

Empatia na Odontologia da Estratégia Saúde da Família: Explorando Barreiras e Facilidades em Contextos Vulneráveis

Empathy in Dentistry of the Family Health Strategy: Exploring Barriers and Facilities in Vulnerable Contexts

Anna Cândida Barsante Moreno Ortega , Débora Dupas Gonçalves do Nascimento , Inara Pereira da Cunha 

RESUMO

Objetivo: analisar as barreiras e facilidades para o desenvolvimento da empatia entre cirurgiões-dentistas da Estratégia de Saúde da Família (ESF) em áreas vulneráveis de Campo Grande, Mato Grosso do Sul.

Métodos: foram realizadas 14 entrevistas entre abril e junho de 2024, estruturadas pelo *Theoretical Domains Framework* (TDF). Utilizando a análise de conteúdo de Bardin e o software IRaMuTeQ®, as respostas foram categorizadas pelo modelo “COM-B”.

Resultados: a Capacidade (compreensão do conceito e treinamento), e a Oportunidade (infraestrutura e gestão do trabalho) surgiram como barreiras. A Motivação (escuta, diálogo, regulação do humor) foi identificada como facilidade.

Considerações finais: os cirurgiões-dentistas estão motivados a serem empáticos, mas o processo de trabalho atual pode afetar a relação profissional-usuário.

Descritores: Empatia; Odontologia; Atenção Primária à Saúde; Estratégia Saúde da Família

ABSTRACT

Objective: to analyze the barriers and facilities for developing empathy among dentists from the Family Health Strategy (ESF) in vulnerable areas of Campo Grande, Mato Grosso do Sul.

Methods: 14 interviews were carried out between April and June 2024, structured by the Theoretical Domains Framework (TDF). Using Bardin's content analysis and the IRaMuTeQ® software, the responses were categorized by the “COM-B” model.

Results: capacity (understanding the concept and training), and Opportunity (infrastructure and work management) emerged as barriers. Motivation (listening, dialogue, mood regulation) was identified as facility.

Final considerations: dentists are motivated to be empathetic, but the current work process can affect the professional-user relationship.

Keywords: Empathy; Dentistry; Primary Health Care; Family Health Strategy.

INTRODUÇÃO

O termo empatia, traduzido do conceito alemão de *Einfühlung*, refere-se à capacidade de entender e compartilhar os sentimentos e perspectivas alheias, envolvendo tanto dimensões cognitivas quanto emocionais. As cognitivas incluem a tomada de perspectiva, ou seja, adotar o ponto de vista de outra pessoa, e a fantasia, que é imaginar-se nos sentimentos de personagens fictícios. As emocionais abrangem a preocupação empática, que envolve compaixão e cuidado pelo outro, e a angústia pessoal, que é a ansiedade em situações interpessoais tensas¹.

Na prática clínica, a empatia colabora para o cuidado integral, sendo uma habilidade essencial para os profissionais de saúde². Para o Cirurgião-Dentista (CD), a empatia medeia uma relação positiva com os pacientes, aumentando a satisfação, reduzindo o estresse, melhorando a adesão ao tratamento e criando um ambiente de apoio³. Esse relacionamento é particularmente importante em contextos de vulnerabilidade social, nos quais os usuários dos serviços públicos de saúde enfrentam múltiplas barreiras, como a falta de acesso a recursos e tempo de espera, que podem comprometer a qualidade do atendimento e a continuidade do cuidado⁴.

No Brasil, a Estratégia Saúde da Família (ESF), pilar da Atenção Primária à Saúde (APS), é guiada pelo cuidado integral e pelo uso de tecnologias leves que promovem a escuta sensível, o vínculo, o respeito mútuo, a autonomia e as práticas de acolhimento⁵. Em áreas de vulnerabilidade social, essa abordagem torna-se ainda mais vital para garantir um cuidado humanizado, uma vez que essas populações frequentemente apresentam maior risco de condições de saúde adversas e menor acesso a serviços de saúde de qualidade⁶.

Conhecer as barreiras e facilidades para o estabelecimento de uma relação empática entre CDs e usuários vulneráveis é necessário para aprimorar a prática clínica e promover um atendimento mais humanizado. Barreiras como a sobrecarga de trabalho, a falta de tempo e de recursos, e o ambiente de trabalho pouco favorável podem dificultar o desenvolvimento da empatia, prejudicando a qualidade do atendimento e a saúde mental dos profissionais⁷. Por outro lado, a identificação e o fortalecimento de facilitadores, como estratégias de escuta qualificada, planejamento

terapêutico compartilhado e o desenvolvimento de habilidades interpessoais, podem potencializar a capacidade dos CDs de estabelecerem relações mais empáticas com seus pacientes⁸.

Nesse sentido, a Teoria dos Domínios (*Theoretical Domains Framework*, TDF) e o modelo COM-B oferecem uma estrutura útil para entender determinantes comportamentais⁹, e podem ser utilizados em estudos exploratórios e no contexto dos profissionais da APS¹⁰. O modelo COM-B, que identifica a interação entre Capacidade, Oportunidade e Motivação, pode ser particularmente relevante para analisar as barreiras e facilidades no contexto da empatia. Capacidade refere-se ao conhecimento e habilidades necessárias para a prática de um comportamento. Oportunidade diz respeito aos fatores externos e ao ambiente que possibilitam ou limitam determinada atitude. Motivação envolve os incentivos internos e externos para o desenvolvimento de determinada habilidade¹¹. Aplicar esses conceitos permite uma compreensão mais profunda dos desafios e facilitadores na implementação de relações empáticas entre CDs e usuários vulneráveis.

Frente ao exposto, o objetivo deste estudo é analisar as barreiras e facilidades para o desenvolvimento da empatia entre cirurgiões-dentistas da ESF em áreas vulneráveis, utilizando o modelo COM-B.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo, exploratório de caráter qualitativo. O estudo foi realizado no município de Campo Grande, Mato Grosso do Sul (MS), no período de abril a junho de 2024.

A oferta de atendimento odontológico na APS está disponível nas 74 Unidades de Saúde da Família que atualmente contam com 197 equipes de saúde e 156 equipes de saúde bucal, as quais são compostas por CDs, técnicos e auxiliares de saúde bucal, segundo informações da Secretaria Municipal de Saúde.

A população deste estudo incluiu CDs da APS inseridos na ESF de regiões vulneráveis do município de Campo Grande em MS, atuantes nos bairros com maior vulnerabilidade do município, segundo o índice de exclusão social, sendo eles: Lageado, Los Angeles, Centro Oeste, Nova Lima,

São Conrado, Caiobá, Núcleo Industrial, Veraneio, Popular, Mata do Segredo, Estrela Dalva, Centenário, Tarumã e Moreninhas¹².

Os profissionais das unidades de saúde foram convidados a participar da pesquisa via WhatsApp® pela pesquisadora. Aqueles que concordaram, tiveram entrevistas agendadas em seus locais de trabalho para evitar inconvenientes. Foram entrevistados 14 profissionais inseridos na ESF.

A amostra incluiu assim os profissionais atuantes em todas as unidades relacionadas. Foi considerado como critério de exclusão profissionais com tempo inferior a três meses de atividade na unidade.

As entrevistas presenciais foram realizadas nos locais de trabalho, conduzidas de forma individualizada em ambiente reservado. Os profissionais foram informados sobre a necessidade de gravação das entrevistas. Em seguida efetuou-se a assinatura dos Termos de Consentimento Livre e Esclarecido e de autorização para gravação de voz. O questionário incluiu perguntas abertas e fechadas, com duração média de 25 minutos, e coletou dados pessoais e percepções sobre empatia clínica. A fim de se garantir a não identificação dos profissionais, optou-se por atribuir códigos aos trechos dos locutores identificando-os apenas com números.

O roteiro semiestruturado foi pré-testado com cinco CDs para avaliar clareza e duração. Os participantes do estudo piloto avaliaram todo o questionário via Google Forms®.

O *Theoretical Domains Framework* (TDF), proposto por Michie et al. (2005)¹³, foi utilizado para estruturar as perguntas, identificando barreiras e fatores comportamentais. O TDF foi desenvolvido a partir de várias teorias do comportamento, facilitando a comunicação interdisciplinar e a análise aprofundada da prática profissional. Foi transcrito e adaptado para o português do Brasil¹⁴. A versão final do TDF em português inclui 14 domínios, que foram usados para categorizar as respostas e identificar desafios na aplicação de habilidades empáticas.

As respostas foram categorizadas conforme os domínios do TDF, e as unidades de registro foram identificadas e agrupadas em categorias representativas dos desafios percebidos pelos profissionais. Para facilitar a compreensão do conjunto de domínios do TDF, foi utilizado o modelo sintético conhecido como “COM-B”¹¹, que apresenta três condições necessárias para que um comportamento de caráter voluntário ocorra: Capacidade, Oportunidade e Motivação de acordo com o Quadro 1.

O *corpus* desta pesquisa foi constituído pelas transcrições das entrevistas dos 14 cirurgiões-dentistas. Para a análise foi realizada a codificação do *corpus* utilizando o Microsoft Excel®, Microsoft Word® e o Bloco de Notas. Esta etapa envolveu a limpeza dos dados, removendo palavras comuns (*stop words*) e padronizando termos para garantir a consistência lexical.

Primeiramente utilizou-se a Análise Temática proposta por Bardin, que compreende três momentos: pré-análise;

Quadro 1

Relação entre o COM-B com o TDF.

Componente “COM-B”	Domínio do comportamento “TDF”
Capacidade	Conhecimento
	Habilidades
	Regulação Comportamental
Oportunidade	Influências Sociais
	Contexto Ambiental e Recursos
Motivação	Objetivos
	Papel social, profissional e identidade
	Intenção
	Crença sobre Consequências
	Otimismo
	Crenças sobre Capacidades
	Reforço
	Memória, Atenção e Processos de Decisão
	Emoção

Fonte: autoria própria.

exploração do material; tratamento dos resultados, inferência e interpretação¹⁵. A pré-análise consiste na fase de organização do material a ser analisado; realização de leitura flutuante para se ter contato com o material e permitir emergir hipóteses e impressões; definição do *corpus* de análise. O segundo momento é a exploração do material por meio de operações de codificação, decomposição ou enumeração. A terceira fase é o tratamento dos resultados obtidos e interpretação.

Para aprofundar a análise, os dados foram importados para o software Interface de R conhecido como IRaMuTeQ® (*Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires*). O IRaMuTeQ® permitiu a realização de várias técnicas analíticas, incluindo o tratamento lexical, a Classificação Hierárquica Descendente (CHD) e a Análise Fatorial por Correspondência (AFC), método que representa de forma gráfica as relações em um plano fatorial de duas dimensões, cujos resultados são úteis para identificar oposições que estruturam o conteúdo investigado. O tratamento lexical identificou a frequência e distribuição das palavras no *corpus* textual. A CHD categorizou o *corpus* em classes temáticas hierarquicamente organizadas. A AFC explorou as relações entre as diferentes categorias identificadas na CHD, visualizando graficamente as associações entre palavras e categorias temáticas. As ocorrências em cada classe na CHD foram classificadas em ordem decrescente com base nos valores obtidos no teste do Qui-Quadrado (X^2), e todas apresentaram valores estatisticamente significativos ($p < 0,0001$).

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa, CAAE 73684523.8.0000.8027, parecer n. 6.436.351.

RESULTADOS

A análise textual revelou informações sobre o *corpus* estudado, composto por 24 textos. Esses textos foram segmentados em um total de 763 partes, que contêm um vasto número de 2.547 formas diferentes. As formas, que são variações de palavras, apresentaram um total de 25.515 ocorrências. A diversidade lexical foi evidenciada pelo número de lemas identificados, que totalizou 1.647. Além disso, foram encontradas 1.513 formas ativas, correspondentes às palavras que aparecem com maior frequência, e 26 formas suplementares, que são variações menos comuns ou contextuais das

palavras principais. Entre as formas ativas, 593 tiveram uma frequência igual ou superior a três ocorrências, sinalizando termos que possuem relevância significativa no contexto das informações analisadas. A média de formas por segmento textual foi de aproximadamente 33,44.

A análise de CHD identificou a formação de quatro *clusters* distintos de palavras, revelando padrões temáticos e categorias dentro do *corpus*. A classificação dos segmentos textuais foi bem-sucedida em 595 dos 763 segmentos, representando 77,98% da totalidade. Na figura 1, o dendrograma revelou a divisão em dois *sub-corpus*. Em um segundo momento, um dos *sub-corpus* dividiu-se em classe 3, e subdividiu-se em classe 2 e 1. O *sub-corpus* restante manteve-se apenas em classe 4.

O cluster 3 foi considerado como a “Capacidade”, e representou 13,8% do *corpus*. Trata-se da compreensão dos aspectos conceituais do tema. As palavras que se destacaram nessa classe foram “colocar”, “lugar”, “clínica” e “empatia”. A palavra “simpatia” também apareceu na classe. Observa-se certa confusão quanto ao conceito de empatia na clínica odontológica, sendo confundida com simpatia, conforme o trecho abaixo:

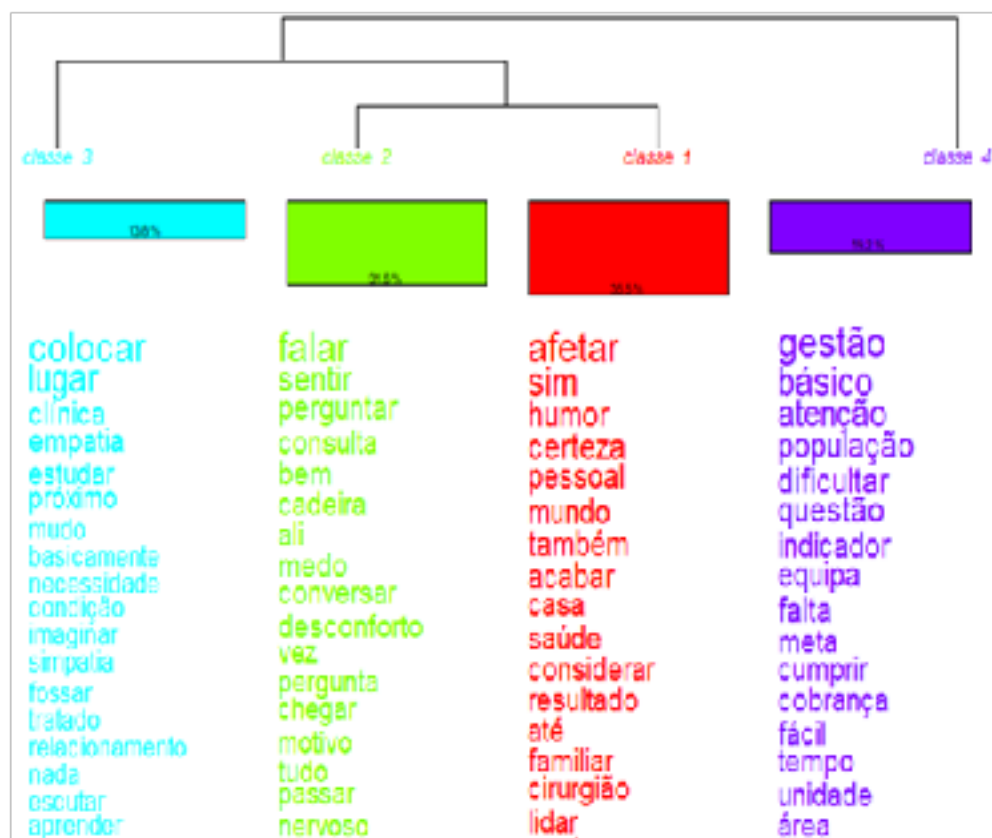
Sou uma pessoa muito fechada. Então, eu não sou muito...empática. Mas no sentido de simpatia, talvez (CD 06).

Empatia para mim é você tratar o próximo como você gostaria de ser tratado (CD 05).

Procuo entender o paciente, procuro dar brecha para a pessoa falar, procuro conversar realmente, ter uma interação maior, até mesmo familiar com esse paciente (CD 04).

Próximo ao cluster 3, o *software* operou as partições 2 e 1 que representam 31,6% e 35,5% do *corpus* respectivamente. Essas partições foram consideradas como “Motivação”, compondo, portanto, a maior parte dos discursos, revelando uma tendência positiva dos CDs a serem empáticos na prática clínica. A partição 2 aponta como a empatia é desenvolvida na prática, as palavras “falar”, “sentir”, “perguntar” e “consulta” revelam as estratégias práticas para o estabelecimento dessa relação, conforme o relato:

A gente tem que dar atenção ao contexto do paciente, saber como está a história dele. Na primeira consulta, ouvir um pouco mais, perguntar. Até ele pegar

Figura 1Dendrograma por classe e palavras com maior qui-quadrado (χ^2) fornecido pelo *software* IRaMuTeQ®, 2024.

Fonte: autoria própria.

a confiança (CD 06).

Se eu falar melhor com aquele paciente, vai ser mais tranquilo. Se for fazer uma cirurgia difícil, vai ser mais tranquilo se eu conversar com aquele paciente (CD 02).

Então, eu acredito que a importância é da gente se colocar no lugar e se sentir acolhido durante o atendimento, não ser desprezado (CD 11).

Na partição 1, observam-se quais as consequências da empatia do CD no cuidado de pessoas vulneráveis. As palavras “afetar”, “humor”, “saúde” e “resultado” materializam a importância da habilidade empática, como se nota a seguir:

A forma como você vai tratar o seu paciente depende muito do seu humor, a gente pode ter várias situações acontecendo no particular, mas a gente não pode deixar que isso influencie a forma que eu vou tratar o outro. Eu sempre procuro estar com um sorriso (CD 12).

Eu acho que no desempenho clínico o mau humor ou uma ansiedade atrapalham no procedimento e

no manejo clínico do paciente (CD 03).

Se você vai fazer uma resina anterior mal-humorada, a coisa não vai bem, né? Então eu acho que o humor ele pode afetar, sim (CD 09).

O cluster 4 foi considerado como “Oportunidade” e revelou as barreiras que os participantes enfrentam diante da temática. Essa classe representou 19,2% do *corpus*. Aqui as palavras “gestão”, “atenção”, “população”, “indicador”, “meta”, “cobrança”, “tempo”, sugerem questões relacionadas ao processo de trabalho que são barreiras para a construção de uma relação empática entre profissional e usuário, conforme as transcrições abaixo:

A falta de uma infraestrutura adequada, como salas comuns que não oferecem privacidade, pode inibir tanto os profissionais quanto os pacientes, dificultando um atendimento empático (CD 01).

O que mais dificulta ser empático é a meta, porque é o número que a gente tem que atender e aí a gente vai fazer tudo mais mecânico (CD 02).

A questão de você ter que ser multitarefas, a parte clínica, a parte que você está atendendo na cadeira, aí você tem PSE, tem atividade educativa, são muitas atividades que às vezes não te dá tempo, não te dá as condições necessárias (CD 04).

A gestão para mim é o que mais dificulta. Especialmente essa hipervalorização de números (CD 10).

A Figura 2 permite identificar, no plano fatorial, as palavras que diferenciam e caracterizam cada classe e observar suas intersecções. Nota-se que a classe “Capacidade”, representada na cor azul celeste e a “Motivação” representada pelas classes nas cores verde e vermelho estão em planos opostos, com algumas palavras em comum, apontando um distanciamento entre os conceitos e a prática. Ainda a classe “Motivação” se sobrepõe entre as partições 2 e 1. Já a classe “Oportunidade” representada na cor roxa encontra-se isolada.

DISCUSSÃO

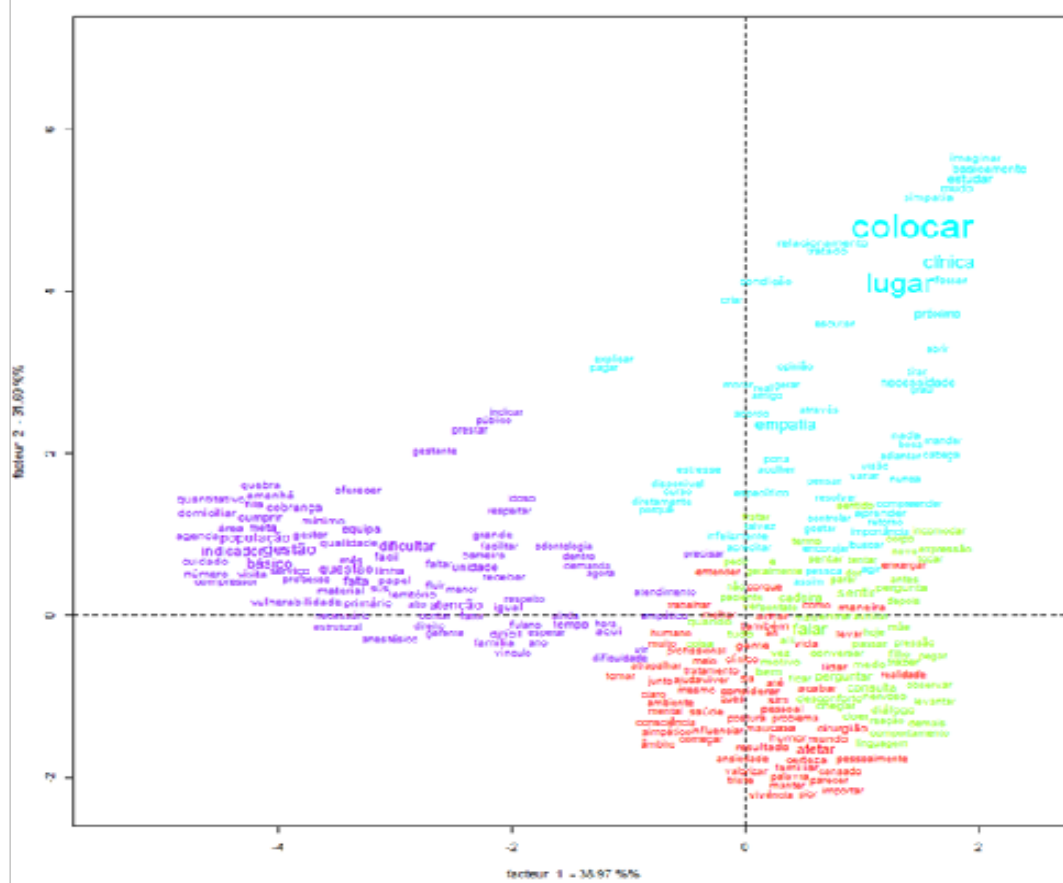
Este estudo identificou as barreiras e facilidades do comportamento empático entre CDs na prática clínica da ESF com usuários de territórios vulneráveis. Foram encontrados os elementos que compõem a Capacidade, Oportunidade e Motivação, os quais justificam o comportamento do indivíduo¹¹.

O TDF tem sido utilizado para identificar as barreiras e facilitadores para a absorção de evidências na prática e para orientar a escolha dos componentes da intervenção pelos profissionais¹⁶. Ao articular diferentes teorias sobre os fatores que impactam o comportamento dos profissionais, o TDF permite visualizar com maior clareza o que tem impedido ou contribuído para o emprego da empatia clínica na APS¹¹.

Observa-se que a forma como as pessoas se

Figura 2

Análise Fatorial por Correspondência (AFC), do *corpus*, 2024, fornecido pelo *software* IRaMuTeQ®.



Fonte: autoria própria.

comportam no trabalho constitui um processo dinâmico que envolve a integração do que Schwartz (2014) apud Holz e Bianco¹⁷ define como “saber fazer”, conhecer as normas preexistentes, “querer fazer” sentir-se motivado ou aderir a um projeto coletivo e “poder fazer”, capacidade de lidar com o ambiente em que se encontram. Esses elementos têm correlação com a proposta do modelo “COM-B”, que apresenta três condições necessárias para que um comportamento de caráter voluntário ocorra: Capacidade, Oportunidade e Motivação¹¹.

Em relação ao conjunto Capacidade, que abrange os domínios conhecimento, habilidade e regulação comportamental, observa-se certo desconhecimento em relação ao termo empatia clínica e ausência de treinamento, o que corresponde a possíveis barreiras. Para Kobayashi et al. (2021)¹⁸ o aumento da empatia em profissionais de saúde bucal pode ocorrer por meio de um treinamento específico. Este proporciona melhores níveis de empatia, e colabora com melhores desfechos de cuidados bucais pelo paciente.

Cabe descrever que estudos atuais elucidam a presença da empatia pela relação com neurônios-espelho. Estes projetam as informações do ambiente para o interior do indivíduo e ajudam a contextualizar suas reações, permitindo que ele se coloque no lugar do interlocutor. Os neurônios-espelho são definidos como um sistema cognitivo que possibilita o entendimento das bases biológicas frente às habilidades humanas referentes ao relacionamento interpessoal, especificamente a linguagem e empatia. Além disso, a imitação possibilita a aprendizagem, adaptando o comportamento a contextos específicos. Em outras palavras, os neurônios-espelho de um indivíduo codificam a informação sensorial, o que permite uma reciprocidade, por meio da habilidade de entender os atos de outras pessoas.¹⁹

Assim, a neurociência explica a empatia como um comportamento intrínseco aos seres humanos, que pode ser aprimorado com a observação e treinamento.

De fato, há relatos na literatura sobre a empatia ser uma habilidade treinável. Programas de treinamento mostram que a melhora nas habilidades empáticas não apenas tem um efeito positivo no comportamento ético profissional em relação aos pacientes, mas também ajuda a melhorar o bem-estar do profissional²⁰.

Há muita discussão na literatura sobre se é possível ensinar empatia. A maioria ressalva que existe essa possibilidade de aprendizado, desde que ocorram atitudes educacionais direcionadas²¹. Percebe-se a importância de investir em capacitações, por meio da educação permanente,

por possibilitar as mudanças no modo de pensar e fazer saúde, resultando num atendimento mais humanizado e integral para os usuários, de acordo com o preconizado pelos princípios do SUS²².

Tal é a importância da empatia como uma habilidade interpessoal que nos últimos anos tem sido discutida a sua curricularização na formação em saúde, e na odontologia. A *American Dental Education Association* (ADEA) indica que aplicar habilidades interpessoais e de comunicação apropriadas é uma competência importante na educação odontológica²³. O entendimento da base biológica da empatia ajuda o estudante a compreender seu funcionamento e estimula sua aprendizagem e atuação²².

Nos resultados deste estudo, observa-se na fala dos profissionais o desejo e a motivação para a busca de novas formas e estratégias mais efetivas para a realização do cuidado, que correspondem às facilidades para o estabelecimento do comportamento empático. Nesse sentido, a anamnese parece ser fundamental para estabelecer uma relação de confiança e empatia com o paciente, permitindo que o profissional compreenda melhor as necessidades e expectativas do indivíduo e assim possa prestar um cuidado de qualidade e personalizado²⁴.

Os profissionais reportaram como estratégia da relação empática o diálogo instituído por perguntas que consideram a realidade e as necessidades do paciente. Ao compreender as preocupações e medos dos pacientes, os profissionais podem adaptar sua abordagem de comunicação e proporcionar suporte emocional adequado²⁵.

Alcançar uma forte relação profissional-usuário é, em grande parte, explicada pela forma como é efetuada a comunicação verbal e não verbal. As capacidades de comunicação têm sido descritas como as mais importantes para uma experiência positiva em contextos de saúde, sendo fundamental o desenvolvimento de competências empáticas²⁶.

Pesquisas sobre a empatia entre dentistas formados mostram diferenças significativas em comparação com aqueles que estão nos estágios iniciais da formação. Na prática clínica, dentistas frequentemente lidam com a ansiedade, dor e desconforto dos pacientes, o que pode impactar sua capacidade de ser empático. Esse cenário destaca a importância do humor e da inteligência emocional para manter uma interação eficaz²⁷. Os estudos sugerem que promover o bem-estar dos profissionais é importante, indicando uma correlação positiva entre empatia e inteligência emocional.

Isso enfatiza a motivação para buscar um equilíbrio saudável entre a vida pessoal e profissional²⁷⁻²⁸.

Outras barreiras identificadas pelos CDs para a realização de uma abordagem mais adequada ao indivíduo incluem a falta de privacidade e de um ambiente apropriado, metas rígidas, e tempo limitado para o atendimento, além da alta demanda e da infraestrutura insuficiente do sistema de saúde. Isso parece comprometer a oportunidade do estabelecimento do comportamento empático.

De fato, a APS ainda enfrenta dificuldades, no que se refere ao contexto ambiental e recursos, envolvendo escassez de insumos e espaços físicos adequados, sobrecarga de trabalho por falta de profissionais e ênfase na produtividade e procedimentos²⁹. Outro estudo destacou que os profissionais do SUS que estão insatisfeitos com processo de trabalho, apontam como causas as condições precárias de trabalho, dificuldade de relacionamento interpessoal com equipe de trabalho e de gestão, e atuação em áreas pobres e com alta taxa de violência³⁰.

A portaria nº 2.436 do Ministério da Saúde, que reformulou a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) em 2017, prevê a não obrigatoriedade da saúde bucal na ESF³¹. A literatura apontou essa como uma das razões ao desmonte na saúde e falta de dimensionamento da força de trabalho na APS, com risco de possíveis retrocessos, de desassistência de parte significativa da população e de perda na qualidade dos serviços⁶⁻²⁹. De forma geral, apesar dos aspectos facilitadores mencionados pelos CDs para o estabelecimento da relação empática, foram identificadas barreiras importantes que apontam para a necessidade de melhorias para a garantia de um comportamento diferenciado do profissional. Essas melhorias pautam na urgência na reestruturação da atenção primária no que tange ao redimensionamento das equipes de saúde bucal, reformas das unidades de saúde, e um modelo de gestão centrado no usuário e na qualidade, que vão além da avaliação e monitoramento de indicadores quantitativos.

Embora esta análise ofereça uma visão aprofundada das experiências e perspectivas dos participantes, ela pode não refletir a diversidade completa de contextos e práticas dos dentistas em diferentes regiões. A natureza subjetiva da análise qualitativa também pode introduzir vieses na interpretação dos dados, afetando a validade dos resultados.

Portanto, ao aplicar as conclusões do estudo, é importante considerar essas limitações e reconhecer que os achados podem ser mais específicos ao contexto dos participantes do que amplamente generalizáveis.

Por fim, torna-se necessário realizar mais estudos nessa área para obter uma compreensão mais abrangente da empatia dos profissionais formados em odontologia e suas implicações na assistência odontológica, considerando diferentes contextos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os principais desafios para o desenvolvimento do comportamento empático, segundo a percepção dos CDs, incluem a compreensão do conceito de empatia e o treinamento adequado dessa habilidade. Além disso, a oportunidade de manifestar essa relação é dificultada pela infraestrutura do ambiente de trabalho e pela priorização da gestão dos serviços, que se concentra principalmente em monitoramentos e avaliações quantitativas.

Por outro lado, a motivação dos CDs em estabelecer uma relação empática com os usuários de áreas vulneráveis foi identificada como um facilitador, viabilizado pela escuta ativa e diálogo durante as consultas odontológicas, e regulação do próprio humor.

Conclui-se que os profissionais demonstram disposição para oferecer um cuidado empático aos usuários. No entanto, é necessário promover atividades de educação permanente em saúde focadas em habilidades interpessoais, além de discutir uma gestão centrada no paciente e orientada para a qualidade do trabalho, a fim de melhorar a relação profissional-usuário.

CONFLITO DE INTERESSE

Os autores declaram que não há conflito de interesse.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Ortega ACBM, Nascimento DDG e Cunha IP participaram da conceituação, metodologia, análise formal, investigação, redação – elaboração do manuscrito original.

REFERÊNCIAS

1. Davis M. Measuring individual differences in empathy: Evidence for a multidimensional approach. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1983. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.44.1.113>
2. Silva JAC da, Massih CGPA, Valente DA, Souza DF de, Monteiro MRL de C, Rodrigues RM. Ensino da empatia em saúde: revisão integrativa. *Rev Bioét*. 2023;30:715-24. <https://doi.org/10.1590/1983-80422022304563PT>
3. Ortega ACBM, Nascimento DDG do, Cunha IP. Empatia na odontologia: uma revisão integrativa sobre cirurgiões-dentistas na prática clínica. *Rev Cient Esc Est de Saúde Pública de Goiás Cândido Santiago*. 2024;10:1-6.
4. Melo D da S, Silva ALA da, Martelli PJ de L, Lyra TM, Miranda GMD, Mendes A da CG. O direito à saúde no território: o olhar dos usuários para Atenção Primária à Saúde. *Ciênc saúde coletiva*. 2021;26:4569-78. <https://doi.org/10.1590/1413-812320212610.09172021>
5. Camargo DS, Castanheira ERL. Ampliando o acesso: o Acolhimento por Equipe como estratégia de gestão da demanda na Atenção Primária à Saúde (APS). *Interface (Botucatu)*. 2020;24(suppl 1):e190600. <https://doi.org/10.1590/Interface.190600>
6. Pitombeira DF, Oliveira LCD. Pobreza e desigualdades sociais: tensões entre direitos, austeridade e suas implicações na atenção primária. *Ciênc saúde coletiva*. 2020;25(5):1699-708. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020255.34102019>
7. Pinheiro JP, Sbicigo JB, Remor E. Associação da empatia e do estresse ocupacional com o burnout em profissionais da atenção primária à saúde. *Ciênc saúde coletiva*. 2020;25(9):3635-46. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020259.33882018>
8. Bordin D, Fadel CB, Vochikovski VBG. Empatia de profissionais da Atenção Primária à Saúde sob a ótica de usuários. *Arch Health Invest*. 2019;8(1). <https://doi.org/10.21270/archi.v8i1.3375> [REFERÊNCIA INCOMPLETA]
9. McGowan LJ, Powell R, French DP. How can use of the Theoretical Domains Framework be optimized in qualitative research? A rapid systematic review. *British Journal of Health Psychology*. 2020;25(3):677-94. <https://doi.org/10.1111/bjhp.12437>
10. Moura ALSDP, Recine E. Nutritionists and the comprehensive care of overweight individuals in primary care. *Rev Nutr*. 2019;32:e190008. <https://doi.org/10.1590/1678-9865201932e190008>
11. Michie S, Van Stralen MM, West R. The behaviour change wheel: A new method for characterising and designing behaviour change interventions. *Implementation Science*. 2011;6(1):42. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-6-42>
12. Sauer L; Campêlo EHR; Capillé MAL. Mapeamento Dos Índices de Exclusão Social de Campo Grande. *Sociologia, Demografia*. 1ª edição. Campo Grande-MS: Editora Oeste; 2012.

13. Michie S, Johnston M, Abraham C, Lawton R, Parker D, Walker A, et al. Making psychological theory useful for implementing evidence based practice: a consensus approach. *Qual Saf Health Care*. 2005;14(1):26-33. <https://doi.org/10.1136/qshc.2004.011155>
14. Vanzela AS. Theoretical domains framework como ferramenta para pesquisas de implementação no Brasil: uma adaptação cultural. Universidade de São Paulo; 2022.
15. Bardin L. *Análise de conteúdo*. 1ª ed. São Paulo: Edições 70; 2011.
16. French SD, Green SE, O'Connor DA, McKenzie JE, Francis JJ, Michie S, et al. Developing theory-informed behaviour change interventions to implement evidence into practice: a systematic approach using the Theoretical Domains Framework. *Implementation Science*. 2012;7(1):38. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-7-38>
17. Holz EB, Bianco M de F. Ergologia: uma abordagem possível para os estudos organizacionais sobre trabalho. *Cad EBAPE.BR*. 2014;12:494-512. <https://doi.org/10.1590/1679-39517443>
18. Kobayashi M, Ito M, Iwasa Y, Motohashi Y, Edahiro A, Shirobe M, et al. The effect of multimodal comprehensive care methodology training on oral health care professionals' empathy for patients with dementia. *BMC Med Educ*. 2021;21(1):315. <https://doi.org/10.1186/s12909-021-02776-3>
19. Barbosa SMP, Vilela GAD, Dinardi MF, Jorge GPH, Branco SHB de F, Castro LS de, et al. Influência dos neurônios-espelho na formação acadêmica humanizada: uma revisão literária. *Brazilian Journal of Health Review*. 2024;7(2):e68784. <https://doi.org/10.34119/bjhrv7n2-084>
20. Núñez C, Deza-Santos F, Taypicahuana Juarez C, Chirinos Lazo M, Gutiérrez Adriazola S, Delgado Bolton R, et al. Empathy and loneliness in the context of healthcare professions: a scoping review. *Cuad Bioet*. 2022;33(109):303-16. <https://doi.org/10.30444/CB.109.2022.3510>
21. Claro LBL, Mendes AAA. Uma experiência do uso de narrativas na formação de estudantes de Medicina. *Interface (Botucatu)*. 2018;22(65):621-30. <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0785>
22. Freitas FG, Viana ML, Medeiros AM de B, Oliveira RC. Relação médico-paciente: a importância de um atendimento humanizado. *Brazilian Journal of Health Review*. 2022;5(6):25301-10. <https://doi.org/10.34119/bjhrv5n6-223>
23. ADEA. American Dental Education Association. Competências para o novo dentista generalista. *J Dent Educ*. 2011;75:932-935. Disponível em: <https://adea.org/jdehomepage/>
24. Aviz GB de, Guimarães GF, Nunes LMA, Martins GMT, Eguchi BS, Cardoso AAM. Impacto do curso de habilidades clínicas no conhecimento de semiologia médica dos estudantes de medicina. *Rev Bras de Educação e Saúde*. 2020;10(3):73-8. <https://doi.org/10.18378/rebes.v10i3.7640>
25. Natal HFMG, Reis GAX dos, Festa CA, Bartmanovic MHV. Humanização nos serviços de saúde: perspectivas de profissionais atuantes na atenção primária à saúde. *Arq ciências saúde UNIPAR*. 2022;26(2):1033-43. <https://doi.org/10.25110/arqsaude.v26i2.2022.1033>

26. Moudatsou M, Stavropoulou A, Philalithis A, Koukouli S. The Role of Empathy in Health and Social Care Professionals. *Healthcare (Basel)*. 2020;8(1):26. <https://doi.org/10.3390/healthcare8010026>
27. Gokhale ST, Al-Qahatani SM, Raj RS, Al-Qahatani BS, Vaddamanu SK, Jathmi AA, et al. Are empathy and emotional intelligence missing in dental practitioner's toolkit in Saudi Arabia? A cross-sectional study. *Niger J Clin Pract*. 2019;22(10):1403-7. https://doi.org/10.4103/njcp.njcp_269_19
28. Uziel N, Meyerson J, Giryas R, Eli I. Empathy in dental care: the role of vicarious trauma. *Int Dent J*. 2020;69(5):348-53. <https://doi.org/10.1111/idj.12485>
29. Lucena EHG de, Lucena CDRX de, Alemán JA de S, Pucca Júnior GA, Pereira AC, Cavalcanti YW. Monitoramento das equipes de saúde bucal após a Política Nacional de Atenção Básica 2017. *Rev Saúde Pública*. 2020;54:99. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054002438>
30. Assis BCS de, Sousa GS de, Silva GG da, Pereira MO. Que fatores afetam a satisfação e sobrecarga de trabalho em unidades da atenção primária à saúde? *Revista Eletrônica Acervo Saúde*. 2020;12(6):e3134. <https://doi.org/10.25248/reas.e3134.2020>
31. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União*, Brasília, seção 1, p. 68, 22 set. 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html