



Tarsila Cotta Campos

Protocolo para as avaliações de reabilitação com próteses removíveis na Clínica de Odontogeriatría da Odontoclínica Central da Marinha

Rio de Janeiro

2023

Tarsila Cotta Campos

Protocolo para as avaliações de reabilitação com próteses removíveis na Clínica de Odontogeriatricia da Odontoclínica Central da Marinha

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização Gestão em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Gestão em Saúde.

Orientadora: Helena Seidl

Rio de Janeiro

2023

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pelas inúmeras bênçãos que derrama em minha vida.

Aos meus amados irmãos, por serem meus melhores amigos e por me apoiarem em todas as situações.

Aos meus pais, pelo amor incondicional e por terem dedicado todos os seus esforços à minha educação.

À Marinha do Brasil e à Odontoclínica Central da Marinha, pela oportunidade de aprendizado, pela confiança e apoio dos meus pares, da minha Chefia e da Direção.

À Escola Nacional de Saúde Sergio Arouca - EAD/FIOCRUZ e a minha orientadora, Helena Seidl, pelos ensinamentos e orientações. Você foi impecável nas suas colocações e contribuiu muito para o meu crescimento pessoal e profissional.

Aos amigos da turma do C-Sup, pelas trocas de experiências e pelos momentos de descontração. A parceria de vocês, nesta longa caminhada, foi essencial para o meu desenvolvimento e me permitiu chegar até aqui com a sensação de dever cumprido.

Ao meu Chefe CF (CD) D'Ávila, pela enorme disponibilidade ao diálogo e por possibilitar que esse Projeto fosse colocado em prática na Clínica. Muito obrigada pelas excelentes ideias e por confiar neste Projeto!

À minha querida amiga CC(CD) Renata Pessôa, pela amizade sincera e pelo apoio em todos os momentos. Você foi a grande precursora de tudo isso e é uma inspiração para mim! A sua parceria torna meus dias de trabalho mais leves e mais felizes.

Aos militares e estagiários da Clínica de Odontogeriatría, pelo engajamento neste Projeto e pelo lindo trabalho que desempenham na assistência aos idosos. Vocês foram os verdadeiros executores dessa intervenção e tornaram meu sonho possível! Espero contribuir para que a nossa rotina de trabalho seja cada vez melhor. Amo vocês e tenho muito orgulho de fazer parte desta equipe maravilhosa!

A todos que contribuíram para a conclusão deste trabalho, o meu mais sincero agradecimento.

*A tarefa não é tanto ver o que ninguém ainda viu, mas pensar
o que ninguém pensou sobre algo que todos veem.*

ARTHUR SCHOPENHAUER.

RESUMO

O aumento da expectativa de vida é uma grande conquista da humanidade. No entanto, esse ganho é acompanhado por enormes desafios em diversos setores, notadamente na área da saúde. Essa nova realidade requer que pesquisadores, profissionais e gestores da área de saúde examinem métodos que garantam a promoção da saúde e atenção às particularidades da população idosa. No âmbito da Odontologia, apesar dos avanços na prevenção, essa população permanece com uma expressiva prevalência de edentulismo (total ou parcial) e alta necessidade pelo uso de próteses dentárias removíveis. Nesse contexto, está inserida a Clínica de Odontogeriatrics, responsável pela reabilitação protética dos usuários acima de 60 anos, do Sistema de Saúde da Marinha. A Clínica lida, atualmente, com uma demanda por esse tipo de tratamento que excede em aproximadamente quatro vezes a sua capacidade de atendimento. Nesse sentido, torna-se imprescindível a otimização das consultas disponíveis e a redução das intercorrências e retrabalhos. O presente trabalho trata-se de um projeto de intervenção, com objetivo de reduzir a inclusão de pacientes nos grupos de tratamento que não estejam aptos para a reabilitação protética. Com a aplicação de protocolos de avaliação, houve a inclusão de todos os pacientes aptos nos grupos de reabilitação. Os pacientes inaptos foram direcionados para os tratamentos que se faziam necessários, previamente à instalação das próteses. Com este trabalho, foi possível aplicar a gestão da clínica para a obtenção de melhores resultados, aumento da eficiência e elevação no padrão de atendimento clínico.

Palavras-chave: odontogeriatrics; saúde bucal em idosos; saúde do idoso

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Demanda reprimida

Gráficos 2 a 6 – Resultados da pesquisa feita com os cirurgiões-dentistas, acerca da sistemática de avaliação de próteses removíveis

Gráfico 2 - Consultas de avaliação no SPA

Gráfico 3 - Especialização em Prótese Dentária

Gráfico 4 - Desempenho na avaliação e planejamento de próteses removíveis

Gráfico 5 - Percepção de estresse no manejo de pacientes

Gráfico 6 - Tempo de consulta para avaliação de próteses removíveis

Gráfico 7 - Resultados parciais das consultas de adequação – Aptos/Inaptos

Gráfico 8 - Resultados parciais das consultas de adequação – Inaptos: motivos

LISTA DE SIGLAS

ANS: Agência Nacional de Saúde Suplementar

CAD/CAM: Computer Aided Design / Computer Aided Manufactured

CC (CD): Capitão de Corveta, cirurgião-dentista

CF (CD): Capitão de Fragata, cirurgião-dentista

Com1ºDN : Comando do 1º Distrito Naval

DSM: Diretoria de Saúde da Marinha

EB: Exército Brasileiro

FAB : Força Aérea Brasileira

LPD: Laboratório de Prótese Dentária

LRPD: Laboratório Regional de Prótese Dentária

MB: Marinha do Brasil

OCM: Odontoclínica Central da Marinha

OM: Organização Militar

OPAS: Organização Pan-Americana da Saúde

PNSB: Política Nacional de Saúde Bucal

PPR: Prótese Parcial Removível

PPRG: Prótese Parcial Removível a Grampo

PT: Prótese Total

RM2: Reserva Militar 2 (Oficiais temporários)

SB:Saúde Bucal

SPA : Serviço de Pronto Atendimento

SSM: Sistema de Saúde da Marinha

SUS: Sistema Único de Saúde

1T: Primeiro-Tenente

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
1.1 OBJETIVOS GERAL E ESPECÍFICO.....	12
2 REFERENCIAL TEÓRICO	13
2.1 REABILITAÇÃO PROTÉTICA NO CONTEXTO DA SAÚDE BUCAL COLETIVA.....	13
2.2 PRÓTESES REMOVÍVEIS NAS FORÇAS ARMADAS BRASILEIRAS: FOCO NA SISTEMÁTICA DE INDENIZAÇÃO.....	17
2.3 CONCEPÇÕES ATUAIS SOBRE A REABILITAÇÃO COM PRÓTESES REMOVÍVEIS.....	18
2.3.1 CONCEITO, VANTAGENS E DESVANTAGENS, INDICAÇÕES E CONTRAINDICAÇÕES.....	18
2.3.2 ARCO DENTAL REDUZIDO.....	20
3 O PROJETO DE INTERVENÇÃO	21
3.1 DESCRIÇÃO E ANÁLISE DA SITUAÇÃO PROBLEMA.....	22
3.2 PROGRAMAÇÃO DAS AÇÕES.....	25
3.3 GESTÃO DO PROJETO.....	29
3.3.1 MONITORAMENTO DO PROJETO.....	29
3.3.2 CONCEPÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO.....	29
3.3.2.1 CONSULTAS DE AVALIAÇÃO E ADEQUAÇÃO PRÉ-PROTÉTICA.....	34
3.3.3 RESULTADOS PARCIAIS DAS CONSULTAS DE ADEQUAÇÃO.....	36
3.3.4 COMPETÊNCIAS GERENCIAIS E DESAFIOS ENFRENTADOS.....	38
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS	40
REFERÊNCIAS	43
ANEXO A - FLUXOGRAMA PARA O ATENDIMENTO DE PACIENTES QUE DEMANDAM POR PRÓTESES REMOVÍVEIS	47

ANEXO B - TABELA PARA DEFINIÇÃO DE PRIORIDADES NA MARCAÇÃO DE CONSULTAS.....	48
ANEXO C - GUIA PARA ANAMNESE E EXAME CLÍNICO	49

1 INTRODUÇÃO

A situação da saúde bucal representa o efeito cumulativo de indicadores de risco, determinantes sociais, crenças pessoais e familiares, conhecimento, letramento em saúde, fatores de risco para doenças e comportamentos preventivos e de cuidados com a saúde (OPAS, 2023). As doenças bucais, principalmente cáries dentárias e doenças periodontais e suas sequelas (perda de dentes e edentulismo), compartilham fatores de risco com outras doenças crônicas (SHEIHAM, 2005). Dessa forma, é compreensível que a população idosa brasileira apresente, apesar dos constantes avanços nos programas governamentais, uma saúde bucal frequentemente precária (KOSSIONI *et al.*, 2018).

Segundo resultados da Pesquisa Nacional de Saúde Bucal – SB Brasil 2003, apenas 10,3% da população, na faixa etária de 65 a 74 anos, possuía 20 ou mais dentes presentes, havendo uma pequena alteração desse percentual em 2010 para 11,5% (FERREIRA; ANTUNES; ANDRADE, 2013). Apesar da redução expressiva das perdas dentárias entre adolescentes e adultos, isso não vem ocorrendo entre os idosos, indicando um acúmulo da necessidade de reabilitação protética nessas populações. Dados do SB Brasil 2010 revelam que, entre a população idosa brasileira de 65 a 74 anos, a prevalência do uso de próteses removíveis é de 78,2%, enquanto a necessidade de próteses é de 68,7% (AZEVEDO *et al.*, 2017).

Um levantamento epidemiológico sobre as condições de saúde oral de uma amostra de 675 pacientes idosos, assistidos pela Clínica de Odontogeriatrica da Odontoclínica Central da Marinha (OCM), revelou que 64% não possuíam dentição funcional (20 ou mais dentes), 24% apresentavam perda dentária grave (9 ou menos dentes em boca) e 70% dos pesquisados usavam algum tipo de prótese removível (parcial/ total) (PARDINI; LEÃO; PENONI, 2019). Dessa forma, de maneira semelhante ao encontrado no SB Brasil 2010, os idosos usuários do Sistema de Saúde da Marinha (SSM) possuem uma expressiva prevalência de doenças bucais e suas sequelas, assim como alta demanda por reabilitação protética.

Retomemos o conceito do efeito cumulativo relatado no início dessa introdução. Ao atendermos um paciente idoso, nos deparamos com um ser humano que se encontra em seu mais alto grau de complexidade, não só em termos biológicos, mas também sociais e psicológicos. O acolhimento do paciente idoso exige uma visão holística e interdisciplinar, não contemplada no modelo biomédico no qual fomos formados. É preciso dedicar tempo e atenção cuidadosa a esse paciente para compreendermos suas reais necessidades, sua capacidade de aceitar e de colaborar com o tratamento proposto, e assim evitarmos

intervenções desnecessárias, que não contribuam para a melhora da qualidade de vida desse indivíduo e de seus cuidadores.

Um levantamento realizado pela Clínica de Odontogeriatrics nos meses de fevereiro, março e abril de 2022, acerca da procura de pacientes por agendamento e avaliação de próteses removíveis, identificou uma demanda média de aproximadamente 100 pacientes por mês. Esses dados foram colhidos pela recepção, mediante ligação de pacientes e comparecimento à recepção da clínica.

Em virtude de etapas técnicas obrigatórias, o tratamento com próteses removíveis exige de 5 a 6 consultas, excetuando-se quando há falhas ou necessidade de repetição, o que pode dobrar a quantidade de consultas requeridas. A clínica possui uma capacidade de agendamento para 156 consultas de prótese removível ao mês. Considerando a quantidade de etapas necessárias, a condição para iniciar novos casos de próteses removíveis é de 26 casos por mês, valor 3,8 vezes inferior à demanda (100 pacientes/mês).

A reabilitação com próteses removíveis é responsabilidade da atenção secundária e, portanto, centralizada na OCM, na região do Com1ºDN. Concentram-se nesta região cerca de 64% do total de usuários do SSM (221.985 usuários), dos quais 24% (53.467) apresentam idade igual ou superior a 60 anos (MARINHA DO BRASIL, 2022). Considerando que aproximadamente 70% da população idosa usa ou precisa utilizar algum tipo de prótese (AZEVEDO *et al.*, 2017), estima-se que a Clínica de Odontogeriatrics da OCM possua uma clientela em potencial de cerca de 37.427 idosos.

Nesse cenário, no ano de 2020, entrou em vigor o “Projeto Reabilita”, que visou aprimorar o fluxo dos atendimentos em prótese removível, na Clínica de Odontogeriatrics da OCM. O “Reabilita” foi desenvolvido pela CC (CD) Renata Pessôa e teve como membros a autora do presente Projeto de Intervenção, CC (CD) Tarsila e a então encarregada do Programa Netuno, a CC (CD) Renata Soares. O “Reabilita” vem sendo muito bem-sucedido e obteve êxitos em diversos aspectos, entre eles a redução do prazo para finalização (de 370 dias para 119 dias) e dos custos dos tratamentos (FUCHS, 2022).

O presente projeto de intervenção pretende-se como uma continuidade do Projeto Reabilita, no sentido de desenvolver as ações planejadas para a Quarta Fase. Essa fase prevê a inclusão de protocolo para as consultas de avaliação, estabelecendo uma consulta clínica de avaliação inicial e uma consulta de adequação pré-protética, com cirurgiões-dentistas designados. A consulta de avaliação inicial compreende o acolhimento, a compreensão da queixa principal e a resolução das urgências. A consulta posterior, devidamente agendada, envolve uma anamnese mais detalhada, exame clínico minucioso, adequação pré-protética e

planejamento, que por vezes envolve outras especialidades. Dessa forma, objetiva-se que os pacientes tenham o mínimo de intercorrências durante o seu tratamento e que haja uma menor necessidade de substituição de próteses removíveis, assim como consertos e ajustes frequentes. Ademais, o intuito dessa prática será o de reduzir a inclusão de pacientes nos grupos de tratamento que não estejam aptos para a reabilitação protética, por apresentarem as condições que serão devidamente detalhadas neste projeto.

Como já explicitado, a Clínica de Odontogeriatrics lida atualmente com uma capacidade reduzida para iniciar novos casos de próteses removíveis, combinada com o crescimento exponencial da demanda reprimida (**gráfico 1**). Dessa forma, ao visar a otimização das consultas disponibilizadas, faz-se mister o estabelecimento de critérios rígidos para o início dos tratamentos, o que pode contribuir para a redução dos insucessos, retrabalhos ou intercorrências por indicações inadequadas.

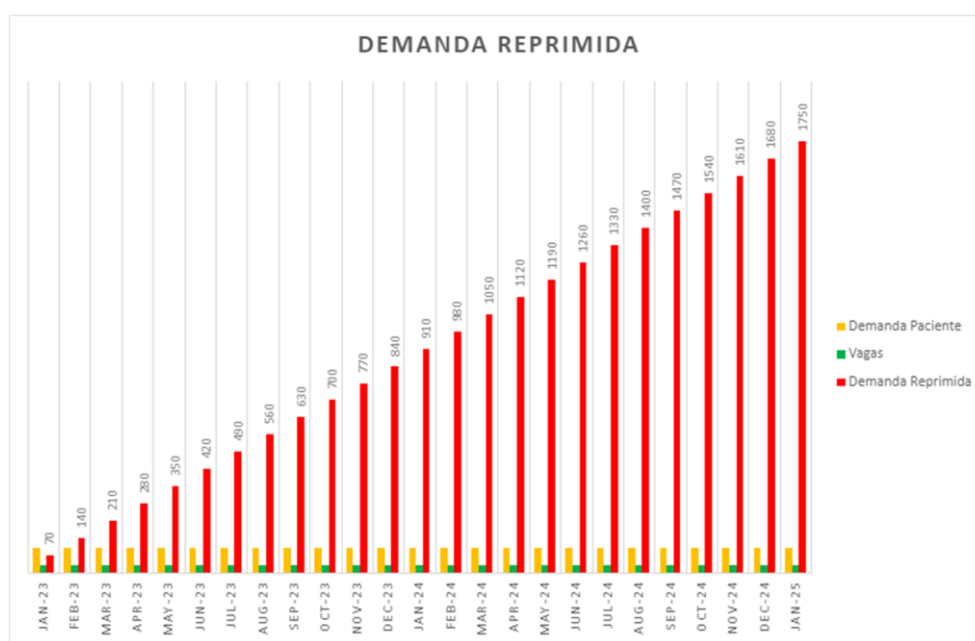


Gráfico 1 – Demanda reprimida

FONTE: Estudo da procura X vagas, relativo aos meses de JAN, FEV e MAR/2022, OCM.

1.1. OBJETIVOS

1.1.1 Objetivo geral

Estabelecer protocolos para as avaliações de reabilitação com próteses removíveis na Clínica de Odontogeriatrics da OCM.

1.1.2 Objetivos específicos

- a) Estabelecer o fluxograma para atendimento de pacientes que buscam avaliação para reabilitação protética;
- b) Discriminar os critérios de aptidão para o tratamento com próteses removíveis;
- c) Implantar níveis de prioridade para o início do tratamento;
- d) Treinar os profissionais quanto à nova sistemática de avaliação;
- e) Otimizar as consultas destinadas à execução da reabilitação com próteses removíveis;
- f) Reduzir a quantidade de intercorrências e retrabalhos; e
- g) Reduzir o grau de insatisfação dos profissionais envolvidos.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 REABILITAÇÃO PROTÉTICA NO CONTEXTO DA SAÚDE BUCAL COLETIVA

O projeto SB Brasil é um estudo sobre as condições de saúde bucal da população brasileira, realizado no âmbito da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), mais conhecida como Brasil Sorridente, implementada pelo Ministério da Saúde. A partir de 2000, foram feitos dois importantes inquéritos nacionais sobre a saúde bucal representativos da população brasileira, o Projeto SB Brasil 2003 e o Projeto SB Brasil 2010. Anteriormente, outros dois levantamentos nacionais em saúde bucal foram feitos em 1986 e 1996 (BRASIL, 2012). No momento, encontra-se em andamento o SB Brasil 2020 (período de vigência 2021-2022), que acontece por meio de parceria com universidades federais e que visa identificar doenças mais prevalentes, como cárie dentária, doenças periodontais, necessidade de próteses dentárias, condições de oclusão, traumatismo dentário e o impacto dessas doenças na qualidade de vida, entre outros aspectos (BRASIL, 2020).

Em escala nacional, o levantamento de 1986 utilizou, pela primeira vez, a avaliação do uso e necessidade de prótese total, no sentido de captar o edentulismo tratado e não tratado. Dessa forma, esse estudo limitou-se ao edentulismo total, não sendo possível a captação de informações sobre o edentulismo parcial. No sentido de superar essa limitação, o SB Brasil 2003 foi o primeiro estudo, em escala nacional, que verificou a necessidade de próteses parciais ou totais, tendo como referência o número de espaços protéticos. No entanto, neste

estudo de 2003, a necessidade de prótese não incluía uma avaliação qualitativa da prótese, ou seja, independentemente do estado da prótese que estava sendo utilizada pelo indivíduo examinado, a classificação era sempre de “sem necessidade”. Em virtude de subestimar a real necessidade de prótese dentária na população, essa opção metodológica foi modificada no SB Brasil 2010, cuja aferição da necessidade de prótese passou a incluir uma avaliação da prótese que eventualmente estivesse em uso. A decisão pela necessidade da troca da prótese poderia ser medida por um conjunto de critérios objetivos e, em consequência, os dados encontrados passaram a retratar de modo mais fiel as demandas por tratamento protético (ANTUNES; PERES, 2013).

De maneira geral, a comparação entre os dados do SB Brasil de 2003 e 2010 mostrou uma redução no percentual de necessidade de próteses em todas as faixas etárias, com exceção dos idosos. Em adolescentes, caiu de 26,4% para 13,7% e em adultos, de 74,4% para 68,8%. Em idosos, ocorreu o inverso, com um aumento de 57,2% em 2003 para 92,7% em 2010. Pelo fato de não terem sido observadas mudanças significativas no grau de perdas dentárias neste grupo etário, este aumento deu-se exclusivamente pela mudança no método de aferição, como já mencionado. Em 2010, com a inclusão da avaliação da prótese, o percentual de necessidade aumentou consideravelmente, o que leva a uma conclusão bastante importante para a organização dos serviços: cerca de 35% da população de idosos no Brasil tinha sua necessidade de prótese subestimada, ou seja, estavam usando próteses inadequadas, sejam elas totais ou parciais (ANTUNES; PERES, 2013).

Tendo como base o levantamento epidemiológico do Projeto SB Brasil 2003, a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), cujas diretrizes foram publicadas em 2004, trouxe avanços e propostas de melhoria na organização do sistema de saúde bucal brasileiro. Dentre as ações programáticas, destaca-se a inclusão da reabilitação protética nas Unidades Básicas de Saúde e a criação dos Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPD) (BRASIL, 2004).

Apesar da grande necessidade de reabilitação protética dentária apresentada nos levantamentos epidemiológicos de base nacional e da possibilidade de financiamento desse serviço pelo Ministério da Saúde, o credenciamento dos LRPD atinge a minoria dos municípios brasileiros. No Brasil, até março de 2015, o número de LRPD credenciados era de 1477. O estado de São Paulo foi o que apresentou a maior produção de próteses dentárias no ano de 2014, seguido de Minas Gerais e Paraná. Todavia, quando foi observada a proporção de próteses dentárias produzidas no ano de 2014 para a população dos estados, percebeu-se que os estados de São Paulo e Minas Gerais reabilitaram menos de 0,4% da sua população.

Dessa forma, a oferta dos serviços de reabilitação protética dentária apresenta-se como um enorme desafio para os gestores de saúde (GUIMARÃES, 2015).

Segundo Pinto (2019), a prestação de cuidados em Odontologia pode ser estratificada em cinco níveis distintos e interligados entre si: de atenção geral; primário; básico; especializado; e complexo. O nível de atenção geral compreende os fatores externos que condicionam ou são influenciados pelos problemas odontológicos, estando implícita a intervenção em outros campos do conhecimento ou setores afins, buscando assegurar a existência de condições adequadas de habitação, alimentação, emprego, bem-estar geral e rendimentos que assegurem uma vida digna. Do segundo ao quinto nível se consideram os cuidados específicos de saúde bucal, mas estes somente se tornam realmente efetivos em termos populacionais quando os problemas associados ao primeiro são equacionados de maneira correta. Cabe mencionar que o Ministério da Saúde, por opção administrativa, desenvolveu suas atividades tendo como referência apenas dois níveis de atenção, denominados “Atenção Básica” e de “Média e Alta Complexidade”.

A reabilitação com próteses removíveis, a depender do grau de complexidade do tratamento, encontra-se entre o 4º e 5º níveis de Atenção: Especializada e Complexa, respectivamente. Os serviços complexos referem-se a doenças de menor prevalência ou a atividades que exigem tecnologia de ponta e conhecimentos mais aprofundados, desenvolvidos em princípio por especialistas, na área clínica e na reabilitação funcional. Segundo Pinto (2019), quase sempre são proporcionados via clínica liberal ou com apoio de esquemas de seguro-saúde e, portanto, custeados pelos pacientes sem interferência do setor público. Na prática clínica, o 5º nível da reabilitação protética refere-se aos casos em que há desarmonias no plano oclusal, extrusão, inclinação, migração de dentes e falta de espaço, que exijam a realização de enceramento diagnóstico. Nesses casos, previamente à instalação de próteses, há necessidade frequente de procedimentos endodônticos, ortodônticos ou cirúrgicos (MEZZOMO, 2006).

Nesse contexto, podemos constatar que a reabilitação protética tem sua oferta dificultada não só pelos custos (operacionais e laboratoriais), mas também pela complexidade técnica dos procedimentos que a envolvem. Além disso, frente aos outros problemas, como a resolução de lesões de cárie dentária ou doença periodontal, a oferta de prótese não é prioritária.

O Brasil é único na intenção de uma política de expansão de oferta de próteses dentárias, por financiamento estatal. Desde as mudanças políticas ocorridas nos países do centro e do leste da Europa, incluindo os novos estados independentes da antiga União

Soviética, os sistemas de financiamento e provisão estatal já não existem na Europa, uma vez que os países que estão atravessando um período de transição para diferentes modelos de financiamento público da saúde, geralmente pela previdência social, com contribuições obrigatórias dos trabalhadores (PINTO,2019).

Na Alemanha, praticamente toda a população pertence aos seguros de saúde oficiais, financiados em cerca de 50% por contribuições dos empregados e em cerca de 50% por contribuições dos empresários. Com relação ao tratamento odontológico, estima-se que os pacientes desembolsem cerca de 10% do custo total. A prótese é subvencionada em cerca de 50%, e, se o paciente for ao cirurgião-dentista regularmente (1 vez/ano), é subvencionado em cerca de 60%. Desde 1997, os tratamentos protéticos a pacientes nascidos a partir de 1979 não são cobertos pelos seguros de saúde oficiais. O paciente custeia sua parte nos tratamentos protéticos ou naqueles não subvencionados (ANDERSON; TREASURES; WHITEHOUSE, 1998)

No modelo nórdico, as crianças até os 18 anos têm direito a todo tipo de tratamento odontológico gratuito, aos cuidados do sistema nacional de saúde dinamarquês. Os adultos são atendidos em consultórios particulares e têm subvencionado diagnóstico, profilaxia, prevenção específica e tratamento periodontal, restaurador simples e endodôntico. A prótese não é subvencionada e o tratamento protético não é regulamentado pelo sistema (ANDERSEN; MARCUS ; MAHSHIGAN, 1995).

O sistema de saúde pública espanhol , na Odontologia, fornece somente consulta de diagnóstico, exodontias e cirurgia bucal e maxilofacial, e não regula a oferta de próteses dentárias. As clínicas particulares são amplamente dominantes, cabendo aos pacientes remunerar diretamente o profissional por procedimento realizado (ESPANHA, 2013).

Na Rússia, a maioria da população ainda utiliza as clínicas do setor público, nas quais vários tipos de tratamentos seguem gratuitos. Apesar disso, em virtude da escassez de recursos, os pacientes precisam pagar de seu bolso se desejam ter acesso a uma atenção mais especializada ou mais rápida (PINTO, 2019). Kleinert e Norton (2017) afirmam que o sistema de atenção está limitado pelos níveis de capacidade de seu grande número de profissionais abaixo do esperado, pelo fato de ainda serem insuficientemente pagos e desmotivados e de que os cuidados primários são rudimentares e, em geral, indisponíveis para a população rural.

O modelo beveridgiano inglês é único na Europa e é o que mais se aproxima do SUS, no Brasil. Toda a população está coberta pelo sistema nacional de saúde, financiado em sua maior parte pelos impostos gerais e suplementado por contribuições de empregados e empresários. O tratamento odontológico é totalmente gratuito para crianças até os 16 anos,

pessoas de baixa renda e gestantes e lactantes, mas diferentemente do SUS, no Reino Unido os adultos pagam cerca de 75 a 80% da maioria dos tratamentos (PINTO, 2019).

Em suma, na maioria dos países pesquisados, o tratamento odontológico financiado pelo setor público/previdenciário restringe-se a grupos prioritários, notadamente crianças e adolescentes, em geral pelo pressuposto de que a prevenção da enfermidade e o tratamento nas idades jovens repercutirão em níveis melhores de saúde da população no futuro. Os tratamentos odontológicos oferecidos concentram-se naqueles pertencentes aos 2º e 3º níveis de atenção. A reabilitação protética, quando disponível, é em grande parte financiada pelo próprio paciente. Dessa forma, até o momento, não foi possível destacar um modelo de sucesso em saúde odontológica que ofereça reabilitação protética, especialmente quando se trata de indivíduos idosos.

2.2 PRÓTESES REMOVÍVEIS NAS FORÇAS ARMADAS BRASILEIRAS: FOCO NA SISTEMÁTICA DE INDENIZAÇÃO

No âmbito do Com1ºDN, a OCM é a única OM da Marinha do Brasil que realiza trabalhos em Prótese Dentária, seja de prótese fixa ou removível. Mesmo quando se trata de próteses removíveis provisórias, estas não são confeccionadas pelas outras Unidades com atendimento odontológico, o que demonstra o alto grau de centralização desta Especialidade na OCM.

Para a reabilitação com próteses fixas, esta OM conta, desde 2013, com um parque fabril capaz de confeccionar blocos unitários em cerâmica através do Sistema CAD/CAM (*Computer Aided Design/Computer Aided Manufactured*). No caso das próteses removíveis, há, nesta OM, um Laboratório de Prótese Dentária (LPD) com condições de confeccionar próteses removíveis provisórias, placas-base, montagem de dentes e prensagens. No entanto, a alta demanda por trabalhos protéticos removíveis ultrapassa a capacidade laborativa da OCM, havendo a necessidade do uso de Laboratórios de Prótese Dentária extra-MB. Ademais, o LPD da OCM não é capaz de realizar trabalhos que necessitem de fundição (DURAN, 2021).

O contrato com esses laboratórios faz-se por meio de credenciamento, com custo mensal de aproximadamente R\$ 45.000,00, pagos diretamente da OCM (verba recebida na dotação orçamentária da DSM) aos laboratórios. Ressalto que não há pagamento por parte do paciente ao laboratório. Aos pacientes, cabe a indenização do trabalho protético pela tabela CISSFA. Os militares e seus dependentes diretos pagam 20% do valor desta tabela (R\$ 85,86 para PPRG), enquanto os dependentes indiretos pagam 100% (R\$ 427,80 para PPRG), valores

bem inferiores ao custo pago pela OCM aos Laboratórios extra-MB (R\$ 529,00 para PPRG). Nessa modalidade, não há escolha do laboratório pelo paciente. Além disso, esses laboratórios trabalham com prazos de 30 dias entre as etapas, o que difere do usual do mercado, com prazos entre 07 e 10 dias.

O Exército Brasileiro (EB) adota uma sistemática diferente da praticada na Marinha do Brasil (MB). O custo laboratorial das PPRGs e das PTs é pago integralmente pelo paciente, seja militar ou dependente. O cirurgião-dentista realiza a moldagem ou a etapa de prova e solicita a coleta do material pelo Laboratório de Prótese Dentária (LPD) de livre escolha do paciente. A partir desse momento, o paciente realiza as transações necessárias diretamente com o LPD escolhido. A vantagem desse tipo de sistema é que os prazos requeridos entre uma etapa e outra são os mesmos dos praticados em consultórios da rede privada, sendo possível o intervalo de 7 a 10 dias entre as consultas, com o total do tratamento concluído em até 3 meses. A desvantagem estaria no custo elevado, o que poderia restringir esse tipo de reabilitação aos pacientes com postos ou graduações mais altas.

De forma semelhante ao EB, a Força Aérea Brasileira (FAB) também trabalha com LPD de livre escolha do paciente, com pagamento integral e direto ao laboratório. O diferencial está na possibilidade de ressarcimento, mediante autorização prévia da Diretoria de Saúde da Aeronáutica. Para iniciar o tratamento com essa modalidade, o paciente obrigatoriamente deve aguardar os trâmites burocráticos. Além disso, o paciente é ressarcido de acordo com a tabela de procedimentos disponibilizada pela FAB, em até 80% do valor constante nesse documento. Assim, em uma reabilitação com prótese total (por arcada), o paciente seria ressarcido em aproximadamente R\$ 320,00, e para PPRG (por arcada), em até R\$ 360,00.

2.3 CONCEPÇÕES ATUAIS SOBRE A REABILITAÇÃO COM PRÓTESES REMOVÍVEIS

2.3.1 CONCEITO, VANTAGENS E DESVANTAGENS, INDICAÇÕES E CONTRAINDICAÇÕES

A terapia protética reconstrutiva tem passado por mudanças profundas desde os anos 90, com a substituição dos conceitos meramente mecânicos por princípios de tratamento mais biologicamente orientados. O pensamento mecanicista era centrado em uma prática odontológica bastante intervencionista e na recolocação de todos os dentes perdidos.

(BRUNETTI e MONTENEGRO, 2002). Apesar dos exageros estéticos e do excesso de intervenções vistos nas redes sociais, a odontologia do terceiro milênio, fundamentada na ciência, tem um enfoque mais conservador e mais centrado nas reais necessidades dos pacientes. No contexto da reabilitação protética, maior importância tem sido atribuída à prevenção e preservação da integridade pulpar e estrutural dos dentes, e conceitos de arco dentário reduzido, assim como suas funcionalidades, tem sido amplamente aceitos pela literatura (SANTOS, 2015).

As próteses removíveis podem ser conceituadas, de maneira geral, como aparelhos dentossuportados ou dentomucossuportados destinados a substituir em um ou ambos os maxilares um ou mais dentes ausentes, podendo ser removidas da boca, com relativa facilidade, tanto pelo paciente quanto pelo profissional. (TODESCAN *et al.*, 2001). A prótese parcial removível (PPR) pode restaurar qualquer paciente parcialmente desdentado, mas é o método de menor preferência entre todas as abordagens protéticas. As PPR têm limitações em comparação com a dentição natural, próteses parciais fixas (PPF) ou próteses implantossuportadas. Algumas dessas limitações incluem contornos artificiais, cobertura de tecidos e dentes, função oclusal comprometida, interferência na fala e no paladar, retenção de alimentos, movimento e/ou dor durante a função, necessidade de remoção e aparência de componentes metálicos (grampos, barras, apoios) ao redor dos dentes visíveis. As PPR podem causar danos biológicos graves em decorrência da sobrecarga nos pilares ou na mucosa ou pela tendência para reter a placa. Em situações mais graves, uma PPR que foi planejada de maneira inadequada ou fabricada de modo descuidado pode acelerar a perda do dente e a reabsorção do rebordo residual (HARPENAU *et al.*, 2016).

Na prática clínica, apesar de suas limitações, a prótese parcial removível a grampo (PPRG) cumpre um papel relevante na reabilitação de desdentados parciais, pois consiste em um método terapêutico biologicamente satisfatório e de custo acessível para uma grande parcela da população (FONTES, 2019). Para aqueles pacientes que não querem submeter-se a uma cirurgia ou não podem arcar com os custos mais elevados do tratamento reabilitador com implantes, a PPR continua sendo a única opção (TODESCAN *et al.*, 2001). Além disso, entre as vantagens da PPR estão a fácil manutenção em relação às outras próteses e a possibilidade de remoção para a sua higienização. Essa é uma grande aliada no caso de idosos dependentes de cuidadores, por poderem remover a PPR da boca do paciente para realizar a limpeza tanto da prótese, quanto dos dentes remanescentes (YOSHI *et al.*, 2019).

Quanto à higienização das próteses, mesmo diante da facilidade de manutenção relatada na literatura, há que se verificar se o idoso possui capacitação e habilidade física motora para utilizar e higienizar as próteses (MEZZOMO, 2006), pois quando há algum comprometimento, a prótese agirá como agente disseminador de problemas dentários e periodontais, com verdadeira ação iatrogênica, criando novos problemas bucais (BRUNETTI e MONTENEGRO, 2002). Para os idosos dependentes, é necessário certificar-se de que o cuidador realizará a higiene adequada das próteses.

A melhor prótese parcial removível biologicamente orientada está frequentemente condenada ao sucesso limitado caso o paciente falhe em exercitar adequados hábitos de higiene oral ou ignore as consultas de revisão. A preservação das estruturas orais, um dos objetivos primários do tratamento protético, fica comprometida sem a cooperação do paciente na higiene oral e sem as visitas regulares de manutenção (CARR, 2017) . Dessa forma, a contraindicação mais categórica da literatura quanto ao uso de PPR refere-se justamente à impossibilidade ou inadequação quanto à higiene dos aparelhos móveis. Segundo Todescan *et al.* (2001), as próteses removíveis são contraindicadas em pacientes com problemas motores, debilidade mental ou ainda com pobre higiene bucal. Neste último caso, no entanto, há a possibilidade de reeducação do paciente no sentido de que ele passe a realizar os hábitos de higienização necessários à manutenção da saúde bucal.

2.3.2 ARCO DENTAL REDUZIDO

A prática odontológica baseada nos conceitos mecânicos pregava a reposição de molares como forma de prevenir as Desordens Craniomandibulares (DCM) e prover estabilidade oclusal ao paciente (WITTER *et al.*, 1990). No entanto, conceitos baseados na função mastigatória e na capacidade de adaptação de cada paciente preveem a não reposição, caso seja possível preencher os requisitos estéticos e de estabilidade funcional (BONACHELA e TELLES, 1998). A função oral adequada pode ser obtida mesmo sem a presença de uma dentição completa e , segundo Ramfjord (1974), a reposição de molares perdidos constitui-se de uma causa iatrogênica comum de doença periodontal e que deve ser evitada.

Witter *et al.* (1994) realizaram um estudo longitudinal comparando 52 indivíduos com arcos dentários completos, 55 com arcos dentais reduzidos e 19 com arco dental reduzido e portadores de próteses parciais removíveis na mandíbula. A partir dos exames clínicos e respostas dos questionários os autores concluíram que arcos dentais reduzidos constituídos de

3 a 5 unidades oclusais não são um fator de risco para disfunção craniomandibular e são capazes de promover suficiente conforto oral ao longo do tempo. Ademais, concluíram que as próteses parciais removíveis não melhoram a função em termos de conforto oral.

A Organização Mundial de Saúde (1992) estabeleceu que, para uma saúde oral adequada e sua manutenção durante o decorrer da vida é necessária uma dentição natural, funcional e estética de não menos do que 20 dentes, não requerendo assim, o recurso de utilização de próteses dentárias (WHO, 1992).

Além da quantidade de dentes preconizada pela OMS (20 dentes ou mais), há que se acrescentar a verificação de pelo menos quatro unidades oclusais, segundo Bonachela e Telles (1998). Se existirem pelo menos quatro unidades oclusais, preferencialmente simétricas, além de todos os dentes anteriores, todas as funções do sistema mastigatório podem ser mantidas estáveis, principalmente em indivíduos da terceira idade. Entende-se como unidade oclusal um pré-molar. Um molar corresponde a duas unidades oclusais (MEZZOMO, 2006).

Em suma, o conceito de arcada reduzida está bem documentado na literatura e não contradiz as teorias de oclusão, estabilidade de posição dos dentes e eficácia mastigatória (SANTOS, 2015). Na prática clínica, essa abordagem oferece algumas vantagens importantes, e pode ser considerada uma estratégia para reduzir o número de tratamentos complexos nas regiões posteriores da boca. Esse conceito possibilita a realização de tratamentos mais simples, principalmente em pacientes com limitações de locomoção, pacientes idosos, indivíduos com capacidade funcional reduzida, pacientes pouco colaborativos, e em casos de doenças neurodegenerativas e doenças sistêmicas com manifestações bucais, entre outras.

3 O PROJETO DE INTERVENÇÃO

A Clínica de Odontogeriatrics é integrante da OCM e é responsável pela reabilitação protética de usuários do SSM, acima dos 60 anos de idade. Atualmente é composta por 18 dentistas e 4 auxiliares de consultório dentário, atendendo, em média, 1350 pacientes por mês. Esta autora exerce a função de Ajudante desta Clínica. Os dentistas integrantes desta Clínica são especialistas em Prótese Dentária, Dentística restauradora e/ou Odontogeriatrics e atuam em duas subespecialidades: prótese fixa e prótese removível.

Este trabalho traduz-se em uma pesquisa de intervenção, realizada através de um estudo de caso de abordagem qualitativa, cujo produto é um projeto de intervenção. A pesquisa descreve e analisa o problema, e propõe soluções com o objetivo de intervir na

realidade estudada e resolver o problema de forma efetiva. Foi realizado um *brainstorming* entre todos os profissionais envolvidos no processo para a identificação da situação-problema. As ideias levantadas foram agrupadas através da técnica da matriz de seleção de problemas. Os problemas prioritários e suas possíveis causas foram selecionados. O passo seguinte foi elencar as causas críticas. Três causas foram selecionadas como críticas, pois possuem alta governabilidade, além de admitirem revisões e reformulações das ações gerenciais propostas. Foram realizados os levantamentos estatísticos através da análise do banco de dados obtidos através do Prontuário Eletrônico. As ações foram propostas utilizando-se a matriz de programação de ações com o objetivo de diminuir ou eliminar a situação-problema, e as metas foram definidas. Uma pesquisa bibliográfica sobre o assunto foi realizada através de artigos científicos, normas internas da Instituição e livros para o embasamento teórico. Por último, deve-se manter uma revisão regular para o monitoramento do projeto.

3.1 DESCRIÇÃO E ANÁLISE DA SITUAÇÃO-PROBLEMA

A situação-problema enfrentada pela Clínica de Odontogeriatrics da OCM refere-se à excessiva demanda por tratamento com próteses removíveis em pacientes idosos. Apesar da real necessidade pela confecção ou substituição de próteses removíveis, como demonstram as estatísticas relatadas anteriormente, a clínica tem recebido uma parcela significativa de pacientes inaptos para a reabilitação protética.

Mediante verificação dos prontuários de 100 pacientes que demandavam por próteses removíveis, foi observado que somente 25% compareceram ao serviço especializado (prótese dentária) com o encaminhamento da Atenção Básica. Dessa mesma amostra, verificou-se que 46% dos pacientes buscaram o serviço sem qualquer orientação ou encaminhamento (externo ou interclínicas) Em 49% casos, com ou sem encaminhamento, houve a necessidade de tratamentos prévios à confecção das próteses (solicitações e/ou indicações inadequadas).

Ocorrem indicações de próteses removíveis em casos nos quais seria necessária uma abordagem mais complexa (reabilitações orais que exigem técnicas e conhecimentos mais avançados). Além disso, muitas próteses removíveis são indicadas sem a observância dos preceitos técnicos. Isso gera trabalhos protéticos insatisfatórios, que resultam em alta demanda por substituição.

Como possíveis causas da situação-problema podemos citar: comparecimento dos idosos ao serviço especializado sem o encaminhamento da Atenção Básica; avaliação não criteriosa por parte dos dentistas que atendem no SPA; deficiência no conteúdo de prótese

removível praticado na graduação e cursos de especialização; complexidade dos casos, principalmente devido aos efeitos cumulativos da idade; e capacidade reduzida da clínica frente à demanda.

Diante do exposto, e dentro da governabilidade para a implementação das ações, foram selecionadas três causas críticas a serem trabalhadas nesse projeto de intervenção, a saber:

- **Causa crítica 1:** tempo de consulta insuficiente para avaliação de reabilitação com próteses removíveis. Os pacientes que comparecem para avaliação de próteses removíveis são atendidos pelo serviço de pronto atendimento (SPA) da clínica de Odontogeriatrics. Tendo em vista o grande volume de urgências, essa avaliação NÃO ocorre de forma criteriosa, em virtude do tempo exíguo para tal. Além disso, alguns dentistas que atendem no SPA NÃO são especialistas em Prótese Dentária, e tampouco possuem experiência acerca de reabilitações com próteses removíveis. Ressalto que o conteúdo de prótese removível é deficiente na graduação e também em grande parte dos cursos de Especialização em Prótese Dentária (foco maior na prótese fixa). Assim, a maioria dos dentistas possuem dificuldades para indicar, planejar e executar corretamente esse tipo de trabalho;

- **Causa crítica 2:** Ausência de padronização técnica para as avaliações e indicações de próteses removíveis (totais e parciais), que possam ser planejadas e realizadas pela Clínica de Odontogeriatrics da OCM. A literatura estudada demonstra claramente a necessidade de uma anamnese detalhada, de investigação clínica minuciosa e exames complementares (radiografia panorâmica e radiografias periapicais), para o correto diagnóstico e planejamento protético. Para isso, faz-se necessário um protocolo clínico que sirva de apoio para os profissionais envolvidos, notadamente pelo grande volume de pacientes que demandam por próteses removíveis. Ademais, alguns casos são bastante complexos, envolvem uma abordagem de reabilitação oral com necessidade de técnicas e conhecimentos mais avançados, e o serviço de prótese dentária da Marinha do Brasil não dispõe de recursos materiais, tempo para as consultas e pessoal habilitado para tal;

- **Causa crítica 3:** Ausência de critérios para o estabelecimento de prioridades na marcação de consultas. A capacidade atual da Clínica de Odontogeriatrics para iniciar novas próteses é de 26 consultas por mês, enquanto a demanda mensal por próteses removíveis gira em torno de 100 pacientes. Mesmo com uma imensa demanda reprimida, não há critérios para

o estabelecimento de prioridades na marcação. Dessa forma, alguns pacientes encontram-se em uma longa espera pela marcação, enquanto outros, por “sorte”, conseguem agendar o seu tratamento, sem dificuldades. Nem sempre o paciente que precisa mais é o que conseguirá agendar o início do seu tratamento com maior brevidade.

3.2 PROGRAMAÇÃO DAS AÇÕES

Quadro 1 – Matriz de Programação de Ações

Problema a ser enfrentado	Solicitações e/ou indicações para a confecção de próteses removíveis em pacientes idosos inaptos à reabilitação protética.
Descritores:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Grande parte dos pacientes idosos procuram o serviço especializado (prótese dentária) sem o encaminhamento da Atenção Básica (75%); 2. Em muitos casos, com ou sem encaminhamento, há necessidade de tratamentos prévios à confecção das próteses (solicitações e/ou indicações inadequadas) (49%); 3. Ocorrem indicações de próteses removíveis em casos nos quais seria necessária uma abordagem mais complexa (reabilitações orais que exigem técnicas e conhecimentos mais avançados); 4. Muitas próteses removíveis são indicadas sem a observância dos preceitos técnicos. Isso gera trabalhos protéticos insatisfatórios, que resultam em alta demanda por substituição.
Indicadores:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Percentual de pacientes idosos que procuram o serviço especializado (prótese dentária) sem o encaminhamento da Atenção Básica; 2. Percentual de pacientes encaminhados para a avaliação de próteses dentárias que necessitam de tratamento prévio; 3. Dados sobre a percepção dos cirurgiões-dentistas da Odontogeriatrics no manejo dos pacientes que requerem próteses removíveis (níveis de satisfação acerca das consultas de avaliação, critérios para as indicações e estabelecimento de prioridades na marcação)
Meta:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Aumentar o nível de satisfação dos cirurgiões-dentistas da Odontogeriatrics, em no mínimo 60% , até janeiro de 2024, acerca das consultas de avaliação, critérios para as indicações e estabelecimento de prioridades na marcação
Resultados esperados:	Reduzir o tempo de tratamento; melhoria da qualidade do cuidado ofertado ao usuário do SSM; aumento da motivação da equipe

Quadro 2 – Matriz de Programação de Ações - Causa Crítica 1

Causa crítica 1: Tempo de consulta insuficiente para avaliação de reabilitação com próteses removíveis.				
Ações	Recursos necessários	Produtos serem alcançados	Prazo de conclusão	Responsável
Confeccionar um fluxograma para o atendimento de pacientes que demandam próteses removíveis.	Cognitivo e organizativo	Fluxograma de atendimento aos pacientes de prótese removível	JUL23	CC(CD) Tarsila
Reduzir o quantitativo de dentistas no Serviço de Pronto Atendimento (SPA) e disponibilizar horários para agendamento de avaliação e adequação pré-protética, com equipe capacitada para tal.	Cognitivo e político	Consultas disponíveis para avaliação e adequação pré-protética (60 min de duração)	AGO23	CF (CD) D'Ávila
Capacitar os cirurgiões-dentistas para a nova sistemática de avaliação e indicação de próteses removíveis	Cognitivo	Capacitação implementada	AGO23	CC (CD) Tarsila

Quadro 3 – Matriz de Programação de Ações - Causa Crítica 2

Causa crítica 2: Ausência de padronização técnica para as avaliações e indicações de próteses removíveis (totais e parciais), que possam ser planejadas e realizadas pela Clínica de Odontogeriatrics da Odontoclínica Central da Marinha.				
Ações	Recursos necessários	Produtos a serem alcançados	Prazo de conclusão	Responsável
Reunir os especialistas da Clínica para discutir os critérios de avaliação e indicação de próteses removíveis.	Cognitivo	Reunião realizada	MAI23	CF (CD) D'Ávila
Confeccionar um guia para exame clínico minucioso, destinado aos pacientes agendados na consulta de avaliação e adequação pré-protética.	Cognitivo e organizativo	Protocolo clínico para avaliação e indicação de próteses removíveis	JUL23	CC (CD) Tarsila
Capacitar os cirurgiões-dentistas para a nova sistemática de avaliação e indicação de próteses removíveis	Cognitivo	Capacitação implementada	AGO23	CC (CD) Tarsila
Revisar o Protocolo da Clínica	Cognitivo e organizativo	Protocolo da Clínica revisado. Incluídos: critérios para avaliação e indicação de próteses removíveis; e critérios de exclusão.	DEZ23	CF (CD) D'Ávila
Apresentar o Protocolo da Clínica revisado para a Direção	Cognitivo e político	Protocolo apresentado e aprovado pela Direção	FEV24	CF (CD) D'Ávila
Divulgar Protocolo da Clínica revisado	Cognitivo e político	Disponibilização do Protocolo alterado na Carta de Usuários, internet; intranet	ABR24	CC (CD) Renata Pessôa

Quadro 4 – Matriz de Programação de Ações- Causa Crítica 3

Causa crítica 3: Ausência de critérios para o estabelecimento de prioridades na marcação de consultas.				
Ações	Recursos necessários	Produtos a serem alcançados	Prazo de conclusão	Responsável
Confeccionar uma tabela de critérios, aos quais serão atribuídos valores numéricos. A partir da soma dos valores, classificar a prioridade como baixa, média ou alta.	Cognitivo e organizativo	Tabela de critérios confeccionada, com atribuição de valores e classificação das prioridades.	AGO23	CC (CD) Tarsila
Disponibilizar vagas para o início da reabilitação com próteses removíveis, de acordo com o grau de prioridade.	Cognitivo e político	Vagas disponibilizadas, de acordo com o grau de prioridade estabelecido.	SET23	CF (CD) D'Ávila
Capacitar os cirurgiões-dentistas para a aplicação dos critérios de prioridade.	Cognitivo	Capacitação implementada	AGO23	CC (CD) Tarsila

3.3 GESTÃO DO PROJETO

3.3.1 MONITORAMENTO DO PROJETO

A gestão do projeto de intervenção será realizada por esta autora, atual Ajudante da Clínica de Odontogeriatrics da OCM, em conjunto com a idealizadora do “Projeto Reabilita”, a CC (CD) Renata Pessoa. A periodicidade será mensal, para verificação das ações e readequação dos prazos, caso necessário.

Ressalto que toda a equipe da Clínica de Odontogeriatrics está envolvida neste projeto de intervenção, desde os colaboradores da recepção e praças auxiliares de consultório até a Chefia da Clínica. Os protocolos clínicos foram minuciosamente discutidos com a equipe de profissionais odontólogos e as ações foram implementadas mediante diálogo prévio com os seus executores. Assim, o monitoramento também ocorre a partir do *feedback* de toda a equipe que, ao perceber que não se trata de uma imposição verticalizada (dos administradores em direção aos executores e auxiliares), compreende a sua importância no processo e sente-se confortável para questionamentos e sugestões.

Entendemos que a gestão da clínica deve englobar toda a organização, não sendo suficiente que as iniciativas sejam implementadas por unidades profissionais isoladas ou por indivíduos membros dela. Dessa forma, a nova sistemática de avaliações será divulgada e debatida com as outras clínicas desta Organização Militar (OM) e, futuramente, com as OM prestadoras de atendimento odontológico no Eixo da Atenção Básica. Ademais, os objetivos e metas estão sendo acompanhados pelas chefias da Clínica de Odontogeriatrics, do Departamento Odontológico, Vice-Direção e Direção, desta OM.

3.3.2 CONCEPÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO

Em 2020, a Clínica de Odontogeriatrics implementou o Projeto Reabilita, um projeto que utilizou a gestão de processos para aprimoramento da confecção de próteses removíveis. Até o primeiro semestre de 2022, a oferta de vagas para início dos tratamentos vinha se mostrando adequada à demanda. No segundo semestre de 2022, no entanto, a procura dos usuários por próteses removíveis aumentou significativamente, muito em virtude do retorno aos cuidados de saúde pós confinamento da COVID-19 e à redução do uso de máscaras (fator estético das próteses). A partir da avaliação desta nova demanda, verificou-se que ela superava a capacidade de oferta da Clínica em aproximadamente 4 vezes. Este fato tornou evidente a necessidade de se pensar em soluções para suprir a demanda reprimida.

Além do investimento em prevenção/educação em saúde, acredita-se que a solução mais promissora para aumentar a oferta e melhorar a qualidade dos tratamentos seja a tecnologia CAD/CAM, que anuncia uma nova era em próteses removíveis (JANEVA, KOVACEVSKA e JANEV, 2017). No caso da OCM, a digitalização deste tipo de tratamento é o ideal, pois diminui o número de etapas, de retrabalhos e o custo total com o tratamento (FERREIRA, 2020). Neste momento, a implementação da digitalização é necessária e deve ser priorizada pela OM. No entanto, essa nova tecnologia depende da alocação de altos recursos e não se encontra na governabilidade da autora deste Projeto.

O Projeto Reabilita melhorou os processos de trabalho, reduziu o tempo de tratamento e os custos com o laboratório, aumentou a satisfação dos profissionais e melhorou o serviço prestado ao usuário, no que concerne à reabilitação com próteses removíveis (FUCHS, 2022). Os efeitos internos estão sendo bastante positivos, porém os fatores externos à OCM sobrepõem em demasia a sua capacidade de atendimento, o que tem causado bastante dificuldade de acesso dos pacientes aos grupos de reabilitação criados pelo Reabilita.

Ao alto escalão da administração naval caberia a maior parte das soluções possíveis, a saber: contratação de profissionais, alto investimento em tecnologia, descentralização do tratamento protético para as outras OM, credenciamento de clínicas extra-MB e melhoria do atendimento na Atenção Básica. Assim, o que nos apresenta são condições bastante complexas, de difícil implementação e de custo oneroso para os cofres públicos. No entanto, temos que pontuar que o Sistema de Saúde da Marinha (SSM), no que concerne ao oferecimento de reabilitação com próteses removíveis, não pode ser comparável a nenhum outro sistema, mesmo em se tratando das outras Forças Armadas. Nesse aspecto, é importante ressaltar que o tipo de indenização praticado pelo SSM é um grande atrativo aos pacientes, o que estimula a busca por tratamentos por vezes desnecessários e a repetição de trabalhos protéticos removíveis por motivos de “reserva” ou por má manutenção por parte do paciente. Destaco que, mesmo com a possibilidade de adesão a um plano de saúde odontológico privado, esse tipo de reabilitação não se encontra no rol de procedimentos e eventos em saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), o que restringe bastante a sua cobertura, normalmente não aceita pela maioria dos cirurgiões-dentistas (ANS, 2021).

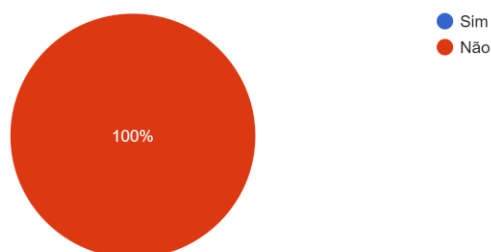
Como vimos exaustivamente em nossa revisão, a solução para a oferta de próteses removíveis não encontra precedentes em nenhum sistema de saúde e neste momento, com os olhares atentos para a realidade que nos confronta, faz-se necessário que sejamos muito mais precisos em nossas indicações, que evitemos repetições de trabalhos e que possamos priorizar os

casos de pacientes com maior urgência pela reabilitação. É com esse escopo que este Projeto foi concebido e está em implantação na clínica de Odontogeriatrics.

Primeiramente, foi criado um fluxograma para o atendimento de pacientes que demandam por reabilitação com próteses removíveis (**Anexo A**). Esse documento prevê uma consulta inicial, realizada no SPA, e uma consulta de avaliação e adequação pré-protética, realizada por cirurgiões-dentistas designados e capacitados para tal. Cabe a observação de que essa nova sistemática não permite que a indicação para o início de próteses removíveis ocorra pelo cirurgião-dentista do SPA, salvo raras exceções. O paciente submetido à consulta subsequente de avaliação e adequação pré-protética será devidamente preparado para a reabilitação, e somente a partir disso, será agendado para o início do tratamento. A concepção desse formato foi subsidiada por pesquisa realizada com os cirurgiões-dentistas que atendem na clínica de Odontogeriatrics, os quais, em sua totalidade, acreditam que a avaliação/indicação de próteses removíveis NÃO possa ser realizada no serviço de urgência (SPA), conforme **gráfico 2**.

Gráfico 2 – Resultado da pesquisa feita com os dentistas, acerca da sistemática de avaliação de próteses removíveis. Consultas de avaliação no SPA.

Acredita que a avaliação/indicação de próteses removíveis possa ser realizada no serviço de urgência (SPA) ?
17 respostas



FONTE: Pesquisa realizada com os dentistas da Clínica de Odontogeriatrics, AGOSTO/2023, OCM.

Na antiga sistemática, o paciente que comparecia com a demanda por prótese removível era avaliado somente pelo dentista do SPA, profissional muitas vezes sem especialização em prótese dentária e/ou sem experiência em reabilitação (**gráfico 3**). Além disso, 58,8% dos profissionais da clínica NÃO percebem como BOM e/ou EXCELENTE seu desempenho em relação à avaliação e ao planejamento de próteses removíveis (**gráfico 4**). Nesse contexto, a partir dessa única consulta, o paciente era orientado a realizar agendamento para o início do tratamento. Cabe ressaltar que o atendimento no SPA possui um alto volume de pacientes e obedece à livre demanda. Além disso, muitos idosos esquecem ou não podem comparecer às

consultas agendadas e são absorvidos pelo SPA para o seu tratamento. Dessa forma, na maior parte das vezes, o dentista que está atendendo no SPA enfrenta situações bastante estressantes e desafiadoras, principalmente pelo número de pacientes que estão aguardando e pelas constantes solicitações e queixas dos pacientes idosos. Especialmente em relação ao manejo de pacientes que demandam por próteses removíveis, 94,1% consideram isso como um fator estressante na sua rotina de trabalho (**gráfico 5**).

Gráficos 3 a 5 - Resultados da pesquisa feita com os dentistas, acerca da sistemática de avaliação de próteses removíveis.

Possui especialização em Prótese Dentária?
17 respostas

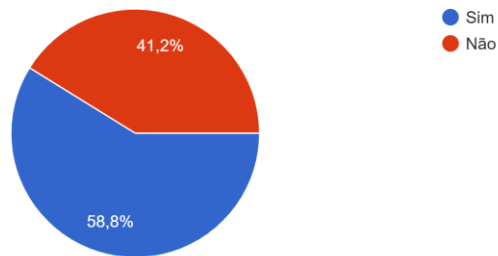


Gráfico 3 - Especialização em Prótese Dentária

FONTE: Pesquisa realizada com os dentistas da Clínica de Odontogeriatrics, AGOSTO/2023, OCM.

Na Clínica de Odontogeriatrics, qual é a percepção do seu desempenho em relação à avaliação e ao planejamento de próteses removíveis?

17 respostas

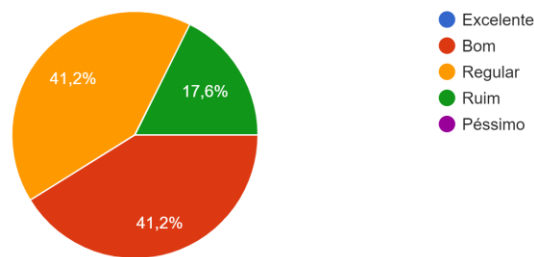


Gráfico 4 - Desempenho na avaliação e planejamento de próteses removíveis

FONTE: Pesquisa realizada com os dentistas da Clínica de Odontogeriatrics, AGOSTO/2023, OCM.

Considera que o manejo de pacientes que demandam por próteses removíveis é um fator estressante na sua rotina de trabalho?

17 respostas

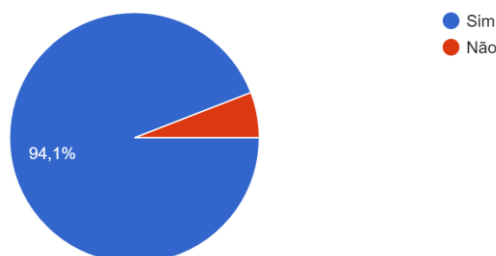


Gráfico 5 - Percepção de estresse no manejo de pacientes

FONTE: Pesquisa realizada com os dentistas da Clínica de Odontogeriatrics, AGOSTO/2023, OCM.

Em relação à causa crítica sobre o tempo de consulta insuficiente para avaliação de reabilitação com próteses removíveis, os resultados obtidos a partir da pesquisa com os profissionais da clínica de Odontogeriatrics mostraram que o tempo necessário para uma avaliação adequada, segundo 58,8% dos entrevistados, era de 60 minutos, sendo que 17,6% consideraram como mais adequado o tempo de 90 minutos (**gráfico 6**). Tendo como base que uma consulta no SPA, com o procedimento “parecer”, está prevista para ocorrer em aproximadamente 15 minutos, percebe-se que há uma grande distância entre o tempo preconizado no mapa de produção (pensado pelos administradores) e o tempo efetivamente necessário para uma avaliação adequada (pensado pelos executores). Dessa forma, foi criada uma consulta de adequação pré-protética, mediante agendamento e com duração de 60 minutos. No entanto, após implementação e constante treinamento dos profissionais, foi possível reduzir a duração para 40 minutos, sem prejuízo do atendimento e com a possibilidade de agendamento de um maior número de pacientes.

Quanto tempo seria necessário para realizar uma avaliação adequada para reabilitação com próteses removíveis?

17 respostas

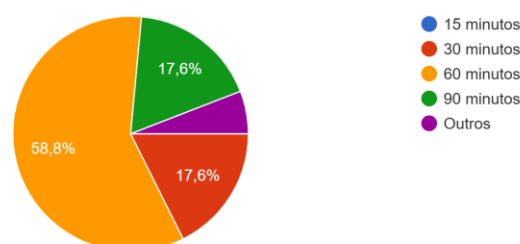


Gráfico 6 - Tempo de consulta para avaliação de próteses removíveis

FONTE: Pesquisa realizada com os dentistas da Clínica de Odontogeriatrics, AGOSTO/2023, OCM.

No tocante ao estabelecimento de prioridades na marcação de consultas, foi confeccionada uma tabela com atribuições de valores positivos e negativos (**Anexo B**). Nesta tabela, foram elencados critérios para a avaliação da qualidade e necessidade de substituição das próteses removíveis (totais e parciais), tomando-se como base teórica os critérios utilizados pelo projeto técnico da Pesquisa Nacional de Saúde Bucal, do ano de 2020. Neste caso, os valores atribuídos foram positivos e confirmaram a necessidade de confecção de novas próteses ou substituição das próteses antigas. Por outro lado, para os valores negativos, utilizamos as contraindicações explicitadas no referencial teórico. Além disso, a tabela é composta pelas prioridades de atendimento que são inerentes à condição do paciente (paciente com mais de 80 anos, cadeirante, por exemplo). Para isso, foi utilizado o Manual de Atenção em Saúde Bucal para os usuários do SSM, 2022. Dessa forma, caso o paciente não possua as condições das próteses com os critérios técnicos positivos para a troca, porém se enquadre nas prioridades de atendimento estabelecidos no referido Manual, o valor atribuído já garante, no mínimo, a prioridade média na marcação para o início do tratamento. A partir da soma dos valores, a troca e/ou confecção de novas próteses será classificada como de prioridade alta, média ou baixa. Em termos de distribuição das vagas, estão previstas 60% para prioridade alta, 30% média e 10% baixa. Ressalto que, desde a implementação (22/08/23) até o final mês de outubro de 2023, não houve necessidade de aplicação desses critérios, pois a clínica disponibilizou vagas para todos os pacientes considerados APTOS, após a consulta de adequação pré-protética.

3.3.2.1 CONSULTAS DE AVALIAÇÃO E ADEQUAÇÃO PRÉ-PROTÉTICA

A consulta de avaliação e adequação pré-protética ocorre mediante encaminhamento do SPA da clínica de Odontogeriatricia. Dessa forma, ao comparecer à clínica sem agendamento, o paciente que demanda por próteses removíveis é acolhido no SPA e recebe o seguinte atendimento:

- Acolhimento, escuta ativa e anamnese com foco na queixa principal;
- Resolução da urgência (conserto e/ou ajuste de próteses);
- Verificação da necessidade de procedimentos de Atenção Básica;
- Solicitação de radiografia panorâmica atualizada.

Caso haja a indicação de procedimentos como restaurações diretas, raspagem supragengival e/ou tratamento endodôntico de dentes unirradiculares, o paciente é

contrarreferenciado para a ATENÇÃO BÁSICA. Em caso negativo, o paciente é orientado a agendar uma consulta de adequação pré-protética.

A anamnese, uma oportunidade para desenvolver uma harmonia com o paciente, envolve ouvir e compreender a queixa principal do(a) paciente ou a preocupação em relação a sua saúde oral. Isto pode incluir sintomas clínicos de dor (provocada ou não provocada), dificuldade com a função, preocupação com a aparência, problemas com as próteses existentes ou qualquer combinação dos sintomas relacionados com os dentes, periodonto, maxilares ou tratamento odontológico prévio. Dessa forma, os profissionais do SPA são orientados a ouvir cuidadosamente se o que o paciente relatou é o motivo da apresentação para a avaliação; isto porque todas as informações subsequentes juntadas serão utilizadas para discutir estas preocupações e relatar se o tratamento proposto afetará o paciente de alguma forma. Tal discussão no início do cuidado do paciente ajuda a delinear expectativas realistas.

Após a conclusão das etapas descritas para o atendimento no SPA, o paciente é agendado para a consulta de adequação pré-protética. Nesta consulta, além da escuta ativa e da anamnese, o paciente passará por um exame clínico minucioso, de acordo com o guia para o exame clínico formulado por esta autora, com base em extensa pesquisa na literatura e após discussão com a equipe da Clínica de Odontogeriatrics (**Anexo C**).

Um exame intraoral completo deve preceder quaisquer decisões de tratamento. Segundo Carr (2017), ele deve incluir o exame visual e digital dos dentes e tecidos circundantes com um espelho bucal, sonda exploratória e sonda periodontal e testes de vitalidade dos dentes críticos. No momento do exame inicial, devem ser observadas doença periodontal, inflamação gengival, grau de recessão gengival e relações mucosogengivais. Tal exame não irá fornecer informação suficiente para permitir um diagnóstico definitivo e um plano de tratamento. Para este propósito, deve ser realizado um exame periodontal completo, que inclui profundidades da bolsa, avaliação dos níveis de inserção, envolvimento da região de furca, problemas mucogengivais e mobilidade dentária. A extensão da destruição periodontal deve ser determinada com radiografias apropriadas e uso de sonda periodontal.

Nesta consulta, os dentes pilares serão avaliados criteriosamente, com atenção para as questões periodontais e ortodônticas, necessidade de reabilitação prévia com prótese fixa ou confecção de restauração direta para melhor adaptação do grampo. Carr (2017) ressalta que a qualidade do suporte alveolar de um dente pilar é de importância primária, pois o dente terá que suportar cargas de estresse maiores no suporte de uma prótese dentária. Na prática, o que vemos na rotina de trabalho da clínica é que, por avaliação inadequada dos dentes pilares, esses elementos são rapidamente perdidos após a instalação das próteses. Essa condição gera a

necessidade de repetição de todo o trabalho protético, além da enorme insatisfação do paciente, que permaneceu por longo tempo em tratamento e terá que repeti-lo.

Além do exame clínico minucioso, a consulta de adequação pré-protética prevê a integração com as outras especialidades, principalmente Cirurgia, Estomatologia e DTM (Disfunção Temporomandibular). Como trata-se de uma consulta agendada de 40 minutos, há tempo para a troca de saberes entre os profissionais das especialidades requeridas para o caso. Assim, a ideia é que o paciente se sinta bem assistido e que o profissional possa trabalhar com mais tranquilidade e traçar o melhor planejamento para o caso.

3.3.3 RESULTADOS PARCIAIS DAS CONSULTAS DE ADEQUAÇÃO

As consultas denominadas de “avaliação e adequação pré-protética” são realizadas por cirurgiões-dentistas designados para tal, a saber: CC (CD) Marcela Medeiros, 1T (CD) Vianna e 1T (RM2-CD) Juliana Willensems. A escolha desses profissionais procedeu-se mediante diálogo com a equipe e obedeceu aos seguintes critérios: Especialização em Prótese Dentária, experiência em reabilitação com próteses removíveis, habilidade emocional no trato com os idosos e, sobretudo, por demonstração de vontade e disponibilidade em se engajar no Projeto.

A capacitação dos profissionais ocorreu no dia 15 de agosto de 2023, com a presença do Chefe da Clínica, CF (CD) D'Ávila, e da idealizadora do Projeto Reabilita, a CC (CD) Renata Pessoa. Foram apresentados o fluxograma de atendimento aos pacientes que demandam por próteses removíveis (**Anexo A**), e o guia para anamnese e exame clínico, a ser utilizado na consulta de adequação. Os novos protocolos foram intensamente discutidos entre esta autora e os profissionais executores, e partir disso, o guia proposto inicialmente foi reformulado, para aplicação na clínica (**Anexo C**).

As consultas de adequação iniciaram-se em 22 de agosto de 2023 e encontram-se em pleno funcionamento na Clínica de Odontogeriatrics, com agendas abertas até janeiro/2024. No período compreendido entre 22/08/23 e 27/10/23, houve o agendamento de 119 pacientes. O absenteísmo foi de 20 pessoas, totalizando 99 pacientes atendidos. Do total de pacientes atendidos, 94% (n=93 pacientes) já eram usuários de próteses removíveis e compareceram ao serviço para a substituição de suas próteses. Após o exame clínico minucioso procedido pelos “adequadores”, somente 35,4% (n=35 pacientes) foram considerados aptos para a reabilitação com próteses removíveis (**gráfico 7**). Ressalto que todos os pacientes aptos foram alocados nas vagas dos Grupos do Projeto Reabilita.



Gráfico 7 - Resultados parciais das consultas de adequação – Aptos/Inaptos

FONTE: Resultados parciais das consultas de adequação, AGO a OUT/2023, OCM.

Os pacientes inaptos ou sem indicação para o tratamento no momento totalizaram 64,6% da amostra (n = 64 pacientes). O motivo mais frequente foi a necessidade de tratamentos de ATENÇÃO BÁSICA (34,4% dos pacientes inaptos), que consistem em procedimentos como restaurações diretas, raspagem supragengival e controle de placa, exodontias simples e tratamentos endodônticos de dentes unirradiculares. As abordagens cirúrgicas (cirurgia pré-protética e exodontias de terceiros molares/exodontias a retalho) foram a segunda causa encontrada, com o percentual de 20,3% entre os pacientes inaptos (n = 13 pacientes). As demais razões para a contraindicação do tratamento foram por necessidade de prótese fixa (n = 7 pacientes), tratamento periodontal avançado (n = 2 pacientes) e indicação de procedimentos de adequação pré-protética (n = 8 pacientes) (**gráfico 8**). Aos procedimentos de adequação referem-se basicamente : anatomizações para melhor adaptação do grampo, correção de inclinações dos pilares e realização de ajustes oclusais. Neste caso, esses procedimentos são realizados pelos próprios “adequadores” e , com a conclusão, o paciente é agendado para o início da reabilitação com próteses removíveis.

As próteses removíveis passíveis de conserto, ajuste e/ou reembasamento, que resultaram em desistência do paciente pela sua substituição, totalizaram o percentual de 7% dos pacientes atendidos (n= 7 pacientes). Somente 2% dos pacientes atendidos possuíam dentição funcional com 4 ou mais pares oclusais e sem comprometimento estético (n= 2 pacientes) (**gráfico 8**). Nesses casos, o conceito de dentição funcional foi esclarecido aos pacientes que, com a sua função mastigatória preservada, compreenderam que o melhor tratamento era a não intervenção, como explicitado no referencial teórico deste Projeto.

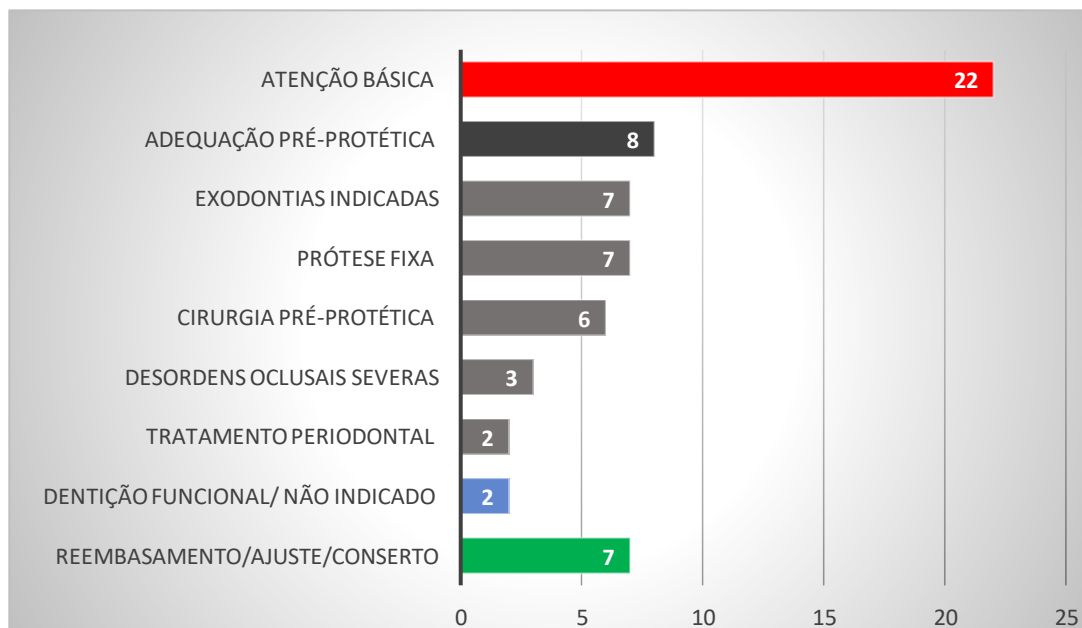


Gráfico 8 - Resultados parciais das consultas de adequação – Inaptos: motivos.

FONTE: Resultados parciais das consultas de adequação, AGO a OUT/2023, OCM.

3.3.4 COMPETÊNCIAS GERENCIAIS REQUERIDAS E DESAFIOS ENFRENTADOS

Os problemas gerenciais enfrentados no século XXI trazem à tona questionamentos e necessidade de mudanças no modelo de gerenciamento tradicional, marcado pela centralização, racionalidade, autoritarismo e predominância dos interesses organizacionais. Sob concepção desse modelo, o que interessa é o cumprimento das tarefas inerentes ao cargo e a busca de máxima precisão nesse desempenho, com valorização unicamente das competências técnicas do trabalhador, que nesse contexto, assemelha-se a uma máquina (LOPES *et al.*, 2022).

Em contraponto à visão tradicional, o contexto organizacional atual valoriza não só as competências técnicas, mas sobretudo as interpessoais, pois estas são indispensáveis à garantia do comprometimento das pessoas com resultados individuais, grupais e organizacionais. Assim, flexibilidade, aprendizado contínuo, autonomia, habilidade para lidar com as diferenças, entre outras, são competências cada vez mais valorizadas, porque estão alinhadas às formas contemporâneas de pensar e agir no âmbito da gestão (LOPES *et al.*, 2022). Aqui faço uma ressalva de que a competência não pode ser meramente atrelada a um conjunto de habilidades que o indivíduo possui, mas à capacidade de saber agir e ser capaz de lidar com as novas e desafiadoras situações de trabalho.

Fleury; Fleury (2001) definem a competência como um saber agir responsável e reconhecido, que implica mobilizar, integrar, transferir conhecimentos, recursos e habilidades,

que agreguem valores à organização e ao indivíduo. Ainda, quando pensamos nas competências a serem desenvolvidas em uma organização, temos que ter em mente os conhecimentos do processo de trabalho, a organização do fluxo desse trabalho, o impacto do serviço no consumidor final/cliente/paciente e as competências sociais que se encontram nos domínios da autonomia, responsabilização e comunicação.

A partir da base conceitual apresentada, prossigo com a análise do ambiente organizacional no qual este projeto de intervenção está inserido. A Odontoclínica Central da Marinha (OCM) é uma Organização Militar, concebida nos pilares rígidos do militarismo e forjada na visão de gerenciamento tradicional ao longo de sua história. Nesse aspecto, destaco a imposição de mudanças pelo autoritarismo, o controle para que as pessoas permaneçam disciplinadas, a predominância dos interesses organizacionais e a centralização do poder nas mãos dos Oficiais de postos mais elevados. Apresenta-se, então, o primeiro desafio: o da gestão da mudança.

As instituições militares sempre foram conhecidas por seus padrões engessados e pela resistência às mudanças. No entanto, as profundas transformações da sociedade causam nas Forças Armadas a obrigação de adequação aos valores e crenças da contemporaneidade. Na OCM, já é possível perceber uma maior permeabilidade às mudanças e acredito que a parceria com a FioCruz tem influenciado positivamente nessa abertura.

Na concepção deste Projeto, meus Superiores diretos mostraram-se muito disponíveis e abertos ao diálogo, e isso criou um ambiente favorável para a percepção do que precisava ser mudado e a identificação do modo mais adequado para implementar as novas práticas. Em escalas administrativas acima dos meus Superiores, acredito que haverá resistência em relação às alterações das normas vigentes, porém a primeira etapa deste Projeto já foi vencida, graças ao comprometimento de todos da equipe da clínica de Odontogeriatría.

No decorrer da investigação para a construção deste Projeto, verificou-se que os profissionais da clínica de Odontogeriatría encontravam-se insatisfeitos em relação à sistemática de avaliação para a reabilitação com próteses removíveis. Os pacientes estavam sendo avaliados no Serviço de Pronto Atendimento (SPA), em tempo exíguo e por profissionais inexperientes neste tipo de reabilitação. Os resultados da pesquisa realizada mostraram que a maioria dos profissionais considerava esse manejo um fator estressante em sua rotina de trabalho, e em reuniões realizadas na clínica, relataram desmotivação e incapacidade de lidar com a altíssima demanda por reabilitação, combinada com a pressão por produtividade e a insuficiência de vagas disponíveis para os pacientes em tratamento. Essa situação estava gerando queda no desempenho dos profissionais, o que resultou em avaliações inadequadas e grande entrada de

pacientes inaptos nos grupos de reabilitação, em confronto aos interesses da organização. Nesse cenário, o Projeto vislumbrou a necessidade de lidar com o desafio do alinhamento estratégico que, em última instância, busca fortalecer o elo entre o desempenho dos indivíduos, das equipes e da organização. O propósito foi fazer com que o trabalho de cada um e também da equipe contribuíssem o máximo possível para a consecução dos objetivos organizacionais, que neste caso em particular, significava adequar a alta demanda por próteses à capacidade reduzida da clínica, e ainda melhorar a qualidade do serviço prestado ao usuário, com a priorização de suas necessidades.

A autora deste Projeto, em seu papel de agente de mudança, buscou desenvolver o potencial dos profissionais da equipe da Odontogeriatría, criando condições mais adequadas para o atendimento dos pacientes de prótese removível. Com a criação de um protocolo clínico bastante didático, treinamento dos profissionais e consultas agendadas com a duração de 40 minutos, os cirurgiões-dentistas passaram a trabalhar com uma menor carga de estresse e puderam oferecer ao paciente uma avaliação condizente com os preceitos da literatura, além de maior tempo de escuta e acolhimento. Dessa forma, as avaliações bem procedidas culminaram com a seleção dos casos realmente elegíveis e a otimização das consultas para o tratamento de reabilitação, evitando intercorrências e retrabalhos. Os cirurgiões-dentistas executores da reabilitação com próteses removíveis estão recebendo dos profissionais avaliadores os casos com prévia adequação protética, com menos erros e melhor planejamento, o que, além de contribuir tecnicamente para um tratamento mais adequado, está promovendo um diálogo produtivo entre os profissionais e relações interpessoais mais positivas. Nesse sentido, compreendo que os esforços estão sendo harmonizados e um ambiente capaz de gerar sinergia encontra-se em criação, o que nos remete ao desafio da mobilização da forma humana e o seu poder transformador. Ressalto aqui uma postura de abertura por parte dos meus Superiores, o que facilitou bastante a intermediação entre esta gestora e os profissionais da clínica, cujas relações permanecem continuamente abertas ao diálogo e aos feedbacks, para que tenhamos um ambiente de trabalho cada vez mais humanizado e que atenda melhor aos nossos usuários.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Há aproximadamente 2 anos, a gestão me parecia algo bastante teórico e burocrático. Na Marinha, quando se falava em gestão, meu pensamento me levava imediatamente para a coleta de dados sem propósito, preenchimento de planilhas, confecção de extensos relatórios, reuniões

com autoridades e implementação de medidas que só dificultavam o trabalho do profissional da área assistencial. Dessa forma, eu compreendia a gestão da clínica como algo utópico e desconectado da realidade da prática clínica.

Em 2022, entrou em vigor na clínica de Odontogeriatrics o “Projeto Reabilita”, desenvolvido pela CC (CD) Renata Pessoa, então Chefe da Clínica e aluna do Curso de Especialização Gestão em Saúde, da FIOCRUZ. A partir do “Reabilita”, projeto extensamente discutido em nossa revisão, pude atestar que a gestão promoveu, de fato, a obtenção de melhores resultados, o aumento da eficiência e a elevação no padrão de atendimento clínico. Minha visão sobre a gestão mudou completamente e, no momento, ao finalizar o mesmo curso, percebo que a fundamentação teórica, quando bem conectada com a prática, oferece reais melhorias, não só para os usuários do Sistema, mas também para toda a equipe de profissionais.

Apesar dos recursos disponíveis e da enorme capacidade dos profissionais da OCM, a rotina caótica de atendimentos muitas vezes suplanta as boas iniciativas de aprendizado e evolução. Em alguns momentos, fica mais fácil repetir o que vem sendo feito há anos do que parar e pensar em uma melhor forma de gerir e executar alguns serviços. Felizmente, o curso de Especialização Gestão em Saúde da FIOCRUZ nos fornece uma boa oportunidade para “olhar de fora” e propor mudanças com efeitos práticos no nosso dia a dia.

A gestão da clínica tem como foco o processo do cuidado, incluindo a decisão clínica, conceitos de adequação, efetividade e total incorporação dos princípios do cuidado baseado em evidências. Nesse sentido, este Projeto de Intervenção buscou empregar essa metodologia para a melhor definição das condutas clínicas frente as reais necessidades de saúde trazidas pelos pacientes. Para o projeto de intervenção, foi realizada uma extensa pesquisa na literatura, com o que há de mais atual em termos de saúde bucal coletiva e reabilitação oral com próteses removíveis. Além disso, pesquisamos sobre os critérios da Organização Mundial de Saúde (OMS) acerca da dentição funcional e utilizamos dados das Pesquisas Nacionais de Saúde Bucal, realizadas pelo Ministério da Saúde. A partir disso, foi desenvolvido um protocolo clínico para as consultas de avaliação e adequação pré-protética, que estão em plena realização na clínica de Odontogeriatrics, com ótima aceitação pelos profissionais e pelos pacientes. O intuito foi utilizar toda a fundamentação teórica e científica para que pudéssemos oferecer um serviço de melhor qualidade para os nossos pacientes idosos, com enfoque mais conservador, biológico e que considere toda a complexidade desse indivíduo.

Os objetivos traçados para este Projeto foram alcançados e superaram as expectativas iniciais. No entanto, é necessário controle constante, através do acompanhamento dos

indicadores, e revisões para que possamos sustentar os resultados. A grande rotatividade de pessoal, inerente à carreira militar, prejudica muito a padronização dos processos e a capacitação da equipe, o que representa um desafio para manutenção dos resultados alcançados. Dessa forma, é importante o envolvimento de toda a equipe e o comprometimento desta autora em realizar o treinamento dos profissionais recém-embarcados ou daqueles que assumam as funções dos dentistas “adequadores”.

Os conhecimentos adquiridos no curso de Gestão em Saúde e os estudos realizados no desenvolvimento deste trabalho desempenharam papel fundamental na formação desta autora. O curso amplia os horizontes para o exercício profissional na área gerencial, tornando sua prática mais produtiva e alinhada com os princípios da gestão contemporânea. Tenho plena certeza de que a aplicação dos conhecimentos adquiridos e a utilização de ferramentas estratégicas na prática diária da gestão da Clínica de Odontogeriatrics nortearão a busca pela melhoria dos processos e da qualidade dos serviços ofertados. Ademais, ao finalizar este curso, sinto que pude contribuir para mudanças positivas na Clínica e percebo algo difícil de quantificar e expressar em palavras: o nosso atendimento está mais HUMANIZADO e a equipe da Odontogeriatrics está mais FELIZ. Apesar da epígrafe com Schopenhauer, “o pessimista”, a felicidade é o grande objetivo filosófico da existência humana.

REFERÊNCIAS

- ANDERSEN, R.; MARCUS, M.; MAHSHIGAN, M. *A comparative systems perspective on oral health promotion and disease prevention*. In: Cohen LK, Gift HC (eds.). – Disease prevention and oral health promotion. Socio-dental sciences in action. Copenhagen: Munksgaard; 1995. p. 307-40. Disponível em: <https://eurekamag.com/research/029/621/029621393.php>. Acesso em: 14 ago. 2023
- ANDERSON, R.; TREASURES, E.T.; WHITEHOUSE, N.H. Oral health systems in Europe Part I: Finance and entitlement to care. *Community Dental Health*. 1998; n. 15, p. 145-9. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10645683/>. Acesso em: 13 jul. 2023
- ANS (2021), Agência Nacional de Saúde Suplementar. *Rol de procedimentos e eventos em saúde*. Anexo I da RN 465/2021 e suas alterações.
- ANTUNES, J. L. F.; PERES, M. A. *Epidemiologia da Saúde Bucal - Série Fundamentos de Odontologia*, 2 ed. São Paulo: Santos, 2013. E-book. ISBN 978-85-412-0300-5. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/978-85-412-0300-5/>. Acesso em: 28 jul. 2023.
- AZEVEDO, J. S. *et al.* Uso e necessidade de prótese dentária em idosos brasileiros segundo a Pesquisa Nacional de Saúde Bucal (SBBrasil 2010): prevalências e fatores associados. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 33, p. e00054016, 2017. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/csp/2017.v33n8/e00054016/pt/>. Acesso em: 12 jul. 2023.
- BONACHELA, W.; TELLES, D. *Planejamento em Reabilitação Oral com Prótese Parcial Removível*. 1 ed. São Paulo: Santos, 1998.
- BRASIL (2012). Diretoria Geral do Pessoal da Marinha. DGPM-401: *Normas para Assistência Médico-Hospitalar*. Rev3-Mod5. Rio de Janeiro, 2012.
- BRASIL (2013). Diretoria de Saúde da Marinha. *Política Assistencial para o Sistema de Saúde da Marinha*. Rio de Janeiro, 201
- BRASIL (2004), Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. *Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal*. Brasília: Ministério Saúde; 2004. p. 16.
- BRASIL (2012), Ministério da Saúde . Secretaria de Vigilância em Saúde. *SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: resultados principais*. Brasília, DF: SVS; 2012.
- BRASIL (2020), Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *SB Brasil 2020: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal*. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/brasil-sorridente/sb-brasil-2020>. Acesso em: 14 ago. 2023.
- BRUNETTI, R.; MONTENEGRO, F. L. B. *Odontogeriatría: Noções de Interesse Clínico*. São Paulo: Artes Médicas, 2002.
- CARR, A. B. *McCracken Prótese Parcial Removível*. Rio de Janeiro : Elsevier, 2017. E-book. ISBN 9788595152021. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788595152021/>. Acesso em: 17 jun. 2023.

DURAN, L.S. *A organização do processo de confecção da prótese parcial removível a grampo pelo laboratório de prótese da Odontoclínica Central da Marinha*. Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca – EAD/ENSP/FIOCRUZ como requisito parcial no Curso de Especialização Gestão em Saúde. 2021.

ESPAÑA (2013), MINISTERIO DE SANIDAD. Servicios Sociales e Igualdad. *Los sistemas sanitarios en los países de la Unión Europea: características e indicadores de salud*. Madrid; 2013. Disponível em: www.mssi.gob.es/estad.Estudios/estudio/estadisticas/sis.Inf.SanSNS/. Acesso em: 9 ago. 2023.

FERREIRA, C. O.; ANTUNES, J. L. F.; ANDRADE, F. B. Factors associated with the use of dental services by elderly Brazilians. *Revista de Saúde Pública*, v. 47, p. 90-97, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/MgTYzFgHWw5dDT7wRFkrRXR/?lang=en>. Acesso em: 29 jun. 2023.

FERREIRA, R.G. *Organização do processo de trabalho do laboratório de prótese dentária da Odontoclínica Central da Marinha*. Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca – EAD/ENSP/FIOCRUZ como requisito parcial para obtenção do título de especialista em Gestão em Saúde. 2020.

FLEURY, M.T.L.; FLEURY, A. Construindo o conceito de competência. *Revista de administração contemporânea*, v. 5, p. 183-196, 2001. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rac/a/C5TyphygpYbyWmdqKJCTMkN/>. Acesso em: 01 out. 2023.

FONTES, L. S. *Insucesso na reabilitação com próteses removíveis: principais causas*. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) – Universidade Federal de Juiz de Fora, 2019.

FUCHS, R. M. P. *Aprimoramento do processo de confecção de Próteses Removíveis da Clínica de Odontogeriatría da Odontoclínica Central da Marinha*, 2022. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização Gestão em Saúde) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, 2022.

GUIMARAES, M. R. C. *Política Nacional de Saúde Bucal: Estudo dos serviços de Reabilitação Protética*. Dissertação (Mestrado em Odontologia – área de concentração em Saúde Coletiva) – Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2015.

HARPENAU, L. A. *et al. Periodontia e Implantodontia - Algoritmos de Hall para Prática Clínica*, 5 ed. Rio de Janeiro: Santos, 2016. *E-book*. ISBN 9788527728805. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788527728805/>. Acesso em: 01 set. 2023.

JANEVA N.; KOVACEVSKA G.; JANEV E. Complete Dentures Fabricated with CAD/CAM Technology and a Traditional Clinical Recording Method. *Open Access Maced J Med Sci*, v.5, n.6, p.785-789, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.3889/oamjms.2017.169>. Acesso em : 02 set. 2023.

KLEINERT, J.; HORTON, R. Health of Russian people after 100 years of turbulent history. *The Lancet*. 2017; n. 380, p. 1569-70.

KOSSIONI, A. E. et al. Oral health in older people: time for action. *European Geriatric Medicine*, v. 9, p. 3-4, 2018. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s41999-017-0004-4>. Acesso em: 26 jun. 2023.

LOPES, C.M.B et al. *Caderno de estudos: Curso de Gestão em Saúde/* Rio de Janeiro, RJ. Coordenação de Desenvolvimento Educacional e Educação a Distância da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, ENSP, Fiocruz, 2022.

MARINHA DO BRASIL, Diretoria de Saúde da Marinha. DSM-2003 - *Manual de Atenção em Saúde Bucal* para os Usuários do SSM. 1ª Rev., 2022

MARINHA DO BRASIL. *Manual para avaliação dos Serviços de Saúde do Sistema de Saúde da Marinha*, 2022.

MEZZOMO, E. *Reabilitação Oral Contemporânea*. 1 ed. São Paulo: Santos, 2006.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. *Situação da saúde bucal de pessoas idosas nas Américas*. Washington, DC: OPAS; 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.37774/9789275726631>. Acesso em: 11 jul. 2023.

PARDINI, G.; LEÃO, A.T.T.; PENONI, D. C. DC. An investigation of tooth loss in geriatric patients: a cross sectional study. *Revista Naval de Odontologia*, v. 46, n. 1, p. 14-19, 2019. Disponível em: <https://portaldeperiodicos.marinha.mil.br/index.php/odontoclinica/article/view/51/69>. Acesso em: 27 jun. 2023

PINTO, V. G. *Saúde Bucal Coletiva*, 7 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2019. E-book. ISBN 9788527734974. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788527734974/>. Acesso em: 30 jul. 2023.

RAMFJORD, S. P. Periodontal aspects of restorative dentistry. *Journal of Oral Rehabilitation*, v. 1, n. 2, p. 107–126, 1974. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2842.1974.tb00769.x>. Acesso em: 12 ago. 2023

SANTOS, G.R. *Arco dental reduzido*. Monografia de Especialização – Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2015.

SHEIHAM, A. Oral health, general health and quality of life. *Bulletin of the World Health Organization*, v. 83, p. 644-644, 2005. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2626333/>. Acesso em: 09 jul. 2023.

TODESCAN, R. et al. *Atlas de Prótese Parcial Removível*. 3 ed. São Paulo: Santos, 2001.

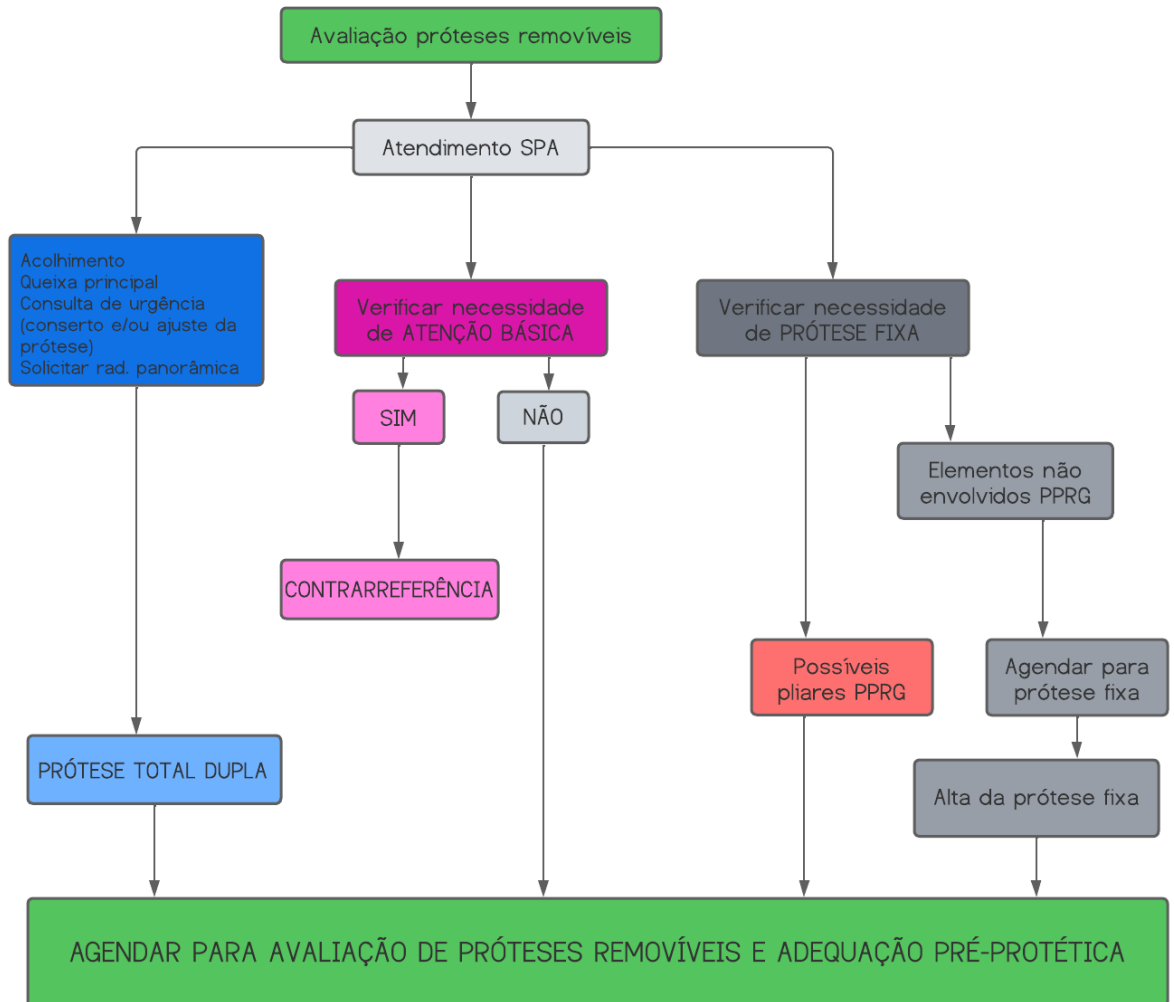
WITTER, D.; ELTEREN, P. VAN; KÄYSER, A.; ROSSUM, G. VAN. Oral comfort in shortened dental arches. *Oral Rehabilitation*, v. 17, n. 137-43, 1990.

WITTER, D.; HAAN, A. DE; KÄYSER, A.; ROSSUM, G. VAN. A 6-year follow-up study of oral function in shortened dental arches. Part I: Occlusal stability. *Journal of Oral Rehabilitation*, v. 21, p. 113–25, 1994

WHO, W. H. O. Recent advances in oral health. *WHO Technical Report Series*, , n. 826, p. 16–17, 1992.

YOSHI, C. *et al.* Considerações sobre os tipos de Próteses Parciais Removíveis e seu impacto na qualidade de vida. *Revista Odontológica de Araçatuba*, v. 40, n. 2, p. 15–21, 2019.

ANEXO A
FLUXOGRAMA PARA O ATENDIMENTO DE PACIENTES QUE DEMANDAM POR
PRÓTESES REMOVÍVEIS



ANEXO B
TABELA PARA DEFINIÇÃO DE PRIORIDADES NA MARCAÇÃO DE CONSULTAS

Paciente <u>sem prótese</u> removível e com comprometimento estético	+ 10	
Prótese removível <u>sem retenção</u> e não passível de conserto e/ou reembasamento	+ 10	
Prótese removível <u>sem estabilidade</u> (deslocamento ou báscula) e não passível de conserto e/ou reembasamento	+ 10	
Prótese removível <u>lesiona os tecidos moles</u> e não é passível de ajuste e/ou conserto	+ 10	
Prótese removível incrustada <u>com cálculos e/ou pigmentada</u>	+ 5	
Pacientes com indicação de cirurgias eletivas, especialmente transplantes, cirurgias cardíacas ou em uso de medicamentos ou <u>tratamentos que possam comprometer a sua saúde oral</u> , especialmente radioterapia na região de cabeça e pescoço e <u>pacientes em tratamento oncológico</u> , ou para aqueles pacientes que, por solicitação médica, tenham indicação de prioridade no tratamento.	+ 5	
Paciente deficiente físico e/ou <u>cadeirante</u>	+ 5	
Paciente com <u>80 anos ou mais</u>	+ 5	
Paciente já utilizou prótese parcial removível inferior e não conseguiu adaptar-se	- 20	
Paciente com <u>higiene bucal insatisfatória</u>	- 30	
Paciente com <u>dentição funcional</u> , 4 ou mais pares oclusais e sem comprometimento estético	-50	
TOTAL		

-100 a - 80	contra-indicação
-75 a 0	prioridade baixa
+ 5 a + 30	prioridade média
+35 a + 60	prioridade alta

ANEXO C
GUIA PARA ANAMNESE E EXAME CLÍNICO

TRIAGEM		
O paciente possui disponibilidade e capacidade de deslocamento para o comparecimento às consultas exigidas (5 a 6 consultas)?		
O paciente possui condições cognitivas e/ou motoras para colaborar com as consultas e procedimentos necessários?		
ATENÇÃO BÁSICA		
Verificar a presença de cáries, restaurações infiltradas e/ou desadaptadas, presença de cálculos supragengivais, indicações de exodontias simples.		
Há necessidade de contrarreferência para a ATENÇÃO BÁSICA?		
PERIODONTIA		
Avaliar a mobilidade dos elementos .		
Há necessidade de encaminhamento para a PERIODONTIA?		
DENTIÇÃO FUNCIONAL		
Possui 20 ou mais dentes naturais?		
Possui 4 ou mais unidades oclusais?		
Há comprometimento estético?		
Há algum sinal ou sintoma de desordem craniomandibular? necessário, solicitar avaliação da clínica de DTM.		Se
OCCLUSÃO		
Verificar desordens oclusais severas. necessidade de enceramento diagnóstico? (critério de exclusão)		Há
ORTODONTIA		
Verificar necessidade de tratamento ortodôntico (critério de exclusão)		
HISTÓRIA PREGRESSA E ATUAL DO USO DE PRÓTESES		
Paciente apresenta a necessidade subjetiva pelo uso de próteses removíveis?		
Paciente já usa próteses removíveis?		
Paciente já usou próteses removíveis e não se adaptou?		

Há possibilidade de ajuste, conserto ou reembasamento das próteses removíveis atuais?
Higiene oral satisfatória?
Possui capacidade motora para a higienização das próteses?
Caso não, o paciente possui algum cuidador que realize a higiene das suas próteses?
<u>PLANEJAMENTO PARA REABILITAÇÃO PROTÉTICA</u>
CIRURGIA BUCOMAXILOFACIAL
Há indicações de exodontias para o planejamento da prótese?
Há freios ou inserções musculares que possam interferir na melhor adaptação e conforto?
Presença de tórus? Interfere no planejamento da prótese?
Fibromucosa flácida? Há necessidade de cirurgia pré-protética?
ESTOMATOLOGIA
Verificar presença de lesões na mucosa e tecidos de sustentação .
Verificar hipossalivação ou xerostomia. Se necessário, solicitar avaliação da Estomatologia.
DENTES PILARES
Seleção dos dentes pilares; REALIZAR RADIOGRAFIAS PERIAPICAIS .
Verificar suporte ósseo dos dentes pilares (relação aceitável 1:1)
Realizar sondagem periodontal dos dentes pilares. Em
caso de bolsas maiores que 4mm, solicitar avaliação da PERIODONTIA.
Verificar a inclinação dos dentes pilares (a inclinação NÃO poderá ser superior a 28 graus).
Verificar a necessidade de restaurações diretas ou indiretas nos dentes pilares.
Realizar o planejamento para a reabilitação com próteses removíveis.