V:** Famílias cuja soma de pontos vai de 14 a 15.

As informações obtidas foram informatizadas utilizando os programas *Microsoft Office Excel* para introdução dos dados, e o *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)* versão 15.0, para análise estatística dos dados, da seguinte forma:

- A cada célula foi atribuído um número correspondente ao número da questão, em coluna;
- A cada resposta foi atribuído um valor correspondente à resposta dada:
 - ✓ Idade – número de anos;
 - ✓ Género – Feminino (1); Masculino (2); Não respondeu (9);
 - ✓ Respostas de: Sim (1); Não (2); Não respondeu (9);
 - ✓ Profissão, Habilitações Literárias e Remuneração – 1º Grau (1); 2º Grau (2); 3º Grau (3); 4º Grau (4); e 5º Grau (5).

3 – Resultados

A amostra de conveniência foi constituída por 327 indivíduos, sendo 158 do género masculino (48,3%) e 169 do género feminino (51,7%), com idades compreendidas entre os 18 e os 88 anos (**Tabela 1**).

		Idade (anos)				p
		n (%)	Min - Máx	Média (\pm dp)	Mediana (AIQ)	
Todos		327 (100%)	18-88	42,9 (\pm 15,5)	39 (19)	
Género	Feminino	169 (51,7%)	18-88	42 (\pm 16)	38 (21)	0,101*
	Masculino	158 (48,3%)	18-86	44 (\pm 14,8)	42 (18)	
Classe	I	17 (5,2%)	23-67	43,3 (\pm 12,2)	38 ^{bc} (17,5)	< 0,001**
	II	109 (33,3%)	20-70	39 (\pm 10,2)	37 ^c (13,5)	
	III	68 (20,8%)	19-86	40 (\pm 16,1)	35 ^{bc} (18,75)	
	IV	103 (31,5%)	18-80	42,2 (\pm 13,6)	43 ^b (21)	
	V	30 (9,2%)	18-88	66,3 (\pm 17,9)	70 ^a (20,25)	
Tratamento ortodôntico	sim	64 (19,6%)	18-57	32,9 (\pm 8,6)	32,5 (9,75)	< 0,001*
	não	261 (79,8%)	18-88	54,5 (\pm 15,8)	43 (20)	

* - Teste U-Mann-Whitney; ** - Teste de Kruskal-Wallis;
^{a,b,c} – letras diferentes indicam diferenças significativas na idade de acordo com o Teste U- Mann-Whitney

Tabela 1 – Distribuição da idade (anos) dos inquiridos, globalmente, por género, por classe sócio-económica e por realização prévia de tratamento ortodôntico.

Conforme pode ser observado (**Tabela 1**) não existem diferenças de idades por género ($p=0,001$) nos participantes mas que existem diferenças na idade por classe socio-económica. Os participantes pertencentes à classe V de Graffar apresentam idades (anos) significativamente mais elevadas que os das restantes classes e aqueles da classe II de Graffar idades significativamente menos elevadas que as restantes. Verifica-se ainda que os inquiridos que já realizaram tratamentos ortodônticos são significativamente mais jovens que os que não realizaram ($p<0,001$).

Verifica-se ainda que há uma associação estatística (teste de qui-quadrado, $p<0,0001$) entre a idade e a classe sócio-económica, sendo que os inquiridos com idades mais elevadas estão na generalidade associados a classes sócio-económicas mais desfavorecidas, ou seja às classes IV e V de Graffar (**Tabela 2**).

		Idade (anos)				Total	
		18-32 anos	33-39 anos	40-51 anos	>51 anos		
Classe socio-económica	Classe I	n (%)	1 (5,9%)	8 (47,1%)	4 (23,5%)	4 (23,5%)	17 (100%)
	Classe II	n (%)	34 (31,2%)	32 (29,4%)	32 (29,4%)	11 (10,1%)	109 (100%)
	Classe III	n (%)	27 (39,7%)	16 (23,5%)	11 (16,2%)	14 (20,6%)	68 (100%)
	Classe IV	n (%)	28 (27,2%)	16 (15,5%)	33 (32,0%)	26 (25,2%)	103 (100%)
	Classe V	n (%)	2 (6,7%)	2 (6,7%)	1 (3,3%)	25 (83,3%)	30 (100%)
Total		n (%)	92 (28,1%)	74 (22,6%)	81 (24,8%)	80 (24,5%)	327 (100%)

$\chi^2=87,71$;g.l.=12; **p<0,0001**

Tabela 2 – Relação da idade (anos) dos inquiridos (subdividida por quartís) por classe socio-económica.

A análise da distribuição das respostas dos inquiridos relativamente às questões colocadas acerca da sua aparência (**Tabela 3**) permite indicar que 52,3% dos indivíduos afirma não gostar (ou seja 52,3% respondem “Sim, não gosto...”) da cor dos seus dentes. Relativamente às restantes perguntas directamente relacionadas com o aspecto dentário ou gengival não existem grandes variações no padrão de respostas, com pelo menos 2/3 dos inquiridos a referirem que se encontram satisfeitos no que concerne a estes parâmetros.

No que diz respeito à questão “já realizou tratamento ortodôntico” (**Tabela 3**) os resultados indicam que a maioria dos inquiridos (80,3%) nunca realizou este tratamento.

A avaliação da satisfação quanto à aparência facial dos inquiridos (**Tabela 3**) permitiu verificar que 73,8% dos indivíduos afirmam não estar satisfeitos, o que corrobora a tendência verificada na relação existente entre a estética facial e o sorriso, já que, 70,9% dos inquiridos entendem que o podem melhorar.

Pergunta:	Total	Frequência (%)	
		Sim	Não
Não gosta da cor dos seus dentes?*	327	171(52,3%)	156 (47,7%)
Tem espaços entre os dentes?	327	111 (33,9%)	216 (66,1%)
Os seus dentes estão lascados ou têm margens irregulares?	325	99 (30,5%)	226 (69,5%)
Tem espaços negros visíveis entre os dentes?	325	51 (15,7%)	274 (83,8%)
Os seus dentes são muito curtos ou pequenos?	319	53 (16,6%)	266 (83,4%)
Os seus dentes são muito longos ou grandes?	325	56 (17,1%)	269 (82,8%)
Os seus dentes estão apinhados ou encavalitados?	324	66 (20,4%)	257 (79,6%)
Os seus dentes parecem (cortados/estreitos) na linha gengival?	318	30 (9,4%)	288 (90,6%)
Mostra as suas gengivas quando sorri?	326	94 (28,8%)	232 (71,2%)
Sente as suas gengivas doentes?	327	72 (22%)	255 (78%)
Parece-lhe que as gengivas têm contornos irregulares?	324	50 (15,4%)	274 (84,6%)
Já fez algum tratamento ortodôntico (aparelho dentário)?	325	64 (19,7%)	261 (80,3%)
Não está satisfeito(a) com a sua aparência facial?*	325	240 (73,8%)	85 (26,2%)
Se o seu sorriso fosse melhorado ficaria mais satisfeito(a)?	323	229 (70,9%)	94 (29,1%)

*Questão reformulada na negativa para efeitos de tratamento de dados.

Tabela 3 – Distribuição de respostas dos inquiridos relativamente às questões colocadas.

O diagrama apresentado (**Figura 10**) permite compreender as mudanças que os inquiridos entendem necessitar para melhorar o seu sorriso. Pode observar-se que a cor dos dentes é o aspecto mais referido. Este resultado está de acordo com o esperado dado que é consentâneo com os resultados obtidos para a pergunta “Gosta da cor dos seus dentes?”, uma vez que 52,3 % afirma não gostar.

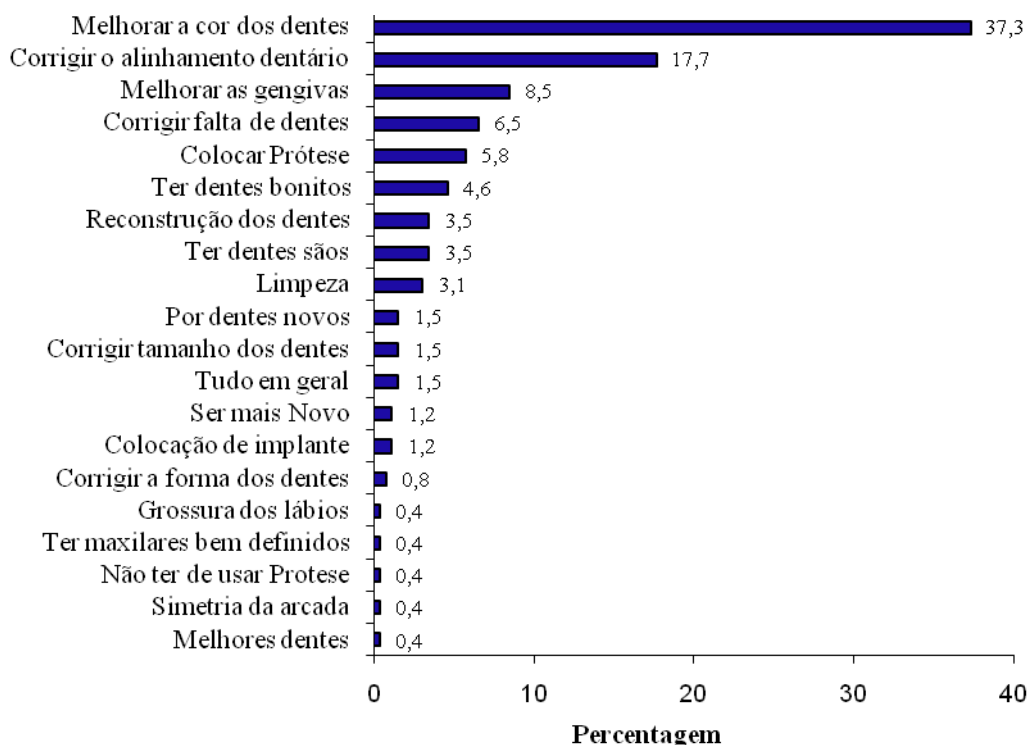


Figura 10 – Distribuição de frequência para a questão “O que acha que poderia melhorar no seu sorriso?”, com base em 260 respostas obtidas.

		Escala de satisfação estética				
		n (%)	Min - Máx	Média (± dp)	Mediana (AIQ)	p
Todos		372 (100)	10-26	22,2 (3)	23 (3)	
Género	Feminino	169 (51,7%)	13 – 26	22,12 (±2,85)	23 (3)	0,174*
	Masculino	158 (48,3%)	10 – 26	22,29 (±3,24)	23 (4)	
Classe	I	17 (5,2%)	21 – 26	24,00 (±1,50)	24 ^a (2)	< 0,001**
	II	109 (33,3%)	19 – 16	23,45 (±1,77)	24 ^a (3)	
	III	68 (20,8%)	10 – 26	22,85 (±3,26)	23 ^a (3)	
	IV	103 (31,5%)	13 – 26	20,68 (±2,98)	21 ^b (4)	
	V	30 (9,2%)	14 – 26	20,43 (±3,92)	22 ^b (9)	
Tratamento ortodôntico	sim	64 (19,7%)	14 – 26	23,19 (±2,42)	23,5 ^a (3)	0,005*
	não	261 (80,3%)	10 - 26	21,97 (±3,15)	23 ^b (3)	

* - T.U- Mann-Whitney; ** - T. Kruskal-Wallis; ^{a,b} – letras diferentes indicam diferenças significativas na escala de Satisfação Pessoal, de acordo com o Teste de Mann-Whitney

Tabela 4 – Distribuição da escala de satisfação estética segundo o género, a classe sócio-económica e a realização prévia de algum tratamento ortodôntico.

Conforme se pode observar pela descrição do grau de satisfação estética pessoal global dos inquiridos (**Tabela 4**) por género, por classe socio-económica, e por realização prévia de tratamentos ortodônticos, genericamente o grau de satisfação estético não difere por género ($p=0,174$). Contudo, o grau de satisfação estética pessoal varia de acordo com a classe socio-económica sendo que os inquiridos das classes I, II e III de Graffar apresentam grau de satisfação relativa à sua estética dentária significativamente superior ($p<0,001$) à daqueles pertencentes às classes mais desfavorecidas, as classes IV e V. Adicionalmente, os inquiridos que já realizaram tratamento ortodôntico mais frequentemente indicam satisfação quanto à aparência estética do que aqueles que nunca realizaram este tratamento ($p=0,005$). Aproximadamente, 1/5 da amostra já realizou tratamento ortodôntico.

A **Tabela 5** pretende apresentar uma sistematização das respostas à questão "O que acha que poderia melhorar no seu sorriso?" conforme a classe sócio-económica dos inquiridos. Sendo a resposta do tipo aberta, não existiu qualquer tipo de influência ou indução da resposta, sendo esta completamente espontânea. A análise é meramente factual, não permitindo extrapolar qualquer dedução acerca da motivação das mesmas.

Ao analisar a distribuição das frequências das respostas à questão "O que acha que poderia melhorar no seu sorriso?" por classe sócio-económica (**Tabela 5**) é possível evidenciar seis parâmetros de intervenção, nomeadamente em relação a melhorar a cor dos dentes, a corrigir o alinhamento dentário, a melhorar as gengivas, a corrigir a falta de dentes, a colocação prótese, a colocação de implantes e a associação de ter dentes bonitos e são.

Uma vez que os inquiridos da classe V apresentam idades significativamente mais elevadas que os das restantes classes algumas respostas podem reflectir preocupações inerentes a idades mais avançadas. Contudo, a cor é um factor relevante e transversal às diferentes classes sócio-económicas.

No que diz respeito à vontade de alinhar os dentes, a maioria dos inquiridos (56,5%) que mostra esta vontade pertence à classe II, embora também seja relevante a vontade da classe IV representando 30,5%. É de notar que nenhum inquirido pertencente à classe V referiu preocupação em alinhar os dentes.

O que acha que poderia melhorar no seu sorriso?	Classe I	Classe II	Classe III	Classe IV	Classe V	Total
Melhorar a cor dos dentes	5 (5,2%)	34 (35,1%)	20 (20,6%)	32 (32%)	6 (6,2%)	97 (100%)
Corrigir falta de dentes	-	1 (5,9%)	2 (11,8%)	9 (52,9%)	5 (29,4%)	17 (100%)
Ter dentes sãos	-	-	2 (22,2%)	7 (77,8%)	-	9 (100%)
Ter dentes bonitos	-	-	1 (8,3%)	7 (58,3%)	4 (33,3%)	12 (100%)
Corrigir o alinhamento dentário	2 (4,3%)	26 (56,5%)	4 (8,7%)	14 (30,5%)	-	46 (100%)
Limpeza	-	1 (12,5%)	6 (75%)	1 (12,5%)	-	8 (100%)
Melhores dentes	-	1 (100%)	-	-	-	1 (100%)
Colocar Prótese	-	-	6 (40%)	3 (20%)	6 (40%)	15 (100%)
Reconstrução dos dentes	-	1 (11,1%)	-	6 (66,7%)	2 (22,2%)	9 (100%)
Tudo em geral	-	-	2 (50%)	2 (50%)	-	4 (100%)
Simetria da arcada	-	1 (100%)	-	-	-	1 (100%)
Colocação de implante	1 (33,3%)	2 (66,7%)	-	-	-	3 (100%)
Corrigir a forma dos dentes	-	1 (50%)	-	1 (50%)	-	2 (100%)
Melhorar as gengivas	2 (9,1%)	8 (36,4%)	2 (9,1%)	9 (40,9%)	1 (4,5%)	22 (100%)
Corrigir tamanho dos dentes	-	1 (25%)	-	3 (75%)	-	4 (100%)
Não ter de usar Prótese	-	1 (100%)	-	-	-	1 (100%)
Por dentes novos	-	-	-	4 (100%)	-	4 (100%)
Ser mais Novo	-	-	2 (66,7%)	1 (33,3%)	-	3 (100%)
Ter maxilares bem definidos	-	1 (100%)	-	-	-	1 (100%)
Grossura dos lábios	-	-	-	1 (100%)	-	1 (100%)
Total	10	79	47	100	24	260

Tabela 5 – Distribuição das frequências, absoluta (n) e relativa (%), das respostas à questão "O que acha que poderia melhorar no seu sorriso?" por classe sócio-económica.

O melhorar as gengivas é também um factor transversal uma vez que agrupando a classe I e II e a classe IV e V, estas repartem entre si as respostas, com uma ponderação de 45,5%.

O corrigir a falta de dentes, que poderia ser também interpretado como necessidade de colocação de próteses ou implantes, é salientado maioritariamente pelas classes IV e V, não existindo referência a tal parâmetro pelos inquiridos da classe I.

Em relação à manifestação de vontade de colocar prótese é possível observar (**Tabela 5**) de tanto os inquiridos da classe I como os da classe II não revelam tal intenção (0%). Neste parâmetro, a maioria dos inquiridos (60%) que referem esta intenção pertencem às classes IV e V de Graffar.

Em oposição à vontade de colocar prótese, a vontade de colocação de implantes é expressa apenas pelas classes I e II, sendo maioritariamente expressa por inquiridos da classe II de Graffar (66,7%), que conforme referido anteriormente, é constituída pelos inquiridos de idades mais jovens.

Os parâmetros ter dentes bonitos e ter dentesãos não são referidos por indivíduos pertencentes às classes I e II, sendo a classe IV a que mais salienta estes dois aspectos.

A análise sócio-económica, particularmente das classes extremas (**Tabela 5**) ou seja classe I e classe V, constata-se que existem parâmetros coincidentes como a cor e o melhorar gengivas. Preocupações com o alinhamento dentário, colocação de implantes são aspectos referidos pela classe I, enquanto a classe V demonstra preocupações a nível da falta de dentes, colocação de prótese e de ter dentes bonitos.

A análise da distribuição das frequências de resposta à questão “Já fez algum tratamento ortodôntico?” segundo a resposta à questão “O que acha que poderia melhorar no seu sorriso?” (**Tabela 6**) permite salientar que 54% das respostas dadas se referem aos aspectos relacionados com a cor dos dentes e o alinhamento dentário. Contudo, os dados indicam que 22,7% dos inquiridos que já realizaram tratamento ortodôntico continuam a manifestar insatisfação quanto ao alinhamento dentário, registando a vontade em corrigir o alinhamento dentário.

O que acha que poderia melhorar no seu sorriso?	Já fez algum tratamento ortodôntico?		
	Sim	Não	Total
Melhorar a cor dos dentes	20 (21,1%)	75 (78,9%)	95 (100%)
Corrigir falta de dentes	-	17 (100%)	17 (100%)
Ter dentes sãos	1 (11,1%)	8 (88,8%)	9 (100%)
Ter dentes bonitos	-	12 (100%)	12 (100%)
Corrigir o alinhamento dentário	10 (22,7%)	34 (77,3%)	44 (100%)
Limpeza	-	8 (100%)	8 (100%)
Melhores dentes	1 (100%)	-	1 (100%)
Colocar Prótese	1 (6,7%)	14 (93,3%)	15 (100%)
Reconstrução dos dentes	-	9 (100%)	9 (100%)
Tudo em geral	2 (50%)	2 (50%)	4 (100%)
Simetria da arcada	-	1 (100%)	1 (100%)
Colocação de implante	1 (33,3%)	2 (66,7%)	3 (100%)
Corrigir a forma dos dentes	-	2 (100%)	2 (100%)
Melhorar as gengivas	6 (27,3%)	16 (72,7%)	22 (100%)
Corrigir tamanho dos dentes	2 (50%)	2 (50%)	4 (100%)
Não ter de usar Prótese	-	1 (100%)	1 (100%)
Por dentes novos	-	4 (100%)	4 (100%)
Ser mais Novo	-	3 (100%)	3 (100%)
Ter maxilares bem definidos	-	1 (100%)	1 (100%)
Grossura dos lábios	1 (100%)	-	1 (100%)
Total	45	211	256

Tabela 6 – Distribuição das frequências (absoluta e relativa) de resposta à questão “Já fez algum tratamento ortodôntico?” segundo a resposta à questão “O que acha que poderia melhorar no seu sorriso?”.

Pela análise da distribuição das frequências de respostas à questão “Não está satisfeito(a) com a sua aparência facial?” segundo a resposta à questão “O que acha que poderia melhorar no seu sorriso?” (**Tabela 7**), pode observar-se que aproximadamente 2/3 do total de respostas realçam a importância para os inquiridos de três parâmetros, nomeadamente a cor dos dentes, o alinhamento dentário e a possibilidade de melhorar as gengivas. Estes resultados sugerem que na avaliação da aparência facial ao nível da estética dentária estes parâmetros são os que mais influem na insatisfação manifestada pelos inquiridos.

O que acha que poderia melhorar no seu sorriso?	Não está satisfeito(a) com a sua aparência facial?		
	Não	Sim	Total
Melhorar a cor dos dentes	31 (32%)	66 (68%)	97 (100%)
Corrigir falta de dentes	9 (52,9%)	8 (47,1%)	17 (100%)
Ter dentes sãos	4 (57,1%)	3 (42,9%)	7 (100%)
Ter dentes bonitos	9 (75%)	3 (25%)	12 (100%)
Corrigir o alinhamento dentário	13 (28,3%)	33 (71,7)	46 (100%)
Limpeza	-	8 (100%)	8 (100%)
Melhores dentes	-	1 (100%)	1 (100%)
Colocar Prótese	9 (60%)	6 (40%)	15 (100%)
Reconstrução dos dentes	6 (66,7%)	3 (33,3%)	9 (100%)
Tudo em geral	3 (75%)	1 (25%)	4 (100%)
Simetria da arcada	-	1 (100%)	1 (100%)
Colocação de implante	1 (33,3%)	2 (66,7%)	3 (100%)
Corrigir a forma dos dentes	1 (50%)	1 (50%)	2 (100%)
Melhorar as gengivas	4 (18,2%)	18 (81,8%)	22 (100%)
Corrigir tamanho dos dentes	2 (50%)	2 (50%)	4 (100%)
Não ter de usar Prótese	-	1 (100%)	1 (100%)
Por dentes novos	2 (50%)	2 (50%)	4 (100%)
Ser mais Novo	-	3 (100%)	3 (100%)
Ter maxilares bem definidos	-	1 (100%)	1 (100%)
Grossura dos lábios	1 (100%)	-	1 (100%)
Total	95	163	258

Tabela 7 – Distribuição das frequências (absoluta e relativa) de respostas à questão “Não está satisfeito(a) com a sua aparência facial?” segundo a resposta à questão “O que acha que poderia melhorar no seu sorriso?”.

A distribuição das frequências da escala de satisfação pessoal relativa ao aspecto dentário segundo a resposta à questão “O que acha que poderia melhorar no seu sorriso?” (**Tabela 8**) permite avaliar a escala de satisfação pessoal relativamente aos aspectos que os inquiridos acham que podem melhorar no seu sorriso, considerando a distribuição dos menos satisfeitos (<23) e mais satisfeitos (>=23). A leitura desta tabela deverá ser articulada com a distribuição de idade e do grau de satisfação pessoal pelas classes sócio-económicas (**Tabela 1 e 4**, respectivamente).

O que acha que poderia melhorar no seu sorriso?	Escala de satisfação pessoal sobre estética dentária		Total
	<23*	>=23*	
Melhorar a cor dos dentes	50 (51,5%)	47 (48,5 %)	97 (100%)
Corrigir falta de dentes	16 (94,1%)	1 (5,9%)	17 (100%)
Ter dentes sãos	7 (77,8%)	2 (22,2%)	9 (100%)
Ter dentes bonitos	10 (83,3%)	2 (16,7%)	12 (100%)
Corrigir o alinhamento dentário	28 (60,9%)	18 (39,1%)	46 (100%)
Limpeza	1 (12,5%)	7 (87,5%)	8 (100%)
Melhores dentes	1 (100%)	0 (0%)	1 (100%)
Colocar Prótese	9 (60%)	6 (40%)	15 (100%)
Reconstrução dos dentes	9 (100%)	0 (0%)	9 (100%)
Tudo em geral	4 (100%)	0 (0%)	4 (100%)
Simetria da arcada	1 (100%)	0 (0%)	1 (100%)
Colocação de implante	1 (33,3%)	2 (66,7%)	3 (100%)
Corrigir a forma dos dentes	2 (100%)	0 (0%)	2 (100%)
Melhorar as gengivas	8 (36,4%)	14 (63,6%)	22 (100%)
Corrigir tamanho dos dentes	4 (100%)	0 (0%)	4 (100%)
Não ter de usar Prótese	0 (0%)	1 (100%)	1 (100%)
Por dentes novos	4 (100%)	0 (0%)	4 (100%)
Ser mais Novo	3 (100%)	0 (0%)	3 (100%)
Ter maxilares bem definidos	0 (0%)	1 (100%)	1 (100%)
Grossura dos lábios	0 (0%)	1 (100%)	1 (100%)
Total	158	102	260

Tabela 8 – Distribuição das frequências (absoluta e relativa) da escala de satisfação pessoal relativa ao aspecto dentário segundo a resposta à questão “O que acha que poderia melhorar no seu sorriso?”.

*O ponto de corte “23” corresponde ao valor da mediana das observações da escala de satisfação pessoal de todos os inquiridos (ver **Tabela 4**)

Na **Tabela 1** verificou-se que as classes mais jovens estão associadas à classificação de classe II de Graffar, seguida das classes I, III, e IV (ainda que esta última já possuísse idade mais elevada mas não o suficiente para ser detectada como estatisticamente diferente). Na **Tabela 4** verificou-se que o grau de satisfação dentária era mais elevado nas classes I, II e III. Assim, a observação dos resultados apresentados na **Tabela 8**, revelam que a correcção de falta de dentes, ter dentes sãos e ter dentes bonitos, ter

melhores dentes, colocar prótese, reconstruir dentes, corrigir a forma e o tamanho dos dentes, colocar dentes novos, ser mais jovem, são preocupações maioritariamente (mais de 75% de respostas) expressas por inquiridos, abaixo da mediana na escala de satisfação pessoal sobre estética dentária, sendo estes também os mais indivíduos mais idosos e pertencentes a classes socio-económicas mais desfavorecidas. Em contrapartida, a colocação de implantes, o melhorar as gengivas, não ter de usar a prótese, ter maxilares bem definidos e a grossura dos lábios, são aspectos mais frequentemente evidenciados (em alguns casos só focados) por inquiridos com grau de satisfação mais elevado, mais jovens e pertencentes a escalões socio-económicos genericamente mais elevados.

4 – Discussão

A estética surge como uma preocupação para os Médicos Dentistas devido, essencialmente, à existência de padrões estéticos que fomentam preocupações aos níveis das aparências facial e dentária (Kokich, 2006).

Bennett aponta a simetria facial assim como a forma, o tamanho e a cor dos dentes, e o tipo de sorriso, como parâmetros com os quais os Médicos Dentistas diariamente lidam (Bennett, 2001).

As vontades dos pacientes devem ser avaliadas pelo Médico Dentista na anamnese, aquando do preenchimento da ficha clínica, permitindo avaliar as necessidades psicológicas do mesmo para que seja possível alcançar a satisfação (Limberte, 2003).

Antes de proceder à discussão de resultados, importa referir os critérios de exclusão utilizados. Para além dos questionários não respondidos ou respondidos de forma incorrecta, foram ainda considerados aqueles que foram respondidos por desempregados e estudantes. Estes últimos critérios resultam da aplicação da escala de Graffar utilizada para enquadramento sócio-económico dos inquiridos.

Os resultados obtidos com este estudo acerca da satisfação relativamente à aparência facial (**Anexo 20**), evidenciam que a maioria dos inquiridos (73,8%) afirmam não estar satisfeitos, o que corrobora a tendência verificada na relação existente entre a estética facial e o sorriso, já que, 70,9% dos inquiridos entendem que o podem melhorar. Estes resultados contrariam os obtidos por Samorodnitzky-Naveh et al., num estudo realizado a 407 indivíduos que frequentavam as consultas na *Military Dental Clinic*, dado que este conclui que 62,7% dos inquiridos estavam satisfeitos com a sua aparência dentária (Samorodnitzky-Naveh, 2007).

Os pacientes com insatisfação muito elevada relativamente ao seu sorriso tendem a manifestar uma série de expressões de defesa, como o tapar a boca com a mão,

afectando aspectos directamente relacionados com o estilo de vida que o indivíduo adopta (Hungerford, 2000).

Ao analisar os resultados relativos à satisfação específica da cor dos dentes, verifica-se que a cor sobressai de forma transversal em todos os critérios utilizados, dado que 52,3% (**Tabela 3**) dos inquiridos afirmam não estarem satisfeitos com a cor dos seus próprios dentes. De acordo com os resultados obtidos no estudo anteriormente referido, estes seguem o mesmo padrão, uma vez que 19,7% dos inquiridos apesar de referirem estarem satisfeitos com a sua aparência dentária, referem insatisfação relativamente à cor, sendo o total de insatisfeitos de 57% (Samorodnitzky-Naveh, 2007).

Limberte relembra que os dentes naturais não são brancos. No entanto, os pacientes tendem a auto-avaliarem-se relativamente à sua imagem e à exteriorização que provocam, de onde provém uma satisfação ou um desconforto emocional (Limberte, 2003).

Não existem grandes variações nas restantes respostas directamente relacionadas com o aspecto dentário ou gengival. Um aspecto comum a todas as questões é que 2/3 ou mais dos inquiridos se encontrarem satisfeitos no que concerne a estes parâmetros.

Quando se aborda a importância para os pacientes do alinhamento dentário, constata-se que 17,7% dos inquiridos (**Figura 10**) gostaria de corrigi-lo. No entanto, no que diz respeito à questão se “já realizou tratamento ortodôntico” (**Tabela 3**), os resultados evidenciam que a maioria nunca o fez (80,3%). Um dado curioso a salientar prende-se com o facto de inquiridos que já realizaram tratamento ortodôntico manifestarem insatisfação (22,7%) relativamente ao seu alinhamento dentário (**Tabela 6**).

A comparação dos resultados acerca do parâmetro alinhamento dentário obtidos no presente estudo com aqueles do estudo realizado por Samorodnitzky-Naveh et al., são coincidentes e similares. Assim, dos inquiridos que manifestaram insatisfação relativamente à aparência global dos seus dentes, 23,7% (36 inquiridos) responsabilizam o alinhamento dentário por tal insatisfação, sendo que 26 destes referem já ter realizado tratamento ortodôntico (Samorodnitzky-Naveh, 2007).

Aquando da referência sobre o alinhamento dentário importa salientar que o sucesso do tratamento ortodôntico não é da exclusiva responsabilidade do Médico Dentista, sendo também a colaboração por parte do paciente um factor decisivo (Pinzan, 1997).

Os resultados obtidos corroboram a revisão de literatura realizada no que concerne aos parâmetros estéticos na Medicina Dentária.

Esta convergência de resultados pode constituir um alerta para os Médicos Dentistas particularmente à atenção que deve ser dada às expectativas dos pacientes, com vista ao alcance do sucesso dos tratamentos realizados e para que os pacientes atinjam o seu bem-estar psicológico e emocional, traduzindo-se numa satisfação plena dos resultados do tratamento.

Como o referido na revisão de literatura, a auto-imagem de um paciente deve assumir um papel fundamental na averiguação da necessidade de um tratamento e no julgamento clínico do Médico Dentista, relativo à estética (Goldstein, 2000).

III- CONCLUSÕES

Este estudo pretendeu avaliar as expectativas estéticas dos pacientes relacionando-as com o marketing na prática da Medicina Dentária.

Nesse sentido, partiu-se do conceito de Marketing Pessoal e dos seus instrumentos para concretizar a existência da relação entre este e a Medicina Dentária Estética. Esta relação advém da crescente pressão exercida pelas sociedades modernas na imagem pessoal. A revisão de literatura conduziu à seguinte premissa: a estética pode interferir no sucesso pessoal e profissional.

A partir daqui, os indivíduos sentem a necessidade de se avaliar em termos estéticos e ambicionar chegar àquilo que comumente se designa de padrões estéticos vigentes. Com as exigências crescentes, os indivíduos procuram minimizar as diferenças entre a sua aparência estética e os padrões, proporcionando à Medicina Estética bem como à Medicina Dentária Estética um vasto campo de intervenção, que é cada vez mais frequente. As técnicas a este nível têm-se desenvolvido rapidamente e propagado a toda a comunidade científica. A este nível, os estudos realizados, e que foram descritos na revisão da literatura, permitem concluir que a intervenção do Médico Dentista não se restringe ao tratamento da dor e mesmo neste a preocupação estética deve estar sempre presente. Porém, o domínio da técnica não é, *per si*, na área da Medicina Dentária Estética condição de sucesso.

O facto de paciente ter em mente um padrão estético remete-o para uma expectativa acerca do resultado produzido, devendo este encontrar-se o mais próximo possível do padrão. Contudo, nem sempre é possível alcançar tal patamar e, por isso, os Médicos Dentistas deverão saber gerir as expectativas dos seus pacientes. O capítulo que se dedicou a este tema teve como propósito único alertar para a importância de perceber as necessidades do paciente, bem como os resultados que espera obter com o tratamento. Uma vez resumida essa informação caberá ao Médico Dentista, possuidor do conhecimento técnico, comunicar ao paciente os tratamentos a realizar bem como os resultados por si produzidos. A discrepância entre o resultado esperado e o resultado obtido conduzirá a um determinado nível de satisfação.

No presente estudo empírico pretendeu-se avaliar o grau de satisfação estética dos pacientes. Os resultados obtidos permitiram tirar as seguintes conclusões:

- a satisfação relativa à aparência facial está relacionada com a satisfação dentária;
- os inquiridos das classes I, II e III de Graffar apresentam uma satisfação pessoal relativamente à sua estética dentária significativamente superior ao daqueles das classes IV e V;
- aproximadamente 1/5 da amostra já realizou tratamento ortodôntico e alguns destes, persistem em referir insatisfação quanto ao alinhamento dentário;
- dos parâmetros de satisfação estética dentária a melhorar evidenciam-se seis: cor, alinhamento dos dentes, melhorar as gengivas, colocar prótese, colocar implantes e ter dentes bonitos e sãos;
- os aspectos que mais influenciam em termos de satisfação da estética dentária são a cor dos dentes, o alinhamento dentário e as gengivas.

A abordagem proposta não se esgota em si. Pretende-se apenas estabelecer um ponto de partida para futuras investigações.

A forma como podem ser geridas as expectativas dos pacientes por parte do Médico Dentista, bem como os factores que as influenciam, são alguns dos temas ainda pouco estudados. Estes podem, em termos de prestação do serviço médico, fazer toda a diferença na qualidade do serviço prestado. Contudo, o Marketing não se confina ao tema aqui desenvolvido pelo que se devem estabelecer novos paralelos no âmbito da relação entre a Medicina Dentária e o Marketing.

A linha limite entre o Marketing e a Ética na Medicina Dentária é muito ténue, pelo que se exige uma concertação entre as acções de Marketing e o Código Deontológico, tema que merece ser, igualmente, discutido.

IV- BIBLIOGRAFIA

AHMAD, I. (1998). Geometric consideration in anterior dental aesthetics: restorative principles. *Pract Periodont Aesthetic Dent.* V. 10, n. 7, p. 813-823, Set.

ALLEY, T. R.; HILDEBRANDT, K. A. (1988). *Determinants and consequences of facial aesthetics.* In: ALLEY, T. R. Social and applied aspects of perceiving faces. Hillsdale: Lawrence Erlbaum.

AMERICAN ACADEMY OF COSMETIC DENTISTRY (1998). <<http://www.amapdx.org>. [Consulta realizada a 10/06/2008]

AMERICAN MARKETING ASSOCIATION – AMA. *Dictionary of marketing terms.* Disponível em: <http://www.marketingpower.com>. [Consulta realizada a 08/02/2008]

BARATIERI, L. N.; MONTEIRO Jr., S.; ANDRADA, M. A. C.; VIEIRA, L. C. C. (1993). *Clareamento dental.* Chicago: Quintessence.

BARATIERI, L.N. et al (1995). *Estética. Restaurações adesivas diretas em dentes anteriores fraturados.* São Paulo, Livraria e Editora Santos, p. 273-294.

BARATIERI, L.N.; RITTER, A. V.; MONTEIRO Jr., S. (1996). Clareamento dental ao alcance de todos, In: TODESCAN, F. F.; BOTTINO, M. A. (Coord.). *Atualização na clínica odontológica.* São Paulo: APCD, p. 131-159.

BATESON, J. E.G.; HOFFMAN, K. D. (2001). *Marketing de serviços.* 4. ed. Porto Alegre: Bookman.

BECKER, A.; SHAPIRA, J.; CHAUSHU, S. (2000). Orthodontic treatment for disabled children: motivation, expectation and satisfaction. *Eur. J. Orthod.*

BENNETT, M.; TULLOCH, J.; VIG, K.; PHILLIPS, C. (2001). Measuring orthodontic treatment satisfaction: questionnaires development and preliminary validation. *J. Public Health Dent.*

BERRY, L.; ZEITHAML, A.; PARASURAMAN, A. (1992) Five imperatives for improving service quality. In: *Managing services: marketing, operations and human resources,* USA: Prentice Hall International.

BOGMANN, Itzhak Meir. (2001). *Marketing de relacionamento: estratégias de fidelização e suas implicações financeiras.* São Paulo: Nobel.

BORDIN FILHO, S. (2002). *Marketing Pessoal: 100 dicas para valorizar a sua imagem.* Rio de Janeiro: Record.

BRISMAN, A. S. (1980). Esthetics: a comparison of dentists and patients concepts. *J. AM. Dent. Association.*, v. 100, n. 3, p. 345- 352, Mar.

BRUCE, V.; YOUNG, A. (1998). *In The Eye Of The Beholder: The Science Of Face Perception.* Oxford University Press: Oxford.

CÂMARA, C. (2006). Estética em Ortodontia: Diagramas de Referências Estéticas Dentárias (DRED) e Faciais (DREF), *R Dental Press Ortodon Ortop Facial*, Maringá, v. 11, n. 6, p. 130-156.

CHAIN, M. C.; RODRIGUES, C. C.; ADRIANI, O. (2000). *Estética: dominando os desejos e controlando as expectativas*. In: CARDOZO, R. J.; GONÇALVES, E. A. N. Estética: odontologia arte ciência técnica. São Paulo: Artes Médicas.

COELHO, Paulo (1997). *Manual do Guerreiro da Luz*. Editora Pregaminho.

CRAWFORD, E. C. (1991). The face – an orthodontic perspective. *Austr. Orthod. J.*

CRISPIN, B. J. (1998). *Bases Prácticas de la Odontología Estética*. Ed. Masson, pp.1-22.

CROSS, J. F.; CROSS, J.(1971) Age, sex, race and the perception of facial beauty. *Rev Psychol*.

DAVIDSON, J. (1999). *Faça seu marketing pessoal e profissional*. São Paulo: Madras.

DE DEUS, Q. D. (1992). *Endodontia*. 5ª. ed. Rio de Janeiro: Medsi, p. 627-640.

DEMARCO, F. F.; GARONE NETTO, N. (1995). Efeitos adversos do clareamento em dentes endodonticamente tratados. *Rev. Odontol. Univ. São Paulo*, v. 9, n. 1, p. 51-58.

DERBABIAN, K.; MARZOLAR, R.; DONOVAN, T. E.; ARCIDIACONO, A. (2001). The science of communicating the art of esthetic dentistry – Part III: Precise shade communication. *J. Esthet. Restor Dent*.

DRUCKER, P. (2003). The essential Drucker: The best of sixty years of Peter Drucker's essential writing on management. Disponível em: <<http://web3.streamhoster.com/idstaff/pdf/ebookexcerpts/9780060010546.pdf>> [Consulta realizada a 20/06/2008]

DUARTE, C. A.; CASTRO, M. (2004). Alterações periodontais estéticas. In: DUARTE, C. A.; CASTRO, M. *Cirurgia estética periodontal*. São Paulo: Santos.

ENQUIST, M.; GHIRLANDA, S.; LUNDQUIST, D.; WACHTMEISTER, C. A. (2002). *An ethological theory of attractiveness*. In: Facial attractiveness: Evolutionary, cognitive and social perspectives. Ed. Rhodes, G. & Zebrowitz, L. A. London: Ablex.

EREVELLES, S. y LEAVITT, C. (1992): “A Comparison of Current Models of Consumer Satisfaction/Dissatisfaction”. *Journal of Consumer Satisfaction, Dissatisfaction and Complaining Behavior*, Vol.5, pp.104-114.

Escala de Graffar. Disponível em: http://es.wikipedia.org/wiki/Clasificaci%C3%B3n_de_Graffar [Consulta realizada a 10/03/2008]

Ética e Código Deontológico. Disponível em:
<<http://www.psicologia.com.pt/profissional/etica/>> [Consulta realizada a 10/06/2008]

FACHADA, M. O. (2000). *Psicologia das relações interpessoais*. Lisboa: Edições Rumo, Lda.

FALLEIROS Jr., H. B.; AUN, C. E. (1990). Clareamento dental – Clareamento de dentes despulpados. *Rev. Assoc. Paul Cir. Dent.*, v. 44, n. 4, p. 217-221.

FERREIRA, A. (1997). *Gestão empresarial: de Taylor aos nossos dias, evolução e tendências da moderna administração de empresas*. São Paulo: Pioneira.

FINGER, Anfrew B.; Castro, (2004). Gardênia de mudança na gestão das bibliotecas universitárias públicas através da implementação do Customer Relationship Management (CRM). In: Seminário Nacional de Bibliotecas Universitárias, Natal. *Canais eletrônicos...* Natal: UFRN, [1 CDRom].

FIRTH, D. R. (2001). The organizing vision for customer relationship management. In: AMERICAS CONFERENCE ON INFORMATION SYSTEMS, 7., Boston, Proceedings Boston, EUA: Bentley College, 2001. Disponível em: <[http://www.business.umt.edu/faculty/firth/Papers/The Organizing Vision for CRM.pdf](http://www.business.umt.edu/faculty/firth/Papers/The%20Organizing%20Vision%20for%20CRM.pdf)>. [Consulta realizada a 29/4/2008]

FORTES, M. C.(1995). A polémica da beleza. *Rev. ABO Nac.*

FRADEANI, M. (2004). *Esthetic analysis: A systematic approach to prosthetic treatment*. Quintessence Books.

FREITAS, R.; COSTA, C.; PINHO, S. (2007). Estética Facial. Disponível em: <<http://www.implanteperio.com.br/Publicacoes/PDF/3.pdf>> [Consulta realizada a 1/07/2008]

FRIEDENBERG, J. (2001). Lateral feature displacement and perceived facial attractiveness. *Psychological Reports*, v. 88, p. 295-305, 2001.

GIL, A. (2001). *Proporção Áurea Craniofacial*. São Paulo. Ed. Santos, 2001.

GOLDESTEIN, R.E. (2000). *A estética em odontologia*. Trad. de Maria de Lourdes Gianini. 2ª. ed. São Paulo: Editora Santos.

GRAY, P.; BYUN, J. (2001). Customer relationship management. Irvine: *University of California*. Disponível em: <<http://www.crito.uci.edu/publications/pdf/crm.pdf>>. [Acesso em: 18/2/2008].

GRONROOS, C. (2003). *Marketing: gerenciamento e services*. 2ª. ed. Rio de Janeiro: Campus.

HOFFMAN; BATESON, J. E. G. (2003). *Princípios de marketing de serviços: conceitos, estratégias e casos*. 2ª. ed. São Paulo: Thomson.

HUGERFORD, M. (2000). Conceitos de estética dental: a beleza está nos olhos de quem vê. In: GOLDESTEIN, R.E. *A estética em odontologia*. Trad. de Maria de Lourdes Gianini. 2ª. ed. São Paulo: Editora Santos.

INE. 2007. Anuário estatístico da região norte 2006. Instituto Nacional de Estatística, Lisboa

INE. 2004. Informação à Comunicação Social. Tipologia Sócio-económica da Área Metropolitana do Porto 2001. <http://ine-linx01.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=72831&DESTAQUESmodo=2> [Acesso em: 18/2/2008].

JACOBSON, A. (1984). Psychological of dentofacial esthetics and ortognathic surgery. *Angle Orthod.*

JOHNSTON, C. D.; BURDEN, D. J.; STEVENSON, M. R. (1999). The influence of dental to facial midline discrepancies on dental attractiveness ratings. *Eur J Orthod*, London, v. 21, no. 5 p. 517-522.

JOHNSTON, W. M.; KAO, E. C. (1989). Assessment of appearance match by visual observation and clinical colorimetry. *J. Dent. Res.*

JÚLIO, C. Alberto.(2002) *Reinventando você. A Dinâmica dos Profissionais e a Nova Organização*. Rio de Janeiro: Editora Campus.

KLAGES, U.; BRUCKNER, A.; ZENTNER, A. (2004). Dental aesthetics, self-awareness, and oral health-related quality of life in young adults. *Eu. Jor. Of orthodontics*, p. 507-514.

KOKICH, O.; KOKICH, V.; KIYAK, H. (2006). Perception of dental professionals and laypersons to altered dental esthetics: Asymmetric and symmetric situations. *American Association of Orthodontics*.

KOLLER, E.M.P. et al. (1992). Reflexão sobre a prática atual da enfermagem e prenúncios de mudanças para o século XXI. *Rev.Bras.Enf.*, v.45, n.1, p. 74-9.

KOTLER, P. (1974). Atmospheric as a marketing tool. *Journal of Retailing*. [S. 1.], v. 48.

Kotler, P. (1997), *Marketing Management*, 9th edition, Prentice-Hall, Englewood Cliffs, NJ.

KOTLER, P. (1999). *Kotler on Marketing: how to create, win and dominate markets*. Free Press Publisher.

KOTLER, P. (2000). *Administração de marketing: a edição do novo milênio*. 10ª. ed. São Paulo: Prentice Hall.

KOTLER, P., (1991). *Administração do Marketing: análise, planeamento, implementação e controle*. São Paulo: Atlas.

KOTLER, P., HAYES, T. & BLOOM, P. N. (2002). *Marketing de Serviços Profissionais: estratégias inovadoras para impulsionar sua actividade, sua imagem e seus lucros*. 2ª. ed. São Paulo: Manole.

LEVIN, E. I. (1978). Dental esthetics and golden proportion. *J. Prosthet Dent.*, v. 40, n. 3, p. 244-252.

LIMBERTE, M. S. (2003). A era de ouro da odontologia. In: LIMBERTE, M. S.; MONTENEGRO, J. R. *Estética do sorriso – arte e ciência*. São Paulo. Editora Santos.

LIMEIRA, T. M. V., (2004). *Gestão de Marketing*. São Paulo: Editora Saraiva.

LORENZO, J. A.; GUMBAU, G. C.; SANCHEZ, C. C.; NAVARRO, L. F.; PUY, M. CL. (1996). Clinical study of a halogen light-activated bleaching agent in nonvital teeth: case reports. *Quintessence Int.*, v. 27, n. 6, p. 383-388.

LOVELOCK, C. (2001). *Serviços: marketing e gestão*. São Paulo: Saraiva.

LOVELOCK, C.; WRIGHT, L. (2002). *Serviços: marketing e gestão*. São Paulo: Saraiva. 2002

MARGOLIS, M. J. (1997). *Esthetic considerations in orthodontic treatment of adults*. Dent Clin North Amer.

MASIOLI, M. A; MASIOLI, D. L. C.; DAMAZIO, W. Q. (2007). Fotografia Digital na Clínica Dentária. Disponível em: <<http://www.implanteperio.com.br/Publicacoes/PDF/3.pdf>> [Consulta realizada a 1/07/2008]

MCCAFFREY, M. (1983). *Personal Marketing Strategies. How sell Yourself, Your ideas and Your Services*. New Jersey: Ed. Spectrum book.

MEALEY, L.; BRIGSTOCK, R.; TOWNSEND, G. C. (1999). Symmetry and perceived facial attractiveness: a monozygotic co-twin comparison. *Journal of Personality and Social Psychology*. V. 76, p. 151-158.

MELO, T.S.; KANO, P.; ARAUJO Jr. E.M. (2005). Avaliação e reprodução cromática em Odontologia restauradora – Parte II: A dinâmica da luz nos dentes naturais. *Rev Clínica*; 1(4): 295-303.

MICHELI, G.; AUN, C. E.; YOUSSEF, M. N. (1987). *Estética no sorriso*. São Paulo: Ática.

MONDELLI, J. (2003). *Estética e cosmética em clínica integrada restauradora*. São Paulo: Ed. Santos.

MORLEY, Jeff D.D.S., (1999). "The Role of Cosmetic Dentistry in Restoring a Youthful Appearance," *The Journal of the American Dental Association*, August, pp. 1166-1172.

MORLEY, J.; EUBANK, J. (2001). Macroesthetic elements of smile design. *J. Am. Dent. Assoc.*, v. 132, n. 1, p. 39-45.

MOSKOWITZ, M. E.; NAYYAR, A. (1995). Determinants of dental esthetics: a rational for smile analysis and treatment. *Compend Contin Educ Dent*, v. 16, n 12, p. 1164-1186.

OLIVEIRA, Â. M.; PEREIRA, E. C. (2003). Marketing de relacionamento para a gestão de unidades de informação. *Informação e Sociedade: estudos*, v. 13, n. 2.

OLIVER, R.L., RUST, R.T. y VARKI, S. (1997): "Customer Delight: Foundations, Findings, and Managerial Insight". *Journal of Retailing*, Vol.73 (3), pp.311-336.

OMOTE, S. (1991). Efeitos da atractividade física facial das crianças sobre a percepção de outras qualidades delas. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, v. 7, n. 3, p. 295-302.

Ordem dos Médicos Dentistas - <<http://www.omd.pt/PT-PT/Texts/SubMenu.aspx?MVID=1187>> [Consultado em: 28/06/2008]

PAIVA, J. G.; ANTONIAZZI, J. H. (1988). *Endodontia: bases para a prática clínica*. 2ª. ed. São Paulo: Artes Médicas.

PECK, H.; PECK, S. (1970). A concept of facial esthetics. *Angle Orthod*, v. 40, n. 4, p. 284-318.

PENTON-VOAK, I. S.; PERRETT, D. I. (2000). Consistency and individual differences in facial attractiveness judgments – an evolutionary perspective. *Social Research*. V. 67, p. 219-245.

PEPPERS, D.; ROGERS, M. (1994). *Marketing um a um*. Rio de Faneiro: Campus.

PERRETT, I.; BURT, M.; PENTON-VOAK, S.; LEE, J.; ROWLAND, A.; EDWARDS, R. (1999). Symmetry and human facial attractiveness. *Evolution and human behavior*. V. 20, p. 295-307.

PERRETT, I.; MAY, A.; YOSHIKAWA, S. (1994). *Facial shape and judgements of female attractiveness*. Nature.

PETERS, T. (2000). *Reinventando o trabalho*. São Paulo: Campus.

PHILIPS, E. (1999). The classification of smile patterns. *J. Can Dent Assoc*. v. 65, n. 5, p. 252-254.

PIZAN, A.; VARGAS, J. N.; JANSON, G. P. R. (1997). O paciente ortodôntico quanto ao seu grau de informação e motivação, e suas expectativas acerca do tratamento. *Ortodontia*, vol. 4, p. 30-40.

RHODES, G.; PROFFIT, F.; GRADY, M.; SUMICH. (1998). Facial symmetry and the perception of beauty. *Psychonomic Bulletin & Review*. v. 5, p. 659-669.

RIEHL, H.; NUNES, M. (2007). As fontes de energia são necessárias na terapia de clareamento dental? Disponível em:
<http://www.apcd.org.br/ciosp/anais/Capitulos/Cap07_alta.pdf> [Consulta realizada a 1/07/2008]

- RUFENACH, C. (1998). *Fundamentos de estética*. São Paulo: Ed. Santos.
- SAMORODNITZKY-NAVEH, G. R.; GEIGER, S. B.; LEVIN, L. Patients' satisfaction with dental esthetics. *Jada*, v. 138, p. 805-808
- SEGHI, R. R.; JOHNSTON, W. M.; O'BRIEN, W. J. (1986). Spectrophotometric analysis of color differences between porcelain systems. *J Prosth Dent*, v. 56, p. 35-40.
- SERRÃO, Daniel; NUNES, Rui. (1998) *Ética em Cuidados de Saúde*. Porto: Porto Editora.
- SILVA, R.; CARVALHO, P.; JOLY, J. (2007). Planeamento estético em periodontia. Disponível em: <<http://www.implanteperio.com.br/Publicacoes/PDF/3.pdf>> [Consulta realizada a 1/07/2008]
- SNOW, S. R. (1999). Esthetic smile analysis of maxillary anterior tooth with: the golden percentage. *J. Esthet. Dent.*, v. 11, n. 4, p. 177-184.
- SOUSA, A. (1999). *Introdução à gestão – uma abordagem sistémica*. Ed. Verbo.
- TAMAKI, S. T. (1977). *Dentaduras completas*. 3ª. ed. São Paulo: Sarvier. P. 199-218.
- TJAN, A. H. L., MILLER, G. D.; THE, J. G. P. (1984). Some esthetics factors in smile. *J. Proteth Dent*, v. 51, n. 1, p. 24-28.
- YAMAMOTO, M. (1985). *Metal-ceramics. Principles and methods of Makamoto Yamamoto*. Chicago: Quintessence.
- YAP, U.; SIM, C.; LOGANATHAN, V. (1999). Polimerization color changes of esthetic restoratives. *Oper Dent*.
- ZEITHAML, A.; BITNER, M. J. (2003). *Marketing de serviços: a empresa com foco no cliente*. 2ª. ed. Porto Alegre: Bookman.
- ZEITHAML, A.; PARASURAMAN, A.; BERRY, L. (1985). Problems and strategies in services marketing. *Journal of Marketing*. [S.1.], v. 49.

V- ANEXOS