

Empatia clínica nos serviços públicos odontológicos: contribuições para o cuidado integral

Clinical empathy in dental public services: contributions to integral care
Empatia clínica en los servicios públicos odontológicos: contribuciones para el cuidado integral

Érick Tássio **BARBOSA NEVES**¹

Vandiará Martins **MOREIRA**²

¹Departamento de Odontologia, Centro Universitário UNIFACISA, Campina Grande, PB, Brasil

²Departamento de Farmácia, Faculdade de Farmácia da Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, PB, Brasil

Resumo

Introdução: A atenção humanizada nos serviços de saúde é um desafio e pode ser fortalecida por meio da empatia. Objetivo: O objetivo do presente estudo foi discutir os aspectos relacionados à integralidade da atenção e empatia nos serviços odontológicos oferecidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e apresentar as contribuições da empatia para a atenção integral em Odontologia. Material e Método: Tratou-se de uma revisão narrativa da literatura com pesquisa nas bases de dados Scielo/BVS/Lilacs e MEDLINE (via Pubmed) utilizando os descritores "Integralidade em Saúde", "Empatia", Sistema Único de Saúde e "Saúde Bucal". Resultados: Foram selecionados 32 artigos, conforme a adequação do conteúdo e responsividade aos objetivos do estudo. Há um prejuízo na formação de novos profissionais da Odontologia, pois entre o início do curso e os últimos anos percebe-se uma perda gradual da capacidade empática. Conclusão: A empatia clínica é uma habilidade que deve ser desenvolvida pelo cirurgião-dentista, pois fortalece os princípios do SUS e a consolidação das diretrizes curriculares para os cursos de Odontologia.

Descritores: Saúde Pública; Empatia; Integralidade em Saúde; Odontologia.

Abstract

Introduction: Humanization is a challenge in health services and can be strengthened through empathy. Objective: The aim of this study was to discuss aspects related to integral attention and empathy in dental services offered by SUS and to present possibilities to achieve integral attention in Dentistry. Material and Method: It was a review of the literature conducted in the following databases: Scielo, BVS, Lilacs and MEDLINE (Pubmed), using four descriptors: Public Health, Empathy, Integrality in Health and Dentistry. Results: After application of selection criteria, 32 articles remained in the study. There is a lack about the education of new dentists, because between the beginning of the course and the last few years there is a gradual loss of empathic ability, suggesting that technical training exceeds humanistic training. Conclusion: Clinical empathy is a skill that must be developed by dentists, because it strengthens principles of SUS and help to consolidate the curricular guidelines of Dentistry courses.

Descriptors: Public Health; Empathy; Integrality in Health; Dentistry.

Resumen

Introducción: La atención humanizada en los servicios de salud es un desafío y puede ser fortalecida por medio de la empatía. Objetivo: el objetivo del presente estudio fue discutir los aspectos relacionados a la integralidad de la atención y empatía en los servicios odontológicos ofrecidos por el sistema único de salud (sus) y presentar las contribuciones de la empatía a la atención integral en odontología. Material y métodos: se trató de una revisión narrativa de la literatura con investigación en las bases de datos scielo/bvs/lilacs y medline (vía pubmed) utilizando los descriptores "Integralidad en Salud", "Empatia", Sistema Único de Salud"; y Salud Bucal. Resultados: se seleccionaron 32 artículos, según la adecuación del contenido y respuesta a los objetivos del estudio. Hay un perjuicio en la formación de nuevos profesionales de la odontología, pues entre el inicio del curso y los últimos años se percibe una pérdida gradual de la capacidad empática. Conclusión: la empatía clínica es una habilidad que debe ser desarrollada por el cirujano dentista, pues fortalece los principios del sus y la consolidación de las directrices curriculares para los cursos de odontología.

Descriptores: Salud Pública; Empatía; Integralidad en Salud; Odontología.

INTRODUÇÃO

A atenção humanizada é considerada um requisito essencial para a oferta de serviços de saúde. Em contrapartida, diversas limitações dificultam sua operacionalização, como as questões estruturais e a segmentação do cuidado¹. Para fortalecer a atenção humanizada é fundamental que conceitos como a empatia clínica sejam fortalecidos e discutidos no meio científico. A empatia clínica pode ser definida como uma experiência ou percepção ativa que permite ao profissional da saúde compreender o estado emocional dos pacientes. Quando bem utilizada, a empatia pode potencializar a obtenção de diagnósticos e fortalecer a comunicação entre o profissional e o paciente resultando em um atendimento mais eficaz².

No que se refere aos procedimentos odontológicos, principalmente aqueles de caráter urgencial, a dor é um dos sintomas mais prevalentes e pode afetar a qualidade de vida do indivíduo retirando-o do convívio social³.

Além disso, há relatos na literatura de pacientes que desenvolveram estresse e medo frente ao tratamento odontológico, especialmente devido a experiências negativas no passado^{4,5}. O cirurgião-dentista deve ser capaz de identificar os sentimentos produzidos pelo paciente durante a consulta, uma vez que os pacientes revelam traumas, ansiedades e fobias⁶.

Dessa forma, fica clara a importância de alternativas clínicas e habilidades adicionais que permitam conduzir os pacientes de forma resolutiva e humanizada, atuando não somente na doença, mas no indivíduo por completo. A integralidade em saúde constitui um dos princípios doutrinários que regem o Sistema Único de Saúde no Brasil (SUS) e a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) e pode ser definida como a oferta de serviços para além da prática curativa, que forneçam suporte ao usuário do sistema de saúde em diferentes

níveis de atenção e envolvam ações de promoção, proteção e recuperação da saúde bucal. A integralidade concebe o paciente como um ser indivisível ligado a um contexto cultural, familiar e social^{7,8}.

Apesar da relevância do tema poucos estudos tem se preocupado com a empatia nos serviços de saúde bucal, e em especial sobre a sua relação com a atenção integral em Odontologia. Estudos anteriores tem demonstrado que um maior vínculo entre profissional e usuário pode fortalecer as práticas de saúde bucal. Também há relatos de que habilidades como a empatia, relação interpessoal e comunicação efetiva devem ser incorporadas na formação de novos profissionais da Odontologia^{9,10}. Portanto, estes conceitos devem ser explorados e trazidos para a prática clínica.

Diante do exposto, o objetivo desse trabalho foi discutir aspectos relacionados à integralidade da atenção e empatia nos serviços odontológicos oferecidos pelo SUS, bem como apresentar a problematização do modelo assistencial vigente e os possíveis caminhos para a atenção integral em Odontologia.

MATERIAL E MÉTODO

Foi realizada uma revisão narrativa da literatura nas bases de dados Scielo/BVS/Lilacs/PubMed utilizando os descritores “Integralidade em Saúde”, “Empatia”, Sistema Único de Saúde” e “Saúde Bucal” como critérios de busca. Os artigos foram pesquisados nos idiomas inglês e português independentemente do ano de publicação. Os critérios de inclusão foram artigos relacionados ao tema empatia, integralidade e Sistema Único de Saúde (SUS), selecionados pelo título e resumo seguidos de leitura na íntegra. Após a leitura dos estudos e aplicação dos critérios de inclusão, foi realizada uma revisão da literatura extensiva com base em três eixos norteadores: saúde bucal e empatia, integralidade da atenção e modelo assistencial no SUS e caminhos para o cuidado integral na Odontologia. Abaixo pode ser observado um fluxograma sobre a concepção do estudo.

REVISÃO DA LITERATURA

o Saúde bucal e empatia

O conceito de saúde é dinâmico e evolui com o tempo. Atualmente são melhores aceitas as explicações teóricas que consideram a determinação do processo saúde-doença resultado da interação de diversos fatores sociais e ambientais e dos comportamentos produzidos pelas pessoas para manterem-se

saudáveis, como apresentado no modelo de Meikirch¹¹.

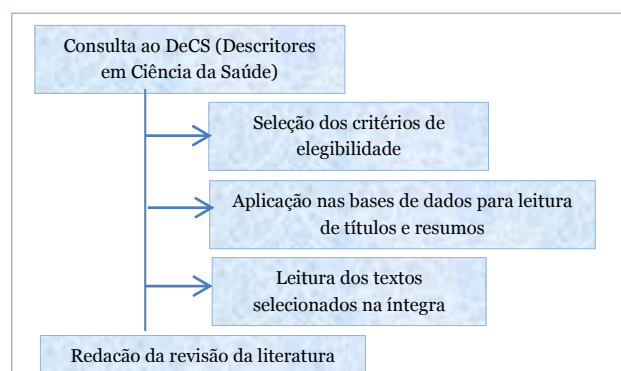


Figura 1: Fluxograma com as etapas conduzidas para concepção e escrita do artigo de revisão da literatura.

Nesse contexto, a saúde bucal pode ser definida como um componente essencial da saúde geral que envolve o complexo craniofacial e é importante para que se atinja uma boa qualidade de vida. Esta nova definição aprovada pela FDI (World Dental Federation) sugere que a saúde bucal pode ser articulada e atingida a partir de cinco domínios: predisposição genética, o ambiente social, o ambiente físico, comportamentos de saúde e o acesso aos serviços odontológicos^{12,13}.

Dificuldades de acesso a serviços odontológicos e déficit na saúde bucal podem afetar indivíduos de todas as faixas etárias, contribuindo significativamente em impacto na qualidade de vida das pessoas, expresso em situações como o absenteísmo escolar ou no trabalho, dor, retração social, prejuízo estético e funcional^{14,15}.

Dessa forma, estratégias que possam ser utilizadas para melhorar a qualidade da oferta dos serviços odontológicos devem ser estudadas. A empatia enquanto componente social é descrita como a capacidade de perceber ou experimentar situações vividas por outras pessoas e envolve um sentimento individual associado à compreensão de um determinado contexto e à responsabilidade social¹⁶. A partir desse conceito preliminar um novo termo foi incorporado à literatura médica, trata-se da empatia clínica que representa a capacidade do profissional da saúde em reconhecer as necessidades emocionais do paciente e a partir dessa compreensão estabelecer uma comunicação efetiva².

Na Odontologia, de forma semelhante, a empatia é reconhecida como uma habilidade profissional que desempenha uma importante função na prática clínica, contudo tem-se demonstrado que estudantes do primeiro ano do curso de Odontologia apresentam maior empatia do que aqueles dos últimos anos. Tal característica pode demonstrar uma falha no

processo educativo que notadamente nos últimos anos do curso está preocupado com a atenção especializada, reduzindo as orientações destinadas a melhorar a relação profissional/paciente¹⁷.

○ *Integralidade da atenção e modelo assistencial no SUS*

A integralidade da atenção, diretriz essencial do Sistema Único de Saúde (SUS), deve ser compreendida além de seu conceito formal. A atenção integral em saúde envolve um conjunto de ações ampliadas e a articulação entre serviços e profissionais que admitem o ser humano em sua complexidade, repleto de sentimentos, anseios, medos e racionalidades¹⁸.

A reorganização do Sistema Único de Saúde por meio da Estratégia de Saúde da Família (ESF) objetiva romper o modelo curativista da atenção através de uma equipe multidisciplinar capaz de atender às expectativas da população de forma humanizada e resolutiva⁷.

A atenção integral em Odontologia incorpora conceitos importantes que precisam ser explorados e desenvolvidos pelos profissionais da área. Dentre eles os mais citados no meio acadêmico são o vínculo, o acolhimento, a autonomia, a responsabilização e a resolubilidade^{19,20}.

A organização dos serviços de saúde bucal, hoje regulamentados pela Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) lançada em 2004, divide a atenção odontológica em primária, secundária e terciária, a depender da complexidade do serviço e nível de especialização dos profissionais. Nesse contexto, a atenção básica observada nas Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF's), é preferencialmente a porta de entrada dos usuários ao sistema. Nesta ocasião é necessário estabelecer um acolhimento humanizado e satisfatório que permita a identificação do usuário com o serviço, fortalecendo o vínculo entre toda a equipe e os pacientes^{21,22}.

De maneira adicional, para se atingir a integralidade em saúde bucal, também é solicitado do profissional realizar práticas que fortaleçam a autonomia dos usuários, permitindo a co-responsabilização dos mesmos, seja através de atividades educativas, de promoção, proteção ou recuperação da saúde bucal. Neste modelo, o cirurgião-dentista e o paciente atuam conjuntamente para solução dos problemas. Para o sucesso dessa prática é essencial por parte do profissional desenvolver uma postura comunicativa empática, reconhecendo as particularidades de cada

paciente e devolvendo uma resposta adequada aos seus anseios²³.

Apesar da alta relevância, a atenção integral à saúde bucal encontra obstáculos na prática clínica que são apresentados na literatura. Entre eles estão a dificuldade de acesso dos usuários a determinados serviços e especialidades e a inexistência de acolhimento em alguns serviços. De maneira geral ainda há resquícios de um modelo fragmentado com ênfase curativista, o que configura esse processo como inacabado e em permanente construção^{19,24}.

○ *Caminhos para o cuidado integral na Odontologia*

A atenção integral em Odontologia é um pressuposto obrigatório para a prática humanizada e eficaz desta ciência e incorpora diversos conceitos importantes na sua concepção. Para este estudo, será adotado o modelo que considera três pilares essenciais para a consolidação do cuidado integral na saúde pública odontológica: a comunicação efetiva e empática, a educação permanente em saúde e a participação social nas decisões de saúde.

○ *Comunicação efetiva e empática*

O alfabetismo ou letramento em saúde pode ser definido como a capacidade dos pacientes em compreender informações e utilizá-las na prática. Estudos tem demonstrado que há uma variação considerável na linguagem de pacientes, resultante de questões culturais, regionais, etárias e de acesso à educação formal. É importante que nessas circunstâncias o cirurgião-dentista saiba se comunicar efetivamente, uma vez que melhorias na qualidade da comunicação entre profissional e paciente podem produzir melhorias na saúde bucal dos usuários de serviços odontológicos^{25,26}.

Estabelecer uma comunicação efetiva consiste em utilizar um arsenal comunicativo amplo e é uma habilidade que pode ser desenvolvida. Cabe ao profissional estabelecer uma relação empática com o paciente, reconhecendo seus potenciais e limitações comunicativas e adequando a sua linguagem para diferentes grupos. O profissional deve estar preparado para reconhecer a linguagem não verbal trazida pelo paciente, ouvir atentamente os relatos do mesmo, produzir um diálogo engajante no qual a participação de ambos é importante, orientar, explicar e mostrar-se solidário¹⁰.

○ *Educação Permanente em Saúde*

A Educação Permanente em Saúde (EPS) foi estabelecida por meio de uma política

do Ministério da Saúde, que apresenta como principais componentes a problematização e a aprendizagem significativa²⁷. Aprender permanentemente consiste em utilizar o ambiente de trabalho para aprender e envolve a articulação de instituições, serviços, profissionais, docentes, estudantes da saúde, gestores e usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). De acordo com as Diretrizes Curriculares para a formação nos cursos de Odontologia, o cirurgião-dentista deve ser capaz de aprender permanentemente²⁸.

A partir do modelo de Educação Permanente em Saúde a produção do saber se faz em meio à prática e ocorre concomitantemente a esta. Portanto, o conhecimento produzido é direcionado para solução dos problemas locais e para a realidade dos serviços de cada região e permite maior objetividade e resolubilidade ao trabalho²⁹.

Para que a prática da Educação Permanente ocorra de maneira apropriada, os profissionais precisam articular conhecimentos técnicos, culturais e humanísticos. Tem-se relatado que alguns acadêmicos de Odontologia encontram dificuldades em desenvolver interações sociais que denotem interesse e empatia pelos usuários do SUS e privilegiam o modelo tradicional de atenção com enfoque curativista³⁰. Por essa razão, muitos avanços ainda são necessários na formação de novos profissionais, a fim de permitir que as mudanças curriculares sejam realmente vivenciadas pelos profissionais. Os atores envolvidos no processo de Educação Permanente também devem buscar uma melhor integração ensino-serviço, que envolva ações intersetoriais de saúde e educação³¹.

○ *Participação social nas decisões de saúde*

A Constituição Federal de 1988, também conhecida como a “constituição cidadã”, criou o Sistema Único de Saúde e suas diretrizes e foi resultado de diversos movimentos políticos e ideológicos de insatisfação por parte de diferentes segmentos da sociedade nos anos 80. A partir do controle social, regulamentado pela lei 8.142 de 1990, ao povo foi assegurado o direito de participar das decisões em saúde e da gestão dos serviços por meio dos conselhos e das conferências de saúde³².

A participação da comunidade revela a importância do usuário no sistema de saúde e considera suas contribuições como relevantes para o desenvolvimento do serviço e das ações ofertadas. Este princípio constitucional deve ser respeitado e estimulado pelos profissionais da Saúde através de uma postura educativa e empática, que gere autonomia e pensamento

crítico ao usuário. Uma vez motivado, o usuário se torna mais adepto a contribuir, porque reconhece que sua voz tem espaço no cenário da saúde pública. Esta consolidação é entretanto, um desafio constante³³.

No âmbito individual, a participação do indivíduo na recuperação da própria saúde bucal também deve ser buscada. É importante que o profissional seja capaz de perceber as necessidades de cada pessoa, utilizando as informações fornecidas para melhorar a oferta dos serviços. É preciso estabelecer uma postura comunicativo-colaborativa e a partir dela traçar metas a serem alcançadas. Sob essa perspectiva é importante redirecionar as práticas odontológicas a partir dos princípios de universalidade, integralidade e equidade do sistema público de saúde vigente³⁴.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O termo empatia clínica, discutido principalmente na área da comunicação social, é uma habilidade importante para os profissionais da saúde pois contribui para o cuidado integral na medida em que facilita a comunicação com os pacientes e com outros profissionais. A equipe odontológica não deve trabalhar isolada, mas sim desenvolver habilidades e articulações com profissionais de outras áreas (multidisciplinaridade) e entre profissionais da mesma área, atuantes em outras especialidades (interdisciplinaridade).

REFERÊNCIAS

1. Evangelista VC, Domingos TS, Siqueira FPC, Braga EM. Multidisciplinary team of intensive therapy: humanization and fragmentation of the work process. Rev Bras Enferm. 2016;69(6): 1037-44.
2. Halpern J. What is clinical empathy? J Gen Intern Med. 2003;18(8):670-74.
3. Yang SE, Park YG, Han K, Kim SY. Association between dental pain and tooth loss with health-related quality of life: the Korea national health and nutrition examination survey: A population-based cohort study. Medicine (Baltimore). 2016;95(35):e4707.
4. do Nascimento DL, da Silva Araújo AC, Gusmão ES, Cimões R. Anxiety and fear of dental treatment among users of public health services. Oral Health Prev Dent. 2011;9(4): 329-37.
5. Saatchi M, Abtahi M, Mohammadi G, Mirdamadi M, Binandeh ES. The prevalence of dental anxiety and fear in patients referred to Isfahan Dental School, Iran. Dent Res J (Isfahan). 2015;12(3):248-53.
6. Appukutan DP. Strategies to manage patients with dental anxiety and dental phobia: literature review. Clin Cosmet Investig Dent. 2016;8:35-50.

7. Souza MC, Araújo TM, Reis Junior WM, Souza JN, Vilela ABA, Franco TB. Integralidade na atenção à saúde: um olhar da equipe de saúde da família sobre a fisioterapia. *Mundo saúde*. 2012;36(3):452-60.
8. Santos AM. Organização das ações em saúde bucal na estratégia de saúde da família: ações individuais e coletivas baseadas em dispositivos relacionais e instituintes. *Rev APS*. 2006;9(2):190-200.
9. Kadanakuppe S. Effective Communication and Empathy Skills in Dentistry for Better Dentist-Patient Relationships. *J Dent Probl Solut*. 2015; 2(3):58-9.
10. Freeman R. Communicating effectively: some practical suggestions. *Br Dent J*. 1999; 187(5):244-49.
11. Bircher J, Kuruvilla S. Defining health by addressing individual, social, and environmental determinants: new opportunities for health care and public health. *J Public Health Policy*. 2014; 35(3):363-86.
12. Glick M, Meyers DM. Defining oral health: a prerequisite for any health policy. *JADA*. 2014; 145(6):519-20.
13. Lamster IB. Defining oral health: a new comprehensive definition. *Int Dent J*. 2016; 66(6):321.
14. Jackson SL, Vann WF Jr, Kotch JB, Pahel BT, Lee JY. Impact of poor oral health on children's school attendance and performance. *Am J Public Health*. 2011;101(10):1900-6.
15. Batista MJ, Perianes LBR, Hilgert JB, Hugo FN, Sousa MLR. The impacts of oral health on quality of life in working adults. *Braz oral res*. 2014;28(1):1-6.
16. Segal EA. Social Empathy: a model built on empathy contextual understanding, and social responsibility that promotes social justice. *J Soc Serv Res*. 2011;37(3):266-77.
17. Sherman JJ, Cramer A. Measurement of changes in Empathy during dental school. *J Dental Educ*. 2005;69(3):338-45.
18. Viegas SMF, Penna CMM. A construção da integralidade no trabalho cotidiano da equipe saúde da família. *Esc Anna Nery*. 2013;17(1): 133-41.
19. Santos AM, Assis MMA. Da fragmentação à integralidade: construindo e (des)construindo a prática de saúde bucal no Programa de Saúde da Família (PSF) de Alagoinhas, BA. *Ciênc saúde coletiva*. 2006;11(1):53-61.
20. Sanchez HF, Werneck MAF, Amaral JHL, Ferreira EF. A integralidade no cotidiano da atenção à saúde bucal: revisão de literatura. *Trab educ saúde*. 2015;13(1):201-14.
21. Santos AM, Assis MMA, Rodrigues AAO, Nascimento MAA, Jorge MSB. Linhas de tensões no processo de acolhimento das equipes de saúde bucal no Programa Saúde da Família: o caso de Alagoinhas, Bahia, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2007;23(1):75-85.
22. Aquilante AG, Aciole, GG. O cuidado em Saúde Bucal após a Política Nacional de Saúde Bucal "Brasil Sorridente": um estudo de caso. *Ciênc saúde Coletiva*. 2015;20(1):239-48.
23. Reid KI. Respect for patients' autonomy. *J Am Dent Assoc*. 2009;140(4):470-74.
24. Kantorski LP, Jardim VMR, Pereira DB, Coimbra VCC, Oliveira MM. A integralidade no cotidiano de trabalho na estratégia saúde da família. *Rev Gaúcha Enferm*. 2009;30(4): 594-601.
25. Rowland ML. Enhancing communication in dental clinics with linguistically different patients. *J Dent Educ*. 2008;72(1):72-80.
26. Guo Y, Logan HL, Dodd VJ, Muller KE, Marks JG, Riley JL 3rd. Health literacy: a pathway to better oral health. *Am J Public Health*. 2014;104(7):e85-e91.
27. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 64p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006;v.9).
28. Morita MC, Kriger L. Mudanças nos cursos de Odontologia e interação com o SUS. *Rev ABENO*. 2003;4(1):17-21.
29. Costa RKS, Miranda FAN. Formação profissional no SUS: oportunidades de mudanças na perspectiva da estratégia de saúde da família. *Trab educ saúde*. 2008;6(3): 503-18.
30. Guimarães FAF, Mello ALSF, Pires ROM. Formação profissional em Odontologia: revisão de literatura. *RSPSC*. 2014;7(3):75-87.
31. Finkler M, Caetano JC, Ramos FRS. Integração "ensino-serviço" no processo de mudança na formação profissional em Odontologia. *Interface*. 2011;15(39):1053-67.
32. Rolim LB, Cruz RSBL, Sampaio KJAJ. Participação popular e o controle social como diretriz do SUS: uma revisão narrativa. *Saúde debate*. 2013;12(96):139-47.
33. Serapioni M. Avaliação da qualidade em saúde. Contribuições para o delineamento de uma proposta multidimensional e correlacional. In: Bosi ML, Mercado-Martinez, FJ, organizadores. *Avaliação qualitativa de programas de saúde. Enfoques emergentes*. Petrópolis: Vozes; 2006. p. 207-27
34. Almeida AB, Alves MS, Leite ICG. Reflexões sobre os desafios da Odontologia no Sistema Único de Saúde. *Rev APS*. 2010;13(1):126-32.

CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declaram não haver conflitos de interesse

AUTOR PARA CORRESPONDÊNCIA

Érick Tássio Barbosa Neves

Av. Sen. Argemiro de Figueiredo, 1901 - Itararé
58411-020 Campina Grande – PB, Brasil
Telefone: +55 83 981621363
e-mail: erick.tassio@hotmail.com

Submetido em 13/05/2019

Aceito em 28/08/2020