

Susana da Silva Barbosa

A Prática do Coaching na Medicina Dentária

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade de Ciências da Saúde

Porto, 2018

Susana da Silva Barbosa

A Prática do Coaching na Medicina Dentária

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade de Ciências da Saúde

Porto, 2018

Susana da Silva Barbosa

A Prática do Coaching na Medicina Dentária

Trabalho apresentado à Universidade Fernando Pessoa
como parte dos requisitos para obtenção do
grau de Mestre em Medicina Dentária.

Susana da Silva Barbosa

RESUMO

O paciente, enquanto indivíduo, está cada vez mais informado e exigente nas suas vontades e expectativas individuais, pelo que o médico dentista, hoje, não pode ser um mero executor de medicina dentária, mas sim um "coach de saúde", onde para além de, toda a experiência técnica, é-lhe exigido que veja o seu paciente como único, assim como, deverá torná-lo o principal responsável na sua saúde oral.

O principal objetivo desta dissertação, é mostrar a relevância do coaching como ferramenta do Médico dentista na adesão, manutenção, conclusão e prevenção na saúde oral em relação ao seu paciente.

Para estudar este tema, foi feita uma revisão bibliográfica, com recurso a bases de dados informáticas como a Google, Pub-med e B-on.

Conclui-se que, nos dias de hoje, o coaching na saúde em geral é imprescindível, especificamente, na medicina dentária.

Palavras-chave: coaching, health coaching, communication, doctor-patient relationship, coaching in odontology, oral care.

ABSTRACT

The patient, as an individual, has been over time, more informed and vigorous on their individuals demands and desires, that's why dentist, today, can't be a mere dental executor, but most of all, a health coacher, where beyond, his dental expertise, it is required to see his patient as a unique individual and to turn him the main responsible of his own oral health.

The main aim of this study, is to show the relevant role of coaching as a tool for dentist on adherence, maintenance, conclusion and prevention in oral treatments with respect to his patient.

To study this theme, a bibliographic review was carried out using scientific articles taken from online databases such as Google, Pub-med and B-on.

I concluded that, nowadays, coaching on general health, is crucial, and more specific on dental care.

Keywords: coaching, health coaching, communication, doctor-patient relationship, coaching in odontology, oral care.

DEDICATÓRIA

Dedico esta Dissertação à minha filha, por toda a força, apoio e orgulho que ela possa sentir pela mãe e de acreditar que tudo é possível.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à minha filha, aos meus pais, à minha irmã e cunhado pois, se não fossem eles, não partiria para esta formação de 5 anos.

Agradeço a todos aqueles, que perto ou longe, presentes ou estrelas no céu me ajudaram e motivaram nesta caminhada.

Agradeço aos meus inimigos pois, como diz o meu Guru:

“Your worst day could be your best day and shapes your Destiny”

Anthony Robbins.

Uma palavra de apreço pela disponibilidade e dedicação, para a minha Orientadora, Professora Doutora Cristina Pimentão.

ÍNDICE

RESUMO	V
ABSTRACT	VI
DEDICATÓRIA.....	VII
AGRADECIMENTOS	VIII
ABREVIATURAS	XI
I. INTRODUÇÃO	1
1. Materiais e Métodos	2
II. DESENVOLVIMENTO	3
1. Definição de Coaching	3
i. Objetivos.....	4
ii. Que variantes existem.....	4
iii. Como é aplicado.....	4
2. <i>Health Coaching</i> : definição.....	5
i. Objectivos	5
ii. A quem é direccionado	5
iii. Como é aplicado.....	5
3. <i>Coaching</i> na Medicina Dentária: definição	7
i. Objectivos.....	7
ii. A quem pode ser direccionado	7

iii. Como é aplicado.....	7
4. A importância da comunicação na relação Médico dentista-paciente.....	9
5. Educador VS <i>Coacher</i> na saúde	11
III. DISCUSSÃO.....	13
IV. CONCLUSÕES.....	15
BIBLIOGRAFIA.....	16

ABREVIATURAS

PNL - Programação Neurolinguística

TTM - *Transtheoretical Model*

I. INTRODUÇÃO

Numa época de "*cooking, dancing and singing*" que eleva as capacidades do indivíduo quanto aos seus dons, seria pertinente, incluir, o coaching, nas mais variadas áreas: individual, organizacional ou até mesmo como estilo de vida. Sendo assim, acredito, que seja uma ferramenta necessária, para mim, como indivíduo ou como Médica dentista, como também auxiliar do meu paciente, tornando-o o principal decisor, motivador, ator da sua saúde oral. A consequência, deste processo, será, uma melhor qualidade de vida aos níveis pessoal, familiar, social e profissional, fomentando um determinado estatuto de saúde, através de uma mudança de crenças, comportamentos e hábitos. Acredito que se existe uma meta, com objetivos próprios, os processos serão concluídos com sucesso.

Para estudar este tema, foi feita uma revisão bibliográfica, com recurso a bases de dados informáticas como o *Google, Pub-med e B-on*, de forma a encontrar evidências científicas no que respeita a este tema, intimamente ligado às ciências sociais e humanas, mas que julgo serem cruciais, uma vez, que o nosso objeto de tratamento é um ser humano e cada vez mais, o mesmo não é tratado como um "caso", um "tratamento" e mais uma "boca", mas sim como um todo, com todas as partes de um "pequeno universo".

O principal objetivo desta dissertação, é mostrar a relevância do processo de coaching como ferramenta primordial do médico dentista para vislumbrar o seu paciente como um ser humano com motivações, emoções e características próprias, ajudando o a realizar boas decisões e uma mudança de comportamento quanto à sua saúde oral, permitindo-lhe prevenir, decidir, aderir, manter e concluir tudo o que diga respeito à sua saúde oral, apresentado-lhe o plano de tratamento individualizado, com metas e objetivos próprios, permitindo-lhe assim, alcançar um estatuto de saúde oral desejado (Thom *et al.*, 2016).

Conclui-se que, houve uma evolução ao longo do tempo, da importância determinante do indivíduo como cuidador e decisor da sua saúde oral e um "boom" gigantesco do papel do médico e neste âmbito, do médico dentista, como o principal precursor, para que o paciente assuma esse papel, permitindo assim que, o médico dentista, consiga o seu objetivo principal tal como o paciente.

1. Materiais e Métodos

Para estudar este tema, foi feita uma revisão bibliográfica, com recursos a bases de dados informáticas como o *Google*, *PubMed*, *B-on*.

As palavras empregues para a pesquisa: “*coaching*”, “*health coaching*”, “*communication*”, “*doctor-patient relationship*”, “*coaching in odontology*”, “*oral care*”. Foram também tomados como critério de inclusão, o acesso gratuito aos artigos. O idioma dos mesmos também foi um critério de seleção, sendo dada a preferência aos artigos em Inglês.

II. DESENVOLVIMENTO

1. Definição de Coaching

O conceito de *coaching* surgiu por volta de 1830 na universidade britânica de Oxford para definir um tutor particular, alguém que ajudava o aluno a preparar-se para um exame de uma determinada matéria. Com o tempo passou a ser usada também para se referir a um instrutor ou treinador de cantores, atletas ou atores.

Coaching é um termo familiar que se refere "ensinar ou supervisionar alguém" (Butterworth *et al.*, 2007). É uma palavra em inglês que indica uma actividade de formação pessoal onde um instrutor (*coach*) ajuda o seu cliente (*coachee*) a evoluir em alguma área da sua vida.

Coaching é um processo revolucionário e individualizado, uma metodologia, um conjunto de competências e habilidades que podem ser aprendidas e desenvolvidas por absolutamente qualquer pessoa para alcançar um objetivo na vida pessoal ou profissional. É definido como uma mistura de recursos que utiliza técnicas, ferramentas e conhecimentos de diversas ciências como a administração, gestão de pessoas, psicologia, neurociência, linguagem ericksoniana, recursos humanos, planeamento estratégico, entre outras. A metodologia visa a conquista de grandes e efetivos resultados em qualquer contexto, seja pessoal, profissional, social, familiar, espiritual ou financeiro (Marques, 2014).

COACH - É o profissional habilitado a aplicar os processos, técnicas e ferramentas da metodologia, no intuito de desenvolver pessoas e organizações e assim, auxiliá-los a alcançar resultados extraordinários.

COACHEE - O *Coachee* é a pessoa que integra o processo de *Coaching* e vive cada uma das etapas do mesmo, ou seja, é o cliente. A relação é baseada na definição dos seus objetivos e das ações desempenhadas para que o resultado desejado seja alcançado. Através das técnicas e ferramentas do *Coaching*, o *Coachee* é capaz de se desenvolver no âmbito pessoal e/ou profissional, alcançar soluções efetivas, mover-se do ponto A para o ponto B e assim, atingir alto desempenho e resultados extraordinários.

i. Objetivos

Qualquer pessoa que queira alcançar um objetivo, um sonho, um estado ou uma meta pode recorrer a um *Coach*. O *Coach* vai ajudá-lo a obter resultados de uma forma rápida e transformadora (Marques, 2014).

No Coaching trabalha-se com metas, clarificam-se objetivos e não só é traçado um plano de ação mas também se ultrapassam medos que nos impedem de avançar.

É um processo que produz mudanças positivas e duradouras num curto espaço de tempo de forma efetiva e acelerada. É uma oportunidade de visualização clara dos pontos individuais, do aumento da autoconfiança, de quebrar crenças limitantes, para que as pessoas possam conhecer e atingir seu potencial máximo e alcançar suas metas de forma objetiva e, principalmente, assertiva (Coaching, 2018).

ii. Que variantes existem

O coaching abrange o desenvolvimento da pessoa como indivíduo que interfere no contexto pessoal, profissional ou organizacional.

A metodologia possui dois nichos principais, o *Life Coaching* (orientado para preencher necessidades pessoais) e o *Professional Coaching* (indicado para as necessidades profissionais, executivas, corporativas e empresariais). Dentro destes dois nichos, o *Coaching* ainda pode ser ramificado em diversos outros contextos. Tais como:

- *Coaching* Pessoal: *Coaching* de Relacionamento, *Coaching* Familiar, *Coaching* Espiritual, *Coaching* de Emagrecimento, *Coaching*, *Coaching* Financeiro, *Coaching* desportivo, *Coaching* de Inteligência Emocional, *Coaching* Nutricional, *Coaching* na Saúde.

- *Coaching* Profissional: *Coaching* de Carreira, *Coaching* para Concursos, *Coaching* Corporativo, *Coaching* de Equipas, *Coaching* de Vendas, *Coaching* de Empreendimento, *Coaching* de Recrutamento (Coaching, 2018).

iii. Como é aplicado

No *Coaching* são usadas ferramentas como a Programação Neurolinguística (PNL) e perguntas para questionar e provocar a reflexão do cliente.

A Programação Neurolinguística é uma técnica que estuda o funcionamento dos processos mentais e das estratégias de aprendizagem do indivíduo. Com correta utilização desta técnica é possível reeducar e reprogramar a nossa mente para atingir melhores resultados nas diferentes áreas da nossa vida pessoal e profissional.

Para além disso, são usados inúmeros modelos estruturais das ciências da Psicologia, Sociologia e Teorias Comportamentais, dos quais salientarei, algumas, mais à frente (AEP, 2018).

2. Health Coaching: definição

Health coaching é a prática da educação e promoção da saúde, de forma a melhorar o bem estar dos indivíduos e facilitar o alcance de objetivos relacionados com a sua saúde. *Health coaching* tem ganho recentemente uma grande popularidade devido à sua capacidade de se adaptar a múltiplos comportamentos, riscos de saúde e auto-gestão na doença, de uma forma efetiva de redução de custos (Butterworth *et al.*, 2007).

i. Objectivos

Segundo, Cinar *et al.* (2018), Butterworth *et al.* (2007) e Huffman (2010), o *health coaching* é definido como uma intervenção comportamental de saúde que permite aos participantes estabelecer e atingir objetivos de promoção de saúde de forma a se alterarem comportamentos relacionados com o seu estilo de vida, com a intenção de reduzir riscos de saúde, melhorar a auto-gestão em caso de doenças crónicas e aumentar a sua saúde, intimamente relacionada com melhoria da sua qualidade de vida em geral.

ii. A quem é direccionado

Health coaching é o resultado da educação na saúde e das atividade de aconselhamento de saúde, que se tornou popular nos anos 50, providenciando educação (informação e conselhos) de forma, a alterar comportamentos e reduzir riscos de saúde (Huffman, 2010).

iii. Como é aplicado

Health coaches mais do que dizerem o que os indivíduos devem fazer, usam os indivíduos ou as suas agendas para guiar a conversa dentro desta nova perspectiva, i. é, identificar um objetivo, estadios de mudança e audição ativa, ou seja, a estrutura do *health*

coaching.

Ao longo de todos os estudos, é evidente o suporte de grupos de apoio, face a face, intervenções baseadas por telefone ou uma combinação de vários, onde a maioria da literatura recente, focava-se nos métodos de conversa telefónica. Várias abordagens foram descritas e incorporadas no *health coaching*. Estas incluem a entrevista motivacional, que trata a pessoa como um todo, rege-se pela base de aconselhamento motivacional e modelo de saúde percecionado.

A entrevista motivacional, foi descrita como orientada com objetivos, centrada no aconselhamento do cliente de forma a fomentar a mudança de comportamento ajudando os clientes a explorar e resolver ambiguidades ou dificuldades. Demonstrou como sendo efetiva quando dirigida a fatores de risco típicos e a questões de gestão de estilo de vida que são de grande interesse nos esforços de gestão de saúde/doença.

A entrevista motivacional, difere bastante do modelo tradicional de educação na saúde usado frequentemente na gestão das intervenções de doença. A entrevista motivacional não é baseada no modelo de informação, em vez disso, é marcada por compreender tudo aquilo que despoleta a mudança.

Durante uma sessão típica de *health coaching* o *coach* enfatiza os três pilares que formam uma entrevista motivacional - colaboração, evocação e autonomia - de forma a estabelecer um "*rapport*" (afinidade) /conexão, relação/harmonia, reduzir a resistência e promover um "discurso de mudança", ou seja, apresentar as suas próprias razões e argumentos para a mudança. Os resultados esperados nestas sessões da entrevista motivacional são para que os clientes encontrem ambivalência (um objetivo central), caminhem para os estadios de mudança e sigam em frente para um estilo de vida desejada (Schneider *et al.*, 2011).

A colaboração entre o clínico e o paciente invoca a motivação pessoal do paciente, canalização os seus próprios valores, as suas razões e recursos para fazer mudanças no estilo de vida. A entrevista motivacional baseia-se nos seguintes princípios: Expressar simpatia; desenvolver discrepância; combater a resistência e suportar a auto eficácia (Mills, *et al.*, 2017).

Health coaching pode ser entregue quer pessoalmente ou remotamente por telefone, email

ou internet (através de chats de discussão). Inicialmente as sessões são cerca de 30min, a uma hora de duração, dependendo da complexidade ou severidade das necessidades do paciente e da sua rapidez quanto à mudança, com *follow-ups* de 10-30min. Esta técnica foi desenvolvida como uma intervenção breve e existem evidências que somente algumas sessões são necessárias para gerar mudança (Butterworth *et al.*, 2007).

3. Coaching na Medicina Dentária: definição

A saúde oral tem um enorme impacto na saúde geral. As maiores doenças orais incluem cáries dentárias, doenças periodontais e cancro orofaríngeo. Enquanto que a maioria segue a prevenção, milhões sofrem ainda de condições debilitantes. A adesão dos pacientes aos cuidados recomendados e alterações de mudanças de comportamento são essenciais para o tratamento de doenças orais. Logo, o *coaching* na medicina dentária pode ser mais uma ferramenta para alcançar essas mudanças (Ammentorp *et al.*, 2013; Mills, *et al.*, 2017).

i. Objetivos

A prevenção da doença e a promoção de saúde oral permanecem componentes essenciais no tratamento de higiene dentária dos pacientes. Fomentando a sua decisão, responsabilização e motor de mudança da sua saúde oral, nomeadamente em doenças crónicas orais como a Periodontite (Röing e Holmström, 2014; Coolidge *et al.*, 2011)

ii. A quem pode ser direcionado

É através da anamnese e aplicação de teorias existentes das ciências sociais e comportamentais que os cuidados de higiene oral podem ser melhorados e revitalizados, (nomeadamente alguns descritos acima). Ambos, pacientes e profissionais orais, beneficiam das atividades que reexaminam e analisam a tendência que a prevenção no cuidado de saúde e motivação são importantes áreas no que diz respeito ao médicos dentistas na prática clínica dos dias de hoje (Devine *et al.*, 2013).

iii. Como é aplicado

A pesquisa no comportamento de saúde é cada vez mais focado em vários modelos teóricos e a sua efetividade e aplicabilidade para mudar um comportamento de saúde negativo na população. Compreender as suas forças e aplicabilidade é crucial para os

colaboradores e executantes de saúde que trabalham com cuidados de saúde preventivos. Os praticantes de saúde oral, tal como os seus pares noutras áreas de saúde, ficam surpreendidos quando os pacientes não mudam necessariamente os seus comportamentos mesmo quando lhes é dado o conselho de especialidade para o fazerem. Perante isto, parece plausível que os pacientes mudem o seu comportamento, uma vez que foram educados para o fazerem após ouvirem as suas recomendações.

O modelo, o TTM (Transtheoretical Model) coloca essa mudança de comportamento como sendo multi-fásica e pode ser caracterizada por ocorrer durante uma sequência. De uma perspectiva de saúde oral, é desejável evitar a fuga aos tratamentos dentários dos indivíduos que decidem procurar cuidados médicos dentários. De acordo com este modelo, os indivíduos que evitam a saúde oral poderão não pensar de todo em ir ao dentista (i.e, estão no estadio de Pré contemplação), ou poderão considerar contactar o dentista mas ainda não decidiram, ligado à sua ambivalência por resolver acerca de ir (i.e estão no estadio da Contemplação) ou poderão ter decidido contactar o dentista (i.e no estadio de Ação) (Coolidge *et al.*, 2011).

A maioria das doenças orais crónicas são preventivas e estão relacionadas com escolhas de estilo de vida. Os praticantes de saúde oral tratam condições agudas e também lidam com condições crónicas pelas quais o paciente é responsável para continuar a sua autogestão continuada. Os comportamentos contribuem para doenças de saúde oral crónicas tais como remoção de biofilme, higiene oral deficiente, dieta pobre, stress, tabaco que podem ser redefinidos com a assistência de um praticante de saúde oral. Estes têm interações repetidas permitindo ao paciente e ao clínico construir uma relação colaborativa .

No entanto, outro modelo útil para o Médico dentista pode ser aplicado: *The Client Self-Care Commitment Model*, é uma abordagem única de entrevistas centradas no paciente que decorrem ao longo do processo de cuidados de saúde orais e que diferencia este modelo de outras abordagens de modelos de aconselhamento de saúde, tais como a entrevista motivacional.

Os elementos fundadores deste modelo foram desenhados a partir de uma filosofia centrada no paciente, na comunicação terapêutica e modelos relacionados com a saúde que incluem o modelo biomédico, o modelo de doença explanatório, o modelo de

empoderamento do cliente e modelo conceptual de necessidades humanas de higiene dentária.

O objetivo principal deste modelo é promover uma relação colaborativa entre o cliente e o clínico. Os resultados desta parceria alteram os papéis tradicionais de ambos: o papel do clínico muda de especialista para facilitador e pessoa fonte. O cliente passa de um papel passivo e espectador para um parceiro empenhado, comprometido, informado, habilitado e competente (Miles *et al.*, 2014).

Envolver os pacientes nas decisões de tratamento parece ser um equilíbrio delicado entre os ideais do envolvimento do paciente e a realidade de como é praticado. Estes atos equilibrados, por sua vez, revelaram obstáculos no envolvimento do paciente e o papel que a economia desenrola na tomada de decisões de alguns pacientes no que respeita aos seus tratamentos (Röing e Holmström, 2014).

A aplicação da programação neurolinguística (PNL) na Medicina dentária é também uma mais valia na prática do *coaching* no consultório dentário e, uma vez que a Programação Neurolinguística persiste na autoconsciência e comunicação efetiva entre as pessoas, sendo um modelo dinâmico de como funciona a mente humana e de como as pessoas entendem, representam, constroem e comunicam as suas experiências e as implicações que todo este processo tem no seu desenvolvimento pessoal e profissional. Existem pelo menos 5 formas básicas dentro da Programação Neurolinguística de forma a atingir esta mudança e que pode ser usada pelo Médico Dentista e que são: “*rapport*”, sistemas de percepção, ajuda na visualização do futuro desejado, linguagem positiva e até hipnose (Camino, 2017).

4. A importância da comunicação na relação Médico dentista-paciente

Os cuidados de saúde tradicionais valorizavam as aptidões técnicas e o conhecimento biomédico dos profissionais de saúde permitindo relações de passividade do cliente contra relações dominantes dos cuidadores de saúde. Este tipo de relações poderão não ter valorizado os desejos e valores do cliente e por isso não facilitaram altos níveis de compromisso. No anos recentes a ênfase trocou-se de um compromisso passivo e move-se para uma parceria que inclui os pacientes como atores do seu próprio cuidado, onde o uso de ferramentas do coaching na saúde fortaleceu a relação médico-dentista (Camino, 2017).

Estes autores demonstraram que os temas associados com a diminuição do compromisso do cliente incluíam falta de confiança, comunicação ineficaz, sentimento de desconexão e estilos de relação paternalista. Os temas associados ao aumento de comprometimento do cliente incluíram comunicação efetiva, cuidado centrado no cliente, realização de decisão partilhada e confiança (Morris, 2016).

Existe uma lacuna útil de categorização dos valores e preferências dos pacientes pelos clínicos e na prática clínica. Os valores e preferências dos pacientes são diversos e podem ser sumarizados em 7 elementos chave, sendo estes valores e preferências as bases de melhorias qualitativas dos cuidados de saúde: singularidade, autonomia, compaixão, capacidade de resposta, parceria, empoderamento e capacitação.

Os cuidadores de saúde lutam para oferecer o melhor cuidado possível aos seus pacientes. Para alcançar esta ambição, eles têm de manter o equilíbrio entre o conhecimento médico rápido envolvente e as possibilidades com um número crescente de doenças crónicas, condições mórbidas, orçamentos económicos e expectativas e preferências dos pacientes (Bastemeijer *et al.*, 2017).

Ouros autores identificaram 7 temas: as características partilhadas entre o *Health Coach* e o paciente tais como linguagem, cultura e experiência de vida são vistas como importantes para ajudar o paciente a sentir-se confortável e compreendido e sendo assim mais aberto ao trabalho a realizar com o coach e a tomar decisões de saúde. Tal como, a disponibilidade do *Health Coach* em relação aos pacientes, estabelecimento de uma relação de confiança, papel educacional do *Health Coach*, providenciar apoio pessoal ao paciente, providenciar apoio na tomada de decisões, fazer a ponte entre o paciente e outros clínicos (Thom *et al.*, 2016).

O cuidado dentário, geralmente enfrenta a relação tradicional médico-paciente, na qual o médico não procura *feedback* e os pacientes sentem-se desconfortáveis quando estão envolvidos no processo de cuidado de saúde. Uma relação mais equilibrada entre pacientes e médicos descrita em termos de informação, leva a melhores serviços de cuidados dentários e por sua vez melhor gestão de qualidade.

Para benefício de ambas as partes (pacientes e dentistas), as recomendações para aumentar a satisfação do paciente incluem: a aquisição de aptidões de comunicação, manutenção dos padrões de higiene e oferta de serviços de qualidade. Comunicação

apropriada com o paciente envolve a necessidade de ouvir, dar-lhes tempo suficiente para processar a informação e realizar decisões.

As capacidades de comunicação são essenciais para manter o estado de satisfação e contentamento dos serviços oferecidos aos pacientes. A informação do paciente é um pré requisito para manter uma dentisteria de qualidade, colocada ao lado da competência profissional na categoria das variáveis mais importantes na escolha de um dentista (Timofe e Albu, 2016).

No entanto, o que verificamos é a existência de uma lacuna de informação acerca da extensão pela qual os pacientes se lembram de fatores chave das consultas dentárias. Esquecer conselhos de saúde compromete a adesão ao tratamento, tais como instruções e o seu potencial problema. (Misra *et al.*, 2013)

Os autores avaliaram a quantidade e o tipo de informação memorizado numa consulta dentária, o compromisso entre dentista e paciente acerca dos conteúdos da consulta e a relação de tal memória com a satisfação do paciente e concluíram que ambas as “memórias” são diferentes e captam diferentes elementos da consulta (Misra *et al.*, 2013).

Para além disso, a má comunicação interfere na não adesão ao tratamento, e por conseguinte interfere com resultados de sucesso (Butterworth *et al.*, 2007).

Um dos exemplos onde o comprometimento e adesão são cruciais é no tratamento periodontal, onde estes elementos são primordiais para o seu sucesso, incluindo a minimização de perda de osso e perda de peças dentárias (Miles *et al.*, 2014; Morris, 2016).

5. Educador VS *Coacher* na saúde

O médico dentista é um educador de saúde oral e praticante, que deverá conseguir uma conexão com o seu paciente de forma a providenciar informação de promoção de saúde, tratamento preventivo e terapêutico. Sendo assim, é crucial o estabelecimento de uma ligação com o paciente, levando a relações médico-paciente de confiança para motivar os indivíduos a agir de forma a melhorar a sua saúde oral. Para além da sua técnica é necessário que o médico dentista possua habilitações de comunicação interpessoal, estabeleça padrões e competências de educação.

Ora, houve uma evolução quanto aos modelos estruturais usados. Desde, o modelo Paternalista, onde o profissional de saúde, era o único elemento na tomada de decisão, oferecendo ao seu paciente toda a informação acerca do tratamento que ele ou ela havia determinado como sendo o melhor para o seu paciente.

No modelo o profissional como agente, o profissional toma o ponto de vista do paciente, quer seja, por fomentar as preferências do paciente ou ao assumir que ele ou ela conhecem aquilo que o paciente escolheria, resultando daí, que os pacientes estariam tão bem informados quanto o clínico e depois agindo como agente para o paciente, o profissional faria a decisão de tratamento mais acertada.

O envolvimento do paciente aumenta no modelo informado na tomada de decisão do tratamento estendendo-se ao facto de que os pacientes passam a ter o papel único na tomada de decisão. Os pacientes são informados pelos profissionais de saúde e bem-estar acerca dos riscos e prognósticos de todas as alternativas possíveis de tratamento e depois fazem a decisão de tratamento.

No modelo de partilha de tomada de decisão, ambos, profissionais de saúde e pacientes, concordam mutuamente, reforçam e partilham a responsabilidade pelas decisões finais de tratamento. Este modelo é parte da abordagem centrada no paciente, ainda que os profissionais disponibilizem a informação relativa às opções de tratamento, exploram e tomam em consideração os valores e preferências de tratamento dos pacientes.

A natureza das doenças dentárias e orais é crónica, obriga a *check-ups* regulares e o tratamento oferecido, na maioria das nações ocidentais, por praticantes de medicina dentária é somente em consultórios únicos ou clínicas privadas. Logo, o sucesso da prática, poderá estar dependente na relação entre o dentista e o paciente, o qual torna-se exclusivo e primordial. Estas relações podem ser mutuamente dependentes, tal como o dentista está dependente no regresso dos pacientes para *check-ups* regulares e tratamentos conforme a sua vontade própria. Ao oferecer aos pacientes a oportunidade de terem um papel ativo na decisões que digam respeito aos tratamentos oferecendo aos pacientes um papel mais autónomo em relação aos profissionais de saúde oral e fortalecê-los como consumidores nos cuidados de saúde oral (Butterworth *et al.*, 2007).

III.DISSCUSSÃO

A aplicação do *coaching* incide principalmente na relação médico dentista-paciente e a sua forma de atuação mais direta é através da anamnese. Será através desta que recolhermos todos os dados que formam uma história clínica com um objetivo de diagnóstico. Ora o médico dentista, para conseguir uma boa anamnese tem de ser capaz de realizar as perguntas adequadas e no modo adequado. Estas perguntas não podem buscar somente a história clínica do paciente como também a linguagem verbal, o discurso e que o paciente apresente no seu diálogo, por palavras suas, a enfermidade de que padece. É imprescindível que toda a equipa clínica dentária mostre uma atitude de real interesse e de escuta da informação recolhida de forma a atingir uma relação terapêutica.

Esta revisão verificou que em todos os resultados foram concluídas as vantagens e os benefícios futuros a longo prazo da prática do *coaching*. Todavia, foram encontrados obstáculos como o fator tempo e o poder económico.

Relativamente ao fator tempo, o facto de se incluir mais 15 minutos nas primeiras sessões de tratamento, levará a uma melhor relação interpessoal com o paciente, traçará um plano de ação e diagnóstico mais completo, alcançará a monitorização do objetivo a alcançar e a confirmação dos resultados obtidos. Se ocupou mais tempo neste plano no início, diminuirão as sessões com o passar do tempo, fazendo com que o paciente não só altere o seu comportamento, atinja os seus objetivos e ainda se fidelize e traga novos pacientes ao consultório. Permitindo assim, que o fator monetário seja “aliviado”, pois foi-lhe demonstrado que se alterar um comportamento terá outras alternativas e custos menores na manutenção da sua saúde oral.

Acima de tudo, a mudança de mentalidades e de práticas, poderá confirmar o *coaching* como uma mais valia para o maior retorno de resultados, face a uma mudança de comportamentos e alcance de determinados resultados. Na medicina dentária, na hora de expor o diagnóstico do paciente, o médico deveria seguir algumas diretrizes, nomeadamente: adotar um paradigma colaborativo (perguntar ao paciente que mudanças está disposto a realizar); promover apoio ao paciente, concretamente com informação sobre as patologias buco-orais e possíveis soluções das mesmas, promover consultas

saudáveis, ajudá-lo com o impacto emocional da doença, promover um seguimento regular e estimular que seja um participante ativo no seu tratamento. Deverá ainda ultrapassar o “*gap*” entre médico e paciente para que este entenda o plano de tratamento, que esteja de acordo com o mesmo e que compreenda e siga as prescrições. O médico dentista, deverá adequar a linguagem ao contexto sócio-cultural do paciente e deverá fazer um seguimento ativo ao paciente disponibilizando-se na confiança e familiaridade.

IV. CONCLUSÕES

O paciente como centro é um assunto importante nos cuidados de saúde, no entanto são necessários mais conclusões e válidas para criar a possibilidade de desenvolvimento de uma ferramenta, medida ou questionário, no futuro, de forma a providenciar um aumento de qualidade nas guidelines clínicas e nas políticas na prática diária dos cuidados de saúde.

No entanto, foi demonstrado que o coaching, realmente, é uma ferramenta de mais valia na Medicina Dentária, na medida em que vê o indivíduo como único, “desmonta” o seu problema, apresenta-lhe um plano, com objetivos necessários para alcançar a mudança de comportamento para diminuir ou acabar com o seu problema de saúde, ajudando na sua autogestão e atingir as suas metas, no que respeita ao estatuto dentário e da alteração de um cenário de doença para saúde.

Entendo, que por estar incluído no âmbito das ciências sociais, humanas e comportamentais as pesquisas necessárias sejam a nível qualitativo e por isso mais difíceis de mensurar e padronizar. No entanto, seria interessante a monitorização de um estudo clínico numa instituição com o departamento de Medicina Dentária, acerca da sua aplicabilidade, uma vez que os seus estudos são escassos.

BIBLIOGRAFIA

AEP (2018). Formação AEP. [Em Linha] disponível em: <http://formacao.aeportugal.pt/portais-aep/formacao>. Acedido em: Abril de 2018

Ammentorp, J., *et al.* (2013). Can life coaching improve health outcomes? - A systematic review of intervention studies. *BMC Health Services Research*, 13(1), pp. 1-23.

Bastemeijer, C. M., *et al.* (2017). What do patients values and preferences mean? A taxonomy based on a systematic review of qualitative papers. *Elsevier*, 100(5), pp. 871-881.

Butterworth, S. W., *et al.* (2007). Health coaching as an intervention in health management programs. *Disease Management & Health Outcomes*, 15(5), pp. 299-307.

Camino, P. M. (2017). *El camino hacia el exito de tu clínica dental*. Barcelona España: Editorial Quintessence.

Cinar, A. B., *et al.* (2018). A new complementary approach for oral health and diabetes management: health coaching. *Interntional Dental Journal*, 68(1), pp. 54-64.

Coaching (2018) [Em Linha] Disponível em: <http://www.significados.com.br/coaching/>. Acedido em Abril de 2018

Coolidge, T., *et al.* (2011). Thinking about going to the dentist: a Contemplation Ladder to assess dentally-avoidant individuals' readiness to go to a dentist. *BMC Oral Health*, 11(1), p. 4.

Devine, M., *et al.* (2013). How can coaching make a positive impact within educational settings? *Procedia Social and Behavioral Sciences*, 93, pp. 1382-1389.

Huffman, M. H. (2010). Health Coaching, A Fresh Approach for Improving Health Outcomes and Reducing Costs. *AAOHN Journal*, 58(6), pp. 245-249.

Marques, J. R. (2014). Coach corporativo: uma das profissões mais promissoras para 2015! [Em Linha] Disponível em: www.ibccoaching.com.br/portal/coa, Acedido em: 2018

Miles, S. S., *et al.* (2014). Integration of the Client Self-Care Commitment Model in a dental hygiene Curriculum. *International Journal of Dental Hygiene*, 12(4), pp. 305-314.

Mills, A., *et al.* (2017). Dental Hygiene Students' Perceptions of Importance and Confidence in Applying Motivational Interviewing During Patient Care. *American Dental Hygienists' Association*, 91(1), pp. 15-23.

Misra, S., *et al.* (2013). Dentist–patient communication: what do patients and dentists remember following a consultation? Implications for patient compliance. *Patient Preference and Adherence*, 7, p. 543.

Morris, J. E., Kanji, Z. (2016). Exploring how the quality of the client-dental hygienist relationship affects client compliance. *Canadian Journal Dental Hygiene*, 50, pp. 15-22.

Röing, M., Holmström, I. K. (2014). Involving patients in treatment decisions—a delicate balancing act for Swedish dentists. *Health Expectations*, 17(4), pp. 500-510.

Schneider, J. I., *et al.* (2011). Identifying challenges, goals and strategies for success for people with diabetes through life coaching. *Journal of Vocational Rehabilitation*, 34(2), pp. 129-139.

Thom, D. H., *et al.* (2016). A Qualitative Study of How Health Coaches Support Patients in Making Health Decisions and Behavioral Changes. *Annals of Family Medicine*, 14, pp. 509-516.

Timofe, M. P., Albu, S. (2016). Quality management in dental care: patients' perspectives on communication. a qualitative study. *Clujul Medical*, 89(2), p. 287.