



Letícia Alves Machado

MEDIDAS PARA REDUÇÃO NO TEMPO DE TRATAMENTO ORTODÔNTICO NA
CLÍNICA DE ORTODONTIA DA ODONTOCLÍNICA CENTRAL DA MARINHA: UMA
PROPOSTA DE INTERVENÇÃO COM FOCO NAS AÇÕES PREVENTIVAS.

Rio de Janeiro

2022

Letícia Alves Machado

MEDIDAS PARA REDUÇÃO NO TEMPO DE TRATAMENTO ORTODÔNTICO NA
CLÍNICA DE ORTODONTIA DA ODONTOCLÍNICA CENTRAL DA MARINHA: UMA
PROPOSTA DE INTERVENÇÃO COM FOCO NAS AÇÕES PREVENTIVAS.

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: Gisele Pinto de Oliveira

Rio de Janeiro

2022

AGRADECIMENTOS

Primeiramente gostaria de agradecer a Deus por sua presença em minha vida, permitindo a conclusão de mais uma etapa profissional.

Aos meus pais, Rogério e Izabel, por serem a base da minha formação, pelo apoio ao longo de toda minha vida e por sempre me incentivarem a acreditar em mim mesma.

Ao meu marido pela atenção, carinho e apoio nos momentos mais difíceis.

À minha filha, Maria Eduarda, pelo seu amor e carinho.

À Marinha do Brasil e à Odontoclínica Central da Marinha, por investir mais uma vez na minha formação profissional.

À minha tutora, Gisele Pinto de Oliveira, a quem agradeço pelas orientações recebidas e por sua dedicação ao curso.

À minha amiga CC (CD) Ettore pela parceria na elaboração deste trabalho, pela amizade e incentivos.

Aos meus colegas de turma pelos bons momentos que compartilhamos juntos, pela troca de experiências profissionais e pela amizade criada.

Aos amigos da Clínica de Ortodontia da OCM cujo apoio e amizade são sempre motivos de alegria.

“Depois da tempestade vem a calmaria”
(Guilherme, Gleice)

RESUMO

A má oclusão é considerada um problema de saúde pública, pois possui alta prevalência e interfere na qualidade de vida dos indivíduos afetados. O tratamento ortodôntico é empregado para correção das má oclusões e visa alcançar estética facial satisfatória e adequada função do sistema estomatognático. A adolescência é a época mais apropriada para iniciar o tratamento, visto que nesta fase ainda existe a possibilidade de modificar o crescimento craniofacial. A duração do tratamento ortodôntico apresenta grande variabilidade, sendo influenciada por diversas características, as quais podem ser inerentes ao profissional, ao paciente e a peculiaridades da gestão do Serviço. A Clínica de Ortodontia da Odontoclínica Central da Marinha desenvolve tratamento ortodôntico em adolescentes de 9 a 16 anos de idade, dependentes de militares. A duração do tratamento destes pacientes tem sido muito longa e apresenta média de 58 meses. O tempo de tratamento prolongado está associado a maior probabilidade de complicações e iatrogenias, além de gerar desmotivação dos pacientes e aumento do custo do tratamento. O presente projeto de intervenção visa reduzir o tempo médio do tratamento ortodôntico dos pacientes da Clínica de Ortodontia da OCM através da realização de ações para aumentar a adesão dos pacientes a fatores que são fundamentais para o progresso do tratamento, tais como higiene oral satisfatória e preservação da integridade dos componentes do aparelho, e, ações para tornar os pacientes mais motivados com o tratamento. Dessa forma, espera-se atingir uma redução dos custos associados, tanto para o paciente, como para a Instituição e uma maior resolutividade dos tratamentos, com consequente aumento da rotatividade de pacientes na clínica de Ortodontia da OCM.

Palavras-chave: ortodontia, educação em saúde, adolescente, gestão em saúde

LISTA DE SIGLAS

ABO - American Board of Orthodontics

CM – Comando da Marinha

CMAM – Centro Médico Assistencial da Marinha

FUSMA – Fundo de Saúde da Marinha

DSM – Diretoria de Saúde da Marinha

MD – Ministério da Defesa

OCM - Odontoclínica Central da Marinha

OM – Organização Militar

OMS – Organização Mundial de Saúde

PEO – Plano Estratégico Organizacional

SN – Saúde Naval

SSM – Sistema de Saúde da Marinha

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	7
1.1 OBJETIVOS.....	8
1.1.1 Objetivo Geral	8
1.1.2 Objetivos Específicos	8
2 REFERENCIAL TEÓRICO	9
2.1 TRATAMENTO ORTODÔNTICO E A ADOLESCÊNCIA.....	9
2.2 FATORES QUE INFLUENCIAM A DURAÇÃO DO TRATAMENTO ORTODÔNTICO	11
2.3 PRÁTICAS DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA MUDANÇA DE COMPORTAMENTO E PROMOÇÃO DA SAÚDE.....	14
3 O PROJETO DE INTERVENÇÃO.....	17
3.1 DESCRIÇÃO E ANÁLISE DA SITUAÇÃO-PROBLEMA.....	18
3.2 PROGRAMAÇÃO DAS AÇÕES.....	20
3.3 GESTÃO DO PROJETO.....	23
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	26
REFERÊNCIAS	28

1 INTRODUÇÃO

O tratamento ortodôntico é empregado para correção das maloclusões e visa alcançar saúde oral, uma estética facial agradável, uma ótima função do sistema estomatognático e estabilidade dos resultados, estabelecendo a oclusão normal.

Em Ortodontia, o sucesso do tratamento não depende somente da experiência do profissional, mas, sim, da interação de uma série de fatores que por vezes limitam o bom andamento do tratamento. Dentre estes fatores, pode-se destacar as limitações intrínsecas a cada caso, mas, também, o grau de colaboração do paciente. A eficiência no tratamento ortodôntico pode ser descrita como a obtenção do melhor resultado no menor tempo possível.

A duração do tratamento ortodôntico apresenta grande variabilidade, sendo influenciada por diversas características, inerentes ao profissional, ao paciente e, adicionalmente, a peculiaridades da gestão do Serviço. Não há na literatura um consenso sobre o tempo adequado para o tratamento ortodôntico.

A Clínica de Ortodontia da Odontoclínica Central da Marinha (OCM) desenvolve tratamento ortodôntico em pacientes que se enquadram nas patologias previstas pela normatização DGPM 401(rev.3, mod.7) – Normas para Assistência Médico Hospitalar na Marinha, dentro da faixa etária preconizada de 9 a 16 anos de idade. Assim sendo, o público alvo são adolescentes, dependentes de militares, com direito à utilização do Sistema de Saúde da Marinha (SSM).

Os pacientes da Clínica de Ortodontia da OCM apresentam atualmente um tempo médio de tratamento de 58 meses, muito acima do previsto na literatura. Nos casos avaliados pelos padrões do American Board of Orthodontics (ABO), o tempo médio de tratamento ortodôntico foi de 24,6 meses.

O tempo de tratamento ortodôntico extremamente longo pode ser associado a uma maior susceptibilidade a iatrogenias e complicações decorrentes do tratamento. Tal associação pode estar relacionada a fatores primários, como diagnóstico e planejamento, ou ainda à falta de adesão do paciente. Assim, vale a pena conhecer os fatores que influenciam o tempo de tratamento ortodôntico e determinar mecanismos de controle eficientes.

Entre as consequências de um tratamento ortodôntico prolongado destacam –se a maior probabilidade do desenvolvimento de reabsorção radicular, que se constitui em um processo patológico irreversível caracterizado pela perda do tecido mineralizado que compõe a raiz do dente, e maior chance de desenvolvimento de cáries e manchas brancas. O paciente pode ainda se sentir desmotivado, diminuindo sua adesão e, em alguns casos, levando até mesmo à

desistência do tratamento, muitas vezes já em estágio avançado da terapia ortodôntica, impossibilitando a obtenção do resultado esperado e finalização do tratamento, podendo trazer prejuízos psicológicos e sociais ao mesmo.

Outro fator importante a ser considerado para a Clínica de Ortodontia é o aumento do aprazamento entre as consultas. Com a extensão do tratamento, as altas são adiadas e consequentemente há a sobreposição de pacientes em tratamento há muitos anos com os novos pacientes admitidos na Clínica, sobrecarregando os ortodontistas disponíveis e provocando maior espaçamento entre as consultas.

Cabe ainda ressaltar o impacto para o SSM e para o paciente em relação ao aumento dos custos do tratamento. Cada consulta gera uma indenização ao militar responsável pelo paciente e, quanto mais longo for o tratamento e mais consultas forem realizadas, mais recursos financeiros serão gastos, não só pelo paciente, mas também pela Instituição.

O presente trabalho está dividido em quatro partes. A primeira parte consiste na introdução ao tema e objetivos (geral e específicos) do projeto. A segunda parte é o referencial teórico, que foi realizado através de uma pesquisa bibliográfica, abordando características do tratamento ortodôntico na adolescência; os fatores que influenciam a sua duração; e práticas de educação em saúde para mudança de comportamento e promoção de saúde bucal. A terceira parte apresenta o projeto de intervenção, abordando sua metodologia, descrição e análise da situação-problema, programação de ações e gestão do projeto. Por fim, as considerações finais são apresentadas na quarta parte.

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 Objetivo Geral

Reduzir o tempo médio de duração dos tratamentos ortodônticos realizados na Clínica de Ortodontia da OCM.

1.1.2 Objetivos Específicos

- Aumentar a adesão dos pacientes,
- Elaborar materiais educativos para pacientes e profissionais.
- Estabelecer parceria com o Serviço de Prevenção da OCM para acompanhamento mensal dos pacientes com dificuldade de realizar a higiene oral corretamente;

- Estabelecer canais de comunicação entre os adolescentes em tratamento.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 TRATAMENTO ORTODÔNTICO E A ADOLESCÊNCIA

A adolescência pode ser definida como a transição no desenvolvimento entre a infância e a idade adulta. Os autores divergem na questão da idade em que essa fase inicia e termina; concordam, porém, em considerar que a adolescência se inicia com a puberdade, que consiste no processo de maturação sexual, ou seja, a capacidade de reprodução. Começa aproximadamente aos 12 anos e dura até o início dos 20 anos. (PIOVESAN et al., 2018).

Nesta fase é dada uma grande importância ao grupo de colegas e geralmente os membros do grupo desempenham importante papel de modelos, ao passo que valores e gosto dos pais e de outras “autoridades”, incluindo o dentista, podem ser rejeitados. (PROFITT; FIELDS JR, 2000). São características da adolescência a contestação à vulnerabilidade, andar em grupos, seguir modas e a preocupação com o corpo e a aparência. Pensar a saúde do adolescente implica em compreender os diversos modos de pensar e de viver a adolescência (VAZQUEZ et al., 2015)

A má oclusão é considerada um problema de saúde pública, pois possui uma alta prevalência e interfere na qualidade de vida dos indivíduos afetados, apesar de haver a possibilidade de tratamento (MARQUES, 2005). Estudo brasileiro de base populacional realizado em 2010 demonstrou que 38,8% dos adolescentes de 12 anos de idade apresentavam má oclusão (SBBRASIL 2010). Um dos objetivos mais importantes do atendimento odontológico é ajudar os pacientes em suas tentativas de alcançar um nível aceitável de satisfação com a cavidade oral e com a dentição (STEELE, 1997).

Um sorriso harmonioso é visto como um grande recurso utilizado para influenciar pessoas e melhorar sua aceitação na sociedade (BARBOSA et al., 2016). Sabe-se que a estética dentária é considerada elemento chave para a atratividade física, a qual contribui fortemente para o estabelecimento da autoestima e, portanto, influencia na sensação geral de bem estar (GAZIT-RAPPAPORT; HAISRAELI-SHALISH; GAZIT, 2010). Pessoas satisfeitas com sua aparência dentofacial mostram-se comumente mais seguras, com elevada autoestima e possuem uma percepção mais agradável da sua autoimagem (PITHON et al., 2015; VAN WEZEL; BOS; PRAHL, 2015). Enquanto pacientes portadores de má oclusão dispõem não só de uma menor qualidade de vida, como também de maiores níveis de ansiedade (AZUMA et al., 2008).

O tratamento ortodôntico é projetado para corrigir e melhorar as condições que afetam as relações anatômicas e funcionais, a fim de obter harmonia e estética facial. A estética facial afeta como as pessoas são percebidas pela sociedade e como elas se percebem, sendo aceita como um importante fator psicossocial para o sucesso do tratamento odontológico (NICODEMO, 2007).

A adolescência é a fase mais apropriada para iniciar o tratamento ortodôntico, dada a possibilidade de modificar o crescimento craniofacial e a estética. Maloclusões podem influenciar negativamente a qualidade de vida de adolescentes (DIMBERG, 2015), afetando principalmente os aspectos sociais e emocionais (SCAPINI, 2013), especialmente em adolescentes com baixa auto estima (MARQUES, 2006). Aparência facial anormal e *bullying* podem estar relacionados à baixa autoestima na adolescência (DE OLIVEIRA, 2003), confirmando a interação de fatores clínicos e psicossociais na qualidade de vida neste estágio chave do desenvolvimento. No entanto, o descaso com o uso de aparelhos e a falta de cooperação com as instruções dadas pelo ortodontista são problemas comuns entre pacientes nesta faixa etária (ALBINO, 1991). Diferentes estudos avaliaram fatores que podem estar associados à falta de cooperação e sucesso do tratamento em ortodontia. O tipo de aparelho utilizado, a comunicação entre o paciente e os pais e a comunicação entre o paciente e o profissional parecem estar associados à cooperação (MEHRA, 1998), enquanto o material utilizado e o status econômico parecem não ter impacto no sucesso e adesão ao tratamento (PATEL, 1992).

Estudos revelam que entre adolescentes não é rara a constatação de comportamentos negligentes referentes aos cuidados com a saúde. A adolescência é reconhecida como um período em que o risco do desenvolvimento de cárie e de outras doenças bucais encontra-se aumentado em decorrência do precário controle do biofilme, do menor cuidado com a escovação e da maior ingestão de produtos com açúcar. (VAZQUEZ et al., 2015).

É importante ressaltar que os adolescentes, de um modo geral, demonstram uma grande variabilidade de maturidade emocional, tornando bastante instáveis suas atitudes frente ao tratamento ortodôntico (MARIA et al., 2005). Por isso, segundo Feldstein (1959), existe uma necessidade de compreensão individual dos problemas dos adolescentes e, para isso, a abordagem a cada um deles deveria ser individualizada.

Vazquez et al. (2015), realizaram um estudo com o objetivo de detectar e discutir as justificativas apresentadas para a não adesão ao tratamento odontológico em um grupo de adolescentes diagnosticados com necessidades de tratamento de cárie e doença periodontal, encaminhados ao serviço público de saúde de Piracicaba/SP. Verificou-se que as principais

justificativas para a não adesão ao tratamento odontológico proposto estão relacionadas com diferentes lógicas de prioridades do grupo, ou seja, a necessidade de dedicar atenção à saúde bucal, na visão dos entrevistados, depende do que eles consideram urgente, importante e interessante. Os autores verificaram também que no grupo estudado, que pertence a uma área de vulnerabilidade e risco social, o aparelho ortodôntico mostrou-se como potente estimulador do interesse na área odontológica por ser considerado por eles um acessório ou um adorno que é referência de status e que reflete um desejo de consumo, bem como “estar na moda” e “ficar bonito”. A noção de usar aparelho para eles estava fora da lógica da saúde e dentro da lógica do consumo.

2.2 FATORES QUE INFLUENCIAM A DURAÇÃO DO TRATAMENTO ORTODÔNTICO

Ao realizar uma consulta inicial, todo ortodontista é incitado a responder perguntas sobre a duração do tratamento proposto. A resposta a essa pergunta geralmente depende, entre outros fatores, da experiência do profissional e isso, por sua vez, pode depender de sua formação científica, habilidades técnicas, modelos de prática de gestão, além de fatores relacionados ao paciente (MAVREAS, 2008). O sucesso na prática ortodôntica é influenciado por uma previsão precisa da duração do tratamento (SHIA, 1986).

A duração do tratamento é uma grande preocupação tanto para os pacientes quanto para os ortodontistas. Os pacientes necessitam saber a duração do tratamento para que possam estimar o custo total do mesmo e os desconfortos causados pelo aparelho. Não há um consenso na literatura sobre a duração ideal do tratamento ortodôntico.

Segundo MELANI, em 2006, o tempo de duração do tratamento ortodôntico está entre 2 e 3 anos. Já FLEMING et al, em 2010, sugeriram de 15 a 24 meses como um tempo típico de tratamento com aparelho fixo.

O tratamento ortodôntico geralmente é realizado através da utilização de aparelhos fixos compostos por bráquetes, bandas e arco ortodôntico e visa alcançar o posicionamento preciso dos dentes. Este fenômeno só é possível devido à aplicação de forças no elemento dental que o induzem ao movimento, permitindo então, que o ortodontista o reposicione em uma posição mais funcional e estética. Além dos fatores biológicos envolvidos na movimentação dentária, vários outros fatores afetam a duração de um tratamento ortodôntico. Segundo Melo et al. (2013), vários estudos já foram realizados visando investigar os fatores que podem influenciar o tempo de duração do tratamento ortodôntico. Entre esses fatores estão o envelhecimento, o sexo, o uso de bráquetes de cerâmica versus metal, a relação molar no início do tratamento, a

gravidade inicial da maloclusão, a realização de extrações dentárias durante o tratamento, número de consultas perdidas, quebras do aparelho ortodôntico, grau de higiene oral, experiência do ortodontista e o descumprimento dos pacientes nas recomendações referentes ao uso de elásticos intraorais.

Beckwith et al (1999) coletaram dados de 140 pacientes completados consecutivamente em cinco consultórios ortodônticos e descobriram que o tempo médio de tratamento foi de 28,6 meses. Com o objetivo de identificar os fatores primários que influenciam a duração do tratamento ortodôntico, trinta e uma variáveis relacionadas às características do paciente, fatores diagnósticos, modalidade de tratamento e cooperação do paciente foram avaliadas. Com base nos resultados do estudo as seguintes conclusões puderam ser tiradas: mais da metade da variação encontrada na duração do tratamento ortodôntico pode ser explicada por seis variáveis (três relacionadas principalmente à cooperação do paciente, duas relacionadas à modalidade de tratamento e uma associada às diferenças dos consultório); faltas às consultas, bráquetes quebrados e má higiene bucal foram fatores de cooperação do paciente que contribuíram significativamente para aumentar o tempo de tratamento e a variável mais significativa medida no estudo para explicar as diferenças na duração do tempo de tratamento foi o número de consultas perdidas.

Bukhari et al. (2016), realizaram um estudo visando determinar se certos fatores estavam associados à pacientes que costumam não comparecer regularmente às consultas ortodônticas. Foi verificado se um conjunto de variáveis coletadas durante a primeira consulta ajudaria a prever o possível futuro comportamento de presença dos pacientes. Os achados indicaram que a frequência às consultas estava fortemente correlacionada à duração do tratamento e à prática de higiene oral. Os pacientes que realizavam boa higiene bucal diariamente apresentaram maior probabilidade de comparecimento às consultas e a motivação dos pacientes e a frequência às consultas diminuíram à medida que o tempo do tratamento ortodôntico aumentava.

DANIELS et al, em 2009, afirmaram que a colaboração do paciente é um fator essencial no sucesso do tratamento ortodôntico e a falta de cooperação com o tratamento tem um efeito significativo no tempo que um paciente deve usar aparelhos ortodônticos.

Para Normando (2017), cientificamente há alguns sinais de que o fator que mais influencia no prolongamento do tempo do tratamento ortodôntico é o próprio paciente. A colaboração do paciente parece ser a chave-mestra. Dois outros estudos (MELO et al, 2013; BISHARA et al, 2016) investigaram também a influência desse fator, mensurando-o pelas faltas às consultas, pelo uso de elásticos e por quantas vezes o paciente “quebra” o aparelho. Os

resultados apontaram que aproximadamente 50% da variabilidade do tempo de tratamento encontram-se nas mãos dos pacientes.

Para Nanda e Michael (1992), embora o conhecimento e as habilidades do ortodontista sejam significativos no sucesso do tratamento ortodôntico, a cooperação dos pacientes desempenha um papel importante na obtenção dos resultados dentro de um período de tempo desejável. Além disso, esses mesmos autores citam que a negligência por parte dos pacientes em seguir as instruções recomendadas pelo ortodontista pode levar não só ao comprometimento do tratamento, como pode retardar o progresso e levar a frustração. Para eles a cooperação do paciente é o fator mais importante que todo ortodontista irá enfrentar e é expressa pela regularidade de comparecimento às consultas, pelo uso correto dos elásticos intermaxilares e aparelhos removíveis, pela abstenção de mastigar alimentos duros que distorcem os arcos e descolam os bráquetes e pela manutenção de higiene bucal adequada.

KIYAMEHR ET AL, em 2022, avaliaram os efeitos de seis fatores que afetam a duração do tratamento ortodôntico: idade, gênero, plano de tratamento, frequência de faltas às consultas agendadas, duração da ausência e frequência do descolamento de braquetes. Os resultados mostraram que a frequência de consultas perdidas, tipo de plano de tratamento e frequência de descolagem de braquetes tiveram o maior efeito no aumento da duração do tratamento, em ordem decrescente.

Para Shia (1986) o sucesso na prática ortodôntica está ligado à previsão precisa da duração do tratamento. Visando identificar as principais causas de prolongamento do tempo do tratamento ortodôntico em seu consultório particular, este autor examinou 500 casos tratados consecutivamente e verificou que a má cooperação do paciente, consultas perdidas e quebra do aparelho foram os três principais fatores que causaram aumento do tempo dos tratamentos.

Segundo os estudos de Beckwith et al.(1999) e Bukhari et al.(2016), cada consulta perdida, higiene oral ineficiente, elásticos não utilizados e substituição de braquetes ou bandas adicionam 1 mês, 0,67 mês, 1,4 mês e 0,6 mês para o prolongamento do tratamento, respectivamente.

O controle de custos é um conceito importante nos cuidados de saúde. Deve-se notar que o prolongamento da duração do tratamento compromete este aspecto importante do tratamento, ou seja, a relação custo-benefício para os pacientes. O tempo de tratamento prolongado pode ser prejudicial para a eficiência de uma prática ou de um sistema nacional de saúde (TURBILL ET AL., 2001). Adicionalmente, tratamento mais curtos são frequentemente associados a menos efeitos colaterais (LINGE 1991, GRABER ET AL., 2004; SEGAL ET AL., 2004; FOX, 2005).

Podemos assim notar que os fatores que influenciam o tempo de tratamento ortodôntico podem ser divididos entre fatores relacionados ao paciente e ao profissional. Entre os fatores relacionados ao paciente, podemos citar as características clínicas do paciente (FISHER, 2010), a severidade da maloclusão, grau de colaboração, higiene oral e descolamento de bráquetes. Entre os fatores relacionados ao profissional estão decisões clínicas dependentes do profissional que conduz o caso (SKIDMORE, 2006), como, por exemplo, sua experiência clínica (ABID, 2021), o planejamento de extrações e até mesmo a condução do caso por diferentes profissionais (MAVREAS, 2008).

2.3 PRÁTICAS DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA MUDANÇA DE COMPORTAMENTO E PROMOÇÃO DA SAÚDE

Educação em saúde pode ser definida como um conjunto de práticas pedagógicas, participativas, que engloba saberes que compreendem os diversos campos de atuação e que empoderam os indivíduos e as comunidades a desenvolverem suas capacidades como resultado de uma práxis baseada em reflexão crítica sobre a realidade. É um importante instrumento para se promover a participação ativa das pessoas na conquista de sua autonomia e é uma das estratégias básicas para promoção de saúde (BRASIL, 2009).

As práticas de educação em saúde promovem mudança de comportamento, aumento da adesão ao tratamento e o empoderamento do paciente (LIMA *et al.*, 2019). O Projeto Adesão da Organização Mundial da Saúde (OMS) adota como definição de adesão a tratamentos as definições de Haynes (1979) e Rand (1993), que definem adesão como um comportamento de seguir uma recomendação médica, ou de outro profissional de saúde.

Um dos grandes desafios é saber como motivar e investir no processo educativo. Segundo Gagné e Briggs (1974) a motivação é amplamente reconhecida, e com ela a necessidade de criar condições prévias e adicionais de interesse, e também mantê-los à medida que a compreensão do processo de aprendizado do autocuidado vai ocorrendo, estabelecendo novas condições que influenciem. DeBiase (1991) define motivação como forças internas e externas que conduzem e incitam a satisfação de uma necessidade.

Com isso, as ações de educação e promoção em saúde bucal destinadas a incentivar os cuidados aplicados nesta área devem, necessariamente, identificar as fontes de motivação e formas de satisfação pessoal e, principalmente, reforçar as informações trazendo a sedimentação dos conhecimentos para que o efeito de tais ações não se perca no tempo (VAZQUEZ *et al.*, 2015).

A educação em saúde tradicional traduz-se em atividades preventivas, com foco nas doenças, como evitá-las, suas consequências e seu reestabelecimento, utilizando-se de ações prescritivas, contemplando temas relacionados com a doença e com o seu tratamento. Já as práticas de educação em saúde contemporâneas são dialógicas, abordam temas que estão relacionados com o cotidiano das pessoas, como lazer, alimentação saudável e conhecimento popular (LIMA *et al.*, 2019).

De acordo com as diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal, os conteúdos de educação em saúde bucal devem ser pedagogicamente trabalhados, preferencialmente de forma integrada com as demais áreas. Poderão ser desenvolvidos na forma de debates, oficinas de saúde, vídeos, teatro, conversas em grupo, cartazes, folhetos e outros meios (BRASIL, 2004).

O autocuidado apoiado pelo profissional de saúde é uma estratégia para corresponsabilização da pessoa pelo cuidado, a partir da consciência sobre sua condição de saúde e do seu papel nesse processo (LIMA *et al.*, 2019).

Para Sesc (2007) a educação em saúde trata-se de uma prática educativa dialógica e participativa, voltada para o reforço da auto-estima, a ampliação de conhecimentos e o desenvolvimento da autonomia.

Estar atento aos aspectos de natureza cultural e antropológica que determinam os comportamentos com relação à saúde bucal significa relacionar-se com cada cliente, vendo-o por inteiro, como sujeito singular que tem história própria, valores, hábitos, costumes, paixões e conflitos (SESC, 2007).

Para tal, é necessário suprimir práticas educativas prescritivas, onde o profissional define comportamentos e atitudes que devem ser assumidos pela clientela. Saúde tem a ver com qualidade de vida e a educação deve ser pensada, por isso, em seu sentido emancipatório, de constituição de sujeitos capazes de atuar individual e coletivamente em prol de uma vida melhor. A base da ação educativa é o conhecimento progressivo das pessoas atendidas, possibilitado pela escuta atenta e interessada, de forma a desenvolver um vínculo de respeito e confiança mútua e possibilitar a co-participação no processo de resolução dos problemas identificados (SESC, 2007).

A literatura revela que a formação de recursos humanos em saúde, especialmente na odontologia, raramente tem oferecido o treino observacional de comportamento ou de manejo em ciências do comportamento. Assim percebe-se que o modelo de ensino vigente, enfatiza a visão biomédica, que se centra no domínio cognitivo e instrumental. Como consequência desta orientação formativa, o dentista sente dificuldade para identificar, observar e vivenciar processos

reflexivos que propiciem mudanças de comportamento e que efetivamente atinjam a promoção da saúde (POSSOBON et al., 2007; PICO; KOPP, 2014).

Enquanto o ortodontista é exaustivamente treinado em mecanoterapia, relativamente pouca atenção é dispensada à motivação de seus pacientes (MARIA et al., 2005). Baseado nesta preocupação, Graber (1971) considerou fundamental avaliar questões como a personalidade do ortodontista, o comportamento psicossocial dos pacientes, o impacto da equipe clínica, além da participação da família durante o tratamento ortodôntico. Considerou ainda que mais importante que qualquer aparelho, é a motivação destes pacientes e, por isso, delicadeza, empatia e atenção devem ser empregadas para que a criança ou adolescente crie uma imagem positiva em relação ao tratamento ortodôntico.

O objetivo é contribuir para tornar as pessoas cada vez mais capazes de pensar e analisar criticamente as relações do processo saúde–doença bucal com seus determinantes econômicos, sociais, políticos, culturais, ambientais, e também biológicos (SESC, 2007).

Na atuação clínico odontológica é característica a ação educativa de abordagem individual, mas o desenvolvimento de práticas grupais de educação no campo odontológico trazem vantagens para a aprendizagem por permitirem “que os participantes se deparem com muitas formas de viver uma mesma situação, possibilitando um conhecimento amplo e aumentando a experiência de cada componente (SESC, 2007).

Na abordagem individual, que pode ser realizada a cada consulta, é preciso substituir modelos ancorados em práticas de comunicação unidirecional, dogmática e autoritária, com foco na transmissão de informação, por discussão e reflexão, desencadeadas pela problematização de temas de saúde bucal. Torna-se imprescindível a abertura ao diálogo e à troca mediados pelos valores e vivências dos sujeitos envolvidos. Afirmar o sujeito do tratamento é acreditar e investir na prevenção e no autocuidado (SESC, 2007).

Esse é o desafio que se configura, então, para os trabalhadores envolvidos na atenção à saúde bucal, requerendo desenvolver habilidades profissionais necessárias ao estabelecimento de uma comunicação efetiva que produza conhecimento. Dentre essas habilidades, destacamos: propiciar um espaço para que o cliente possa expressar aquilo que sabe, pensa e sente em relação a sua situação de saúde; empregar uma linguagem clara ao prestar informações apropriadas às reais expectativas, dúvidas e necessidades do cliente e adequadas do ponto de vista técnico-científico; acolher o cliente, prestando o apoio emocional que se revele necessário (SESC, 2007).

As atividades educativas grupais favorecem a construção coletiva do conhecimento, a análise da realidade, a confrontação e o intercâmbio de experiências e o fortalecimento da autonomia, por meio de estratégias que estimulam e criam condições para a participação e

integração dos seus membros, a dinamização da comunicação e a cooperação no esforço de encontrar soluções para as necessidades dos participantes em seu cotidiano e contexto de vida (SESC, 2007).

A palavra-chave é participação. É necessário que nos encontros com a clientela se alcance o respeito mútuo às convicções e à autonomia de cada participante (SESC, 2007).

3 O PROJETO DE INTERVENÇÃO

O presente trabalho consiste em um projeto de intervenção, desenvolvido na OCM. Como tal, tem a finalidade de modificar uma situação problemática, através de um conjunto de meios, organizados em um contexto, em um dado momento. O projeto descreve e analisa o problema, com a finalidade de propor soluções para resolvê-lo ou diminuí-lo efetivamente, de acordo com os conceitos e ferramentas do enfoque estratégico situacional.

Para a identificação da situação problema foi realizado um *brainstorming* entre os ortodontistas da Clínica de Ortodontia da OCM. O problema prioritário e suas possíveis causas foram selecionados. A partir destas, foram selecionadas as causas críticas, ou seja, as causas onde a autora tivesse governabilidade, que permitisse ação gerencial e reduzisse ou eliminasse o problema. Foi realizada uma pesquisa bibliográfica através de livros, artigos, revistas e publicações sobre o tema para ser utilizada como referencial teórico e coleta de dados para a identificação dos descritores.

A OCM é um órgão público federal da administração direta, com autonomia administrativa, inserida na estrutura do Ministério da Defesa (MD), no Comando da Marinha (CM), diretamente subordinada ao Centro Médico Assistencial da Marinha (CMAM). Está localizada no centro da cidade do Rio de Janeiro, no interior do complexo do Comando do 1º Distrito Naval. Presta atendimento odontológico especializado a todos os militares da ativa e inativos, pensionistas e dependentes que indenizam o Fundo de Saúde da Marinha (FUSMA).

De acordo com seu Plano Estratégico Organizacional (PEO), a OCM tem como missão contribuir para a eficácia do SSM, no que concerne ao Subsistema Assistencial, com a realização de tarefas, como prestar assistência odontológica no eixo da atenção especializada de média complexidade; planejar e executar programas de prevenção e promoção de saúde; desenvolver pesquisas ligadas à área odontológica, de interesse para a Marinha do Brasil; e executar e subsidiar o planejamento de palestras e cursos relativos à área odontológica.

A OCM, considerada a maior Odontoclínica da América Latina, possui 113 consultórios, distribuídos nas Clínicas de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial,

Dentística, Disfunção Temporomandibular e Dor Orofacial, Endodontia, Estomatologia e Patologia Bucal, Implantodontia, Odontogeriatrica, Odontologia Integrada, Ortodontia, Periodontia, Prótese Dentária, e nos Serviços de Radiologia Odontológica e Imaginologia, Semiologia e Odontologia Preventiva. Dispõe também de um laboratório de Prótese Dentária, outro de Ortodontia, uma sala equipada para o Serviço de Estabilização do Paciente (destinado àqueles pacientes que apresentarem intercorrências médicas), um Serviço de Enfermagem e Esterilização, uma Biblioteca, um Auditório e uma Sala de Aula.

A Clínica de Ortodontia da OCM é responsável por realizar tratamento ortodôntico nos pacientes que se enquadram na normatização DGPM 401 (3ª revisão, modificação 7) - Normas para Assistência Médico Hospitalar na Marinha (BRASIL, 2012). De acordo com esta DGPM apenas os pacientes que procuram o setor na faixa etária de 9 a 16 anos e que apresentam as maloclusões previstas nesta norma podem ser submetidos ao tratamento ortodôntico.

Assim, para dar início ao tratamento ortodôntico, o paciente precisa estar na faixa de idade entre 9 e 16 anos, porém na prática a Clínica de Ortodontia da OCM recebe pouquíssimos pacientes com menos de 12 anos. Isto acontece porque antes desta idade os pacientes geralmente são acompanhados/tratados pelo Serviço de Ortodontia Preventiva e Interceptativa que pertence a Clínica de Odontopediatria localizada na Policlínica Naval Nossa Senhora da Glória. É importante ainda citar que, devido ao longo tempo de duração dos tratamentos, os pacientes que iniciam o tratamento com 15/16 anos podem ficar como pacientes da clínica até 21/22 anos. Assim, o público da Clínica de Ortodontia da OCM se situa basicamente na faixa etária de 12 a 22 anos sendo, portanto, formado por adolescentes e jovens adultos.

Um dos objetivos estratégicos estabelecidos no PEO é a melhoria da qualidade e da resolubilidade dos atendimentos, com impactos no aprazamento. Neste enfoque, é importante que a Clínica de Ortodontia da OCM busque soluções para reduzir o tempo de duração dos tratamentos ortodônticos, para que mais altas sejam alcançadas e o intervalo de marcação entre as consultas seja menor.

3.1 DESCRIÇÃO E ANÁLISE DA SITUAÇÃO-PROBLEMA

O elevado tempo de duração dos tratamentos ortodônticos realizados na Clínica de Ortodontia da OCM foi identificado e considerado um problema que necessita de intervenção prioritariamente, pois tem sido constante ao longo dos anos e pode trazer diversas consequências.

Diversas causas podem ser relacionadas à elevação do tempo dos tratamentos realizados na Clínica de Ortodontia da OCM. Algumas são inerentes a questões de gestão do

serviço e a peculiaridades do SSM e outras estão relacionados aos pacientes ou aos profissionais. Foi realizado um *brainstorming* com os integrantes da Clínica de Ortodontia da OCM para listar as causas para o desencadeamento deste problema, e os fatores elencados foram:

- Baixa adesão dos pacientes quanto a higiene oral satisfatória e preservação dos componentes do aparelho;
- Absenteísmo às consultas. Para o adequado desenvolvimento do tratamento ortodôntico é fundamental o comparecimento regular às consultas;
- Falta de padronização dos registros no prontuário sobre diagnóstico e planejamento de cada caso;
- Mudança frequente de ortodontista responsável pelo andamento do caso. A elevada frequência de destaques e movimentações dos ortodontistas da clínica faz com que o paciente seja atendido por diversos profissionais durante o seu tempo total de tratamento e provoca rompimento do vínculo paciente-profissional;
- Desmotivação dos pacientes;
- Funções extras dos oficiais dentistas como serviço, participação em cerimônias e encargos colaterais afetam o aprazamento, pois consomem parte do tempo que poderia estar sendo destinado ao atendimento dos pacientes;
- Alta complexidade dos casos atendidos na Clínica de Ortodontia da OCM, conforme preconizado pela normatização presente na DGPM 401 (rev.3 mod.7), onde apenas os casos com comprometimento funcional são tratados. Casos de baixa complexidade com comprometimento apenas estético não são colocados em tratamento.

Visando reduzir o tempo médio de duração dos tratamentos ortodônticos e considerando a capacidade de governabilidade da autora, foram selecionadas como causas críticas a baixa adesão do paciente quanto a higiene oral satisfatória e preservação dos componentes do aparelho, e, a desmotivação do paciente.

No intuito de quantificar a gravidade da situação problema descrita acima, os indicadores utilizados foram o tempo médio de tratamento ortodôntico dos pacientes da Clínica de Ortodontia da OCM e o percentual de pacientes cujo tratamento foi maior que três anos de tratamento, podendo assim ser considerado um tempo maior que o referenciado na literatura.

Cabe, porém, uma ressalva quanto ao método utilizado para coletar as informações dos indicadores acima mencionados. Devido a pandemia do Covid-19, em 2020, os pacientes da Clínica de Ortodontia ficaram no mínimo 5 meses sem realizar as consultas, o que impactou diretamente no seu tempo de tratamento. Há ainda que citar os pacientes que, por motivos pessoais, sentiram-se desconfortáveis em retornar logo após a Clínica retomar os atendimentos

eletivos, atrasando ainda mais seu tratamento. Para eliminar qualquer viés proveniente deste fator, os anos de 2020 e 2021 foram desconsiderados da amostra coletada.

O levantamento do tempo médio de duração dos tratamentos ortodônticos finalizados na Clínica de Ortodontia da OCM em 2018 e 2019 resultou no descritor de tempo médio de 58 meses.

No segundo levantamento, verificou-se que 84% dos pacientes que receberam alta em 2018 e 2019 tiveram seu tempo de tratamento ortodôntico superior a três anos.

3.2 PROGRAMAÇÃO DAS AÇÕES

Problema a ser enfrentado: Elevado tempo médio de tratamento ortodôntico dos pacientes da Clínica de Ortodontia da OCM.

Descritores:

- Descritor 01: Tempo médio de duração dos tratamentos ortodônticos de 58 meses.
- Descritor 02: 84% dos pacientes com tempo de tratamento ortodôntico superior a três anos.

Indicadores:

- Indicador 01: Tempo médio de duração dos tratamentos ortodônticos.
- Indicador 02: Percentual de pacientes com tempo total de tratamento superior a três anos.
- Forma de cálculo 01: Cálculo do tempo médio de tratamento ortodôntico dos pacientes que tiveram alta entre 2018 e 2019. Foram considerados 380 pacientes que tiveram alta entre os meses de janeiro de 2018 e dezembro de 2019 na Clínica de Ortodontia.
- Forma de cálculo 02: Cálculo do percentual dos pacientes que tiveram alta entre 2018 e 2019 que tiveram seu tempo de tratamento ortodôntico superior a três anos. Foram considerados os mesmos 380 pacientes do indicador anterior.

Fonte: Clínica de Ortodontia da OCM.

Meta:

- Meta 01: Reduzir o tempo médio de duração dos tratamentos ortodônticos para 46 meses, até 2026.
- Meta 02: Reduzir para 72% o percentual de pacientes que tiveram seu tempo de tratamento superior a três anos, até 2026.

Resultados esperados:

Reduzir o tempo de tratamento, reduzir os custos associados, tanto para o paciente, como para a Instituição; aumentar a adesão ao tratamento, maior resolutividade do tratamento e alcançar maior rotatividade de pacientes na clínica de Ortodontia da OCM.

Quadro 1 – Matriz de Programação de Ações, causa crítica 1

Causa crítica 1: Baixa adesão do paciente quanto a higiene oral satisfatória e preservação dos componentes do aparelho.				
Ações	Recursos necessários	Produtos a serem alcançados	Prazo de conclusão	Responsável
Criar roteiro de vídeo educativo para ser apresentado na sala de espera	Cognitivo e organizativo	Roteiro criado	Outubro/22	CC Letícia e CT Daniel
Selecionar imagens para o vídeo	Cognitivo e organizativo	Imagens selecionadas	Novembro/22	CC Letícia e CT Daniel
Editar o vídeo	Cognitivo e organizativo	Vídeo editado	Novembro/22	CT Daniel
Fazer revisão do Termo de Consentimento Informado com o objetivo de melhorar a orientação dos responsáveis do paciente a respeito da importância da higiene oral no tratamento e alimentos que devem ser evitados	Cognitivo e organizativo	Termo de Consentimento Informado revisado	Setembro/22	CC Letícia e CF Lara
Estabelecer parceria com o Serviço de Prevenção para acompanhamento dos pacientes com higiene oral deficiente	Cognitivo e organizativo	Parceria estabelecida com a Prevenção	Outubro/22	CC Letícia e CT De Lima
Orientar os dentistas da Clínica de Ortodontia sobre os critérios para encaminhar os pacientes para o acompanhamento na Prevenção	Cognitivo e organizativo	Dentistas orientados	Outubro/22	CC Letícia
Monitorar a evolução dos pacientes através da aplicação na Prevenção do	Cognitivo e	Monitoramento	Novembro/22	CT De Lima

Índice de Placa Visível e do Índice de Sangramento Gengival em todas as consultas	organizativo	realizado	em diante	
---	--------------	-----------	-----------	--

Quadro 2 – Matriz de Programação de Ações, causa crítica 2

Causa crítica 2: Desmotivação do paciente				
Ações	Recursos necessários	Produtos a serem alcançados	Prazo de conclusão	Responsável
Selecionar pacientes em fase de finalização do tratamento para gravar depoimentos motivacionais visando incluí-los no vídeo	Cognitivo e organizativo	Pacientes selecionados	Novembro/22	1T Galdino e CC Letícia
Gravar depoimentos	Cognitivo e organizativo	Depoimentos gravados	Novembro/22	CT Daniel
Editar o vídeo	Cognitivo e organizativo	Vídeo editado	Novembro/22	CT Daniel
Montar equipe para realizar orientação dos profissionais da clínica visando aprimorar a relação entre dentista e paciente	Cognitivo e organizativo	Equipe estabelecida	Fevereiro/23	CC Letícia e CT Carolina Correa
Criar palestra para ser apresentada aos profissionais da clínica	Cognitivo e organizativo	Palestra criada	Abril /23	Equipe
Apresentar a palestra aos profissionais da clínica visando aprimorar a relação entre dentista e paciente	Cognitivo e organizativo	Palestra apresentada	Maio/23	Equipe
Fazer a catalogação de alastics coloridos	Cognitivo, organizativo e econômico	Alastics coloridos catalogados	Agosto/22	CT Soraia
Incluir alastics coloridos na	Cognitivo e organizativo	Alastics coloridos	Novembro/22	CF Lara e CT Soraia

estimativa de obtenção		incluídos na estimativa de obtenção		
Realizar a compra dos alastics	Organizativo e econômico	Alastics coloridos comprados	Maio/24	Centro de Obtenção da Marinha (COMRJ)
Buscar os alastics coloridos no COMRJ	Cognitivo e organizativo	Alastics coloridos recebidos na clínica	Junho/24	Sg Hugo
Criar equipe para coordenar atividades grupais com os adolescentes	Cognitivo e organizativo	Equipe criada	Fevereiro/23	CC Letícia e 1TGaldino
Planejar os temas a serem discutidos, as técnicas utilizadas e a periodicidade das atividades grupais	Cognitivo e organizativo	Planejamento feito	Março/23	Equipe
Realizar as atividades grupais	Cognitivo e organizativo	Atividades realizadas	Abril/23	Equipe

3.3 GESTÃO DO PROJETO

Em reunião com a Chefe da Clínica de Ortodontia, as propostas de ações foram apresentadas e contextualizadas com finalidade de auxiliar a solução ou redução da situação-problema. Após avaliar cada uma delas a Chefe da Clínica de Ortodontia concordou com a execução da maioria e sugeriu pequenos ajustes em duas delas.

O acompanhamento da execução das ações relacionadas às causas críticas trabalhadas neste projeto será de responsabilidade da autora e realizado mensalmente.

Devido ao longo tempo de tratamento as metas somente poderão ser verificadas no longo prazo, mas serão monitoradas semestralmente em parceria com a CC (CD) Ettore para verificar a necessidade de alguma adequação.

As seguintes ações já foram iniciadas:

a) Criar roteiro de vídeo educativo para ser apresentado na sala de espera:

O vídeo será criado em parceria com o Saúde Naval (SN) que é o setor de comunicação da Marinha responsável por criar as artes para divulgação de informações e orientações da área de saúde aos usuários do SSM.

Já existe um vídeo elaborado pelo SN a respeito de como realizar corretamente a higiene oral, porém esse vídeo não explica como proceder caso o usuário esteja usando aparelho ortodôntico, o que evidencia uma deficiência.

Em reunião com oficiais do SN foi apresentado de forma sucinta o projeto de intervenção e explicado a importância da confecção do vídeo. O SN tem a tendência priorizar a elaboração de artes voltadas para um público mais amplo, as quais podem ser utilizadas em diversas ou em todas as Organizações Militares (OMs) de saúde da Marinha do Brasil. Apesar dos tratamentos ortodônticos serem realizados de forma bastante centralizada na Marinha, sendo a OCM a única OM que o realiza na área do Comando do 1º Distrito Naval, devido a importância deste vídeo e o impacto que trará, o Saúde Naval concordou em produzi-lo, mesmo sendo voltado para um público bem específico. Entretanto, a maioria das ações para sua confecção serão iniciadas em novembro/22 devido à disponibilidade do SN.

Um roteiro inicial do vídeo já foi determinado, porém o roteiro definitivo ainda não está fechado e outras idéias poderão ser acrescentadas em busca de incluir questões importantes da adolescência que possam conquistar ainda mais a atenção dos pacientes. No roteiro inicial constam os seguintes tópicos:

- demonstração de como realizar a escovação e uso do fio dental com aparelho;
- apresentação de quais alimentos devem ser evitados para diminuir o risco de descolagem dos bráquetes e quebra dos aparelhos auxiliares.
- depoimentos de pacientes que estão numa fase mais adiantada do tratamento. Estes depoimentos serão utilizados para motivar os que estão iniciando, visto que o adolescente geralmente valoriza mais a opiniões de outros adolescentes do que de figuras de autoridade como os pais e dentista.

b) Fazer revisão do Termo de Consentimento Informado com o objetivo de obter maior comprometimento dos pais com o tratamento de seus filhos.

O Termo de Consentimento Informado da Clínica de Ortodontia é composto de um longo texto no qual estão incluídas informações relevantes, dentre elas a necessidade de colaboração por parte dos pacientes com a manutenção de higiene oral, a integridade do aparelho e o comparecimento periódico às consultas.

Esse termo é entregue ao responsável do paciente na consulta inicial para que seja lido, assinado e devolvido à Clínica de Ortodontia para arquivamento.

Ao assinar este documento o responsável autoriza a realização do tratamento ortodôntico de seu filho e assume que está ciente de todos os riscos previsíveis e dos fatores de colaboração do paciente necessários para o sucesso do tratamento.

Entretanto, por se tratar de um longo texto, muitos responsáveis acabam assinando o termo sem lê-lo.

A sugestão inicial era fazer uma revisão deste termo, tentando diminuí-lo para torná-lo mais atrativo à leitura e solicitar a assinatura dos dois responsáveis pelo paciente, quando possível, visando obter maior comprometimento dos pais com o tratamento. Entretanto ao avaliá-lo junto à chefia da clínica foi verificado que ao tentar diminuí-lo pode-se ter certo comprometimento com a segurança do setor em caso de judicialização. Então, foi optado pela estratégia de ao apresentar o termo ao responsável reforçar a importância de lê-lo atenciosamente antes de assiná-lo e solicitar a assinatura dos dois responsáveis pelo paciente, quando possível.

c) Estabelecer parceria com o Serviço de Prevenção para acompanhamento dos pacientes com higiene oral deficiente.

Ao longo do tratamento ortodôntico alguns pacientes comparecem à consulta de manutenção apresentando inflamação do periodonto, o que impede que a ativação do aparelho seja realizada. Se essa situação se torna recorrente, o tratamento ortodôntico passa a progredir muito lentamente e em certos casos torna-se até contra-indicada a continuidade do tratamento, o que leva a remoção do aparelho antes da resolução completa da maloclusão.

A parceria com o Serviço de Prevenção da OCM iniciou em outubro de 2022 possibilitando a criação de um fluxo no qual pacientes da Ortodontia com dificuldades de realizar a higiene oral e com presença de inflamação do periodonto são encaminhados para serem acompanhados mensalmente por este setor. Na consulta inicial na Prevenção os paciente são submetidos a aplicação do Índice de Placa Visível e ao Índice de Sangramento Gengival, para verificação do percentual de sítios com presença de placa bacteriana e inflamação gengival respectivamente, e mensalmente recebem tratamento periodontal básico e instrução de higiene oral. Esses pacientes são inscritos no Programa de Saúde Bucal e ficam sendo monitorados a cada comparecimento até alcançarem os percentuais aceitáveis nos dois índices.

d) Fazer catalogação de alásticos coloridos e fazer a inclusão na estimativa de obtenção.

Na literatura é relatado que um aspecto muito valorizado entre os adolescentes submetidos ao tratamento ortodôntico é a possibilidade de poder escolher as cores dos alásticos, que são os elásticos ortodônticos colocados ao redor dos bráquetes.

Uma boa parte dos pacientes, principalmente os mais novos, que estão na faixa de 12 a 16 anos pedem para usar cores variadas, mas a Marinha adquire apenas alásticos cinza e transparente.

Não há diferença de valor no mercado do preço cobrado entre as diferentes cores de alástico e o fato do paciente desta idade poder escolher a cor que irá colocar a cada consulta pode ser um ponto para incentivá-lo com tratamento.

A primeira etapa para a aquisição deste material, que é a sua catalogação, já foi realizada, e, a etapa seguinte que é inclusão na lista de obtenção, encaminhada anualmente ao Centro de Obtenção da Marinha no Rio de Janeiro, para que esta OM realize a compra do item também já foi efetuada.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com os conhecimentos adquiridos durante o Curso de Gestão em Saúde e a elaboração do projeto, esta autora passou a enxergar a prestação dos serviços de saúde de uma forma diferente. Muitos conceitos e estratégias aprendidas ao longo do curso ficaram muito bem consolidados e servirão de base para buscar sempre a melhoria dos processos e da qualidade dos serviços ofertados.

O objetivo deste trabalho é, primeiramente, reduzir a situação-problema identificada na Clínica de Ortodontia. Tal problema é um dos mais evidentes na clínica e necessita de intervenção de forma prioritária, por ser constante ao longo dos anos e trazer diversas consequências. Por ter sido enfatizado pelos integrantes do setor na reunião realizada e ser tão evidente, as duas oficiais da Clínica de Ortodontia, alunas do Curso de Especialização Gestão em Saúde, se interessaram por trabalhar o assunto. Assim, as etapas iniciais do projeto foram realizadas em dupla e a abordagem das causas críticas e seus desdobramentos individualmente.

As causas críticas exploradas por esta autora foram selecionadas por serem relativas à educação, motivação e mudança de comportamento de adolescentes, o qual é um considerado um processo desafiador e que muito interessa a esta autora. As ações da causa crítica 1 foram desenvolvidas com objetivo educativo, em busca da divulgação intensa aos pacientes e responsáveis de informações a respeito da técnica de higiene oral e alimentos que devem ser evitados para que ocorra o adequado progresso do tratamento. Já as ações da causa crítica 2 foram voltadas para a motivação no geral dos pacientes em busca de torná-los mais dedicados na realização de todas as condutas que interferem no tempo de tratamento e dependem principalmente das atitudes do paciente.

A realização deste projeto de intervenção está sendo uma experiência bastante gratificante e motivadora. A oportunidade de vivenciar um trabalho em dupla estimula a discussão, reflexão e intercâmbio de idéias, o que contribui para o crescimento profissional e pessoal. Embora o projeto não esteja concluído, sua elaboração permitiu que a autora se familiarizasse com a metodologia empregada, tão interessante e eficaz, e ao mesmo trouxe um conhecimento mais profundo sobre o tema, cujos efeitos afetam diretamente os tratamentos realizados na Clínica de Ortodontia da OCM.

Os principais resultados que se busca alcançar com este projeto de intervenção é a redução dos custos do tratamento, tanto para o paciente como para a instituição, maior adesão ao tratamento por parte dos usuários, maior resolutividade dos tratamentos e uma maior rotatividade de pacientes na Clínica de Ortodontia.

REFERÊNCIAS

- ABID, M.F.; ALHUWAIZI, A.F.; AL-ATTAR, A.M. Do orthodontists aim to decrease the duration of fixed appliance treatment? *J Orthod Sci*, v. 19, p. 10-16, 2021.
- ALBINO, J.E.N. *et al.* Cooperation of adolescents in orthodontic treatment. *J Behav Med*, v. 14, n. 1, p. 53–70, 1991.
- AZUMA, S. *et al.* Beneficial effects of orthodontic treatment on quality of life in patients with malocclusion. *Tohoku J Exp Med*, v. 214, n. 1, p. 39–50, 2008.
- BARBOSA, P.B.C. *et al.* Perception of laypersons and dentists regarding esthetic facial changes: a systematic review. *Bioscience Journal*, v. 32, n. 4, p. 1128-1137, 2016.
- BECKWITH, F.R. *et al.* An evaluation of factors affecting duration of orthodontic treatment. *Am J Orthod Dentofacial Orthop.*, v. 115, n. 4, p. 439-447, 1999.
- BICHARA, L.M. *et al.* Factors influencing orthodontic treatment time for non-surgical Class III malocclusion. *J Appl Oral Sci*, v. 24, n. 5, p. 431-436, 2016.
- BRASIL. Diretoria Geral do Pessoal da Marinha. *DGPM-401: Normas para Assistência Médico Hospitalar. Rev3-Mod7*. Rio de Janeiro, 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de monitoramento e avaliação da gestão do SUS. Temático Promoção da Saúde IV. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2009 Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/painel_indicadores_sus_promocao_saude.pdf. Acesso em: 13out. 2022.
- BRASIL. 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, 2004. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_brasil_sorridente.htm). Acesso em: 13out. 2022.
- BUKHARI, O.M.; SOHRABI, K.; TAVARES M. Factors affecting patients' adherence to orthodontic appointments. *Am J Orthod Dentofacial Orthop*, v. 149, n. 3, p. 319-324, 2016.

DANIELS, A.S.; SEACAT, J.D.; INGLEHART, M.R. Orthodontic treatment motivation and cooperation: A cross-sectional analysis of adolescent patients' and parents' responses. *Am J Orthod Dentofacial Orthop*, v.136, n. 6, p.780-787, 2009.

DE OLIVEIRA, C.M.; SHEIHAM, A. The relationship between normative orthodontic treatment need and oral health-related quality of life. *Community Dent Oral Epidemiol*, v.31, n.6, p 426–436, 2003.

DEBIASE, C.B. *Dental health education: theory and practice*. Pennsylvania: Lea & Febigertheory, 1991.

DIMBERG, L., ARNRUP, K.; BONDEMARK, L. The impact of malocclusion on the quality of life among children and adolescents: A systematic review of quantitative studies. *Eur J Orthod*, v. 37, n. 3, p. 238–247, 2015.

FELDSTEIN, L. Problems of orthodontics in treating adolescents. *Amer. J. Orthodont.*, v. 45, n. 2, p.131-40, 1959.

FISHER, M.A.; WENGER, R.M.; HANS, M.G. Pretreatment characteristics associated with orthodontic treatment duration. *Am J Orthod Dentofacial Orthop*, v. 137, n. 2, p.178-186, 2010.

FLEMING, P.S.; DIBIASE, A.T.; LEE, R.T. Randomized clinical trial of orthodontic treatment efficiency with self-ligating and conventional fixed orthodontic appliances. *Am J Orthod Dentofacial Orthop*, v. 137, n. 6, p. 738-742, 2010.

FOX, N. Longer orthodontic treatment may result in greater external apical root resorption. *Evidence-Based Dentistry*, v. 6, p. 21, 2005.

GAGNE, R., BRIGGS, L. *Principles of instructional design*. Nova Iorque: Holt, Rinehart and Winston, 1974.

GAZIT-RAPPAPORT, T.; HAISRAELI-SHALISH, M.; GAZIT, E. Psychosocial reward of orthodontic treatment in adult patients. *Eur J Orthod*, v. 32, n. 4, p. 441-446, 2010.

GRABER, T. M. Patient motivation. *J. Clin. Orthodont.*, v.5, n.12, p.670-88, 1971.

GRABER, T. M.; ELIADES, T.; ATHANASIOU, A.E. *Risk management in orthodontics: experts' guide to malpractice*. Chicago: Quintessence Publishing Co., 2004

HAYNES, R.B. Determinants of compliance: the disease and the mechanics of treatment. In: HAYNES, R.B.; TAYLOR, D.W.; SACKETT, D.L.(eds). *Compliance in Health Care*. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 1979.

KIYAMEHR, Z. *et al.* Factors Affecting the Duration of Fixed Orthodontic Treatment in Patients Treated in a University Department between 2016 and 2020. *Maedica*, v.17, n. 2, p. 380-386, 2022.

LIMA, G. C. B. B. *et al.* Educação em saúde e dispositivos metodológicos aplicados na assistência ao Diabetes Mellitus. *Saúde debate*, v. 43, n. 120, p. 150-158, 2019.

LINGE, L.; LINGE, B.O. Patient characteristics and treatment variables associated with apical root resorption during orthodontic treatment. *Am J Orthod Dentofac Orthop*, v. 99, n. 1, p. 35-43, 1991.

MARIA, F.G.T. *et al.* Influência da cooperação no planejamento e tempo de tratamento da má oclusão de Classe II. *R Dental Press Ortodon Facial*, v. 10, n. 2, p. 44-53, 2005.

MARQUES, L.S. *et al.* Malocclusion: Esthetic impact and quality of life among Brazilian schoolchildren. *Am J Orthod Dentofac Orthop*, v. 129, n. 3, p. 424–427, 2006.

MAVREAS, D.; ATHANASIOU, A.E. Factors affecting the duration of orthodontic treatment: a systematic review. *Eur J Orthod*, v. 30, n. 4, p. 386-395, 2008.

MEHRA, T.; NANDA, R.S.; SINHA, P.K. Orthodontists' assessment and management of patient compliance. *Angle Orthod*, v. 68, n. 2, p. 115-122, 1998.

MELANI, R.F.H.; SILVA, R.D. A relação profissional-paciente: o entendimento e implicações legais que se estabelecem durante o tratamento ortodôntico. *Rev Dent Press Ortod e Ortop Facial*, v. 11, n. 6, p. 104–113, 2006.

MELO, A.C.E.O. *et al.* Factors related to orthodontic treatment time in adult patients. *Dental Press J Orthod*, v. 18, n. 5, p. 59-63, 2013.

NANDA, R.S.; MICHAEL, J.K. Prediction of cooperation in orthodontic treatment. *Am J Orthod Dentofacial Orthop*, v. 102, p. 15-21, 1992.

NICODEMO, D.; PEREIRA, M.D.; FERREIRA, L.M. Cirurgia ortognática: abordagem psicossocial em pacientes Classe III de Angle submetidos à correção cirúrgica da deformidade dentofacial. *Rev Dent Press Ortod e Ortop Facial*, v. 12, n. 5, p. 46–54, 2007.

NORMANDO D. Por que alguns tratamentos demoram tanto e outros não? *Dental Press J Orthod*, v. 22, n. 2, p. 9-10, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/dpjo/a/6S7YCPwRHNqKBskGhc9FQjq/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em 9 set. 2022

PATEL, V. Non-completion of orthodontic treatment: a study of patient and parental factors contributing to discontinuation in the hospital service and specialist practice. *Br J Orthod*, v. 19, n. 1, p. 47–54, 1992

PICO, B.F.; KOPP, M.S. Paradigm shifts in medical and dental education: Behavioural sciences and behavioural medicine. *Euro J Dent Educ*; v. 8, n.1, p. 25-31, 2014.

PIOVESAN, J. *et al. Psicologia do Desenvolvimento e da Aprendizagem*. Santa Maria: UFSM, NTE, 2018.

PITHON, M. M. *et al.* Perception of Esthetic Impact of Smile Line in Complete Denture Wearers by Different Age Groups. *J Prosthodont*, v. 25, n. 7, p. 531–535, 2016.

POSSOBON, R.F. *et al.* O tratamento odontológico como gerador de ansiedade. *Psicologia em estudo*, v.12, n.3, p. 609-616, 2007.

PROFFIT, W.R.; FIELDS JR, H.W. *Ortodontia Contemporânea*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

RAND, C.S. Measuring adherence with therapy for chronic diseases: implications for the treatment of heterozygous familial hypercholesterolemia. *Am J Cardiol*, v.72, p. 68-74, 1993.

SCAPINI, A. *et al.* Malocclusion impacts adolescents' oral health-related quality of life. *Angle Orthod*, v. 83, n. 3, p. 512–518, 2013.

SEGAL, G. R.; SCHIFFMAN, P.H.; TUNCAY, O.C. Meta analysis of the treatment factors of external apical root resorption. *Orthodontics and Craniofacial Research*, v. 7, p. 71–78, 2004.

SESC. DN. DPD *Manual técnico de educação em saúde bucal* / Claudia Márcia Santos SESC, coordenadora. Rio de Janeiro : SESC, Departamento Nacional, 2007

SHIA, G.J. Treatment overruns. *J Clin Orthod*; v. 20, p. 602-604, 1986.

SKIDMORE, K.J. *et al.* Factors influencing treatment time in orthodontic patients. *Am J Orthod Dentofacial Orthop*, v. 129, n.2, p. 230-238, 2006.

STEELE, J.G. *et al.* Clinical factors related to reported satisfaction with oral function amongst dentate older adults in England. *Community Dent. Oral Epidemiol*, v. 25, n. 2, p.143–149, 1997.

TURBILL, E. A.; RICHMOND, S.; WRIGHT, J. L. The time-factor in orthodontics: what influences the duration of treatments in the National Health Service practices? *Community Dent. Oral Epidemiol*, v. 29, n.1, p. 62–72, 2001.

VAZQUEZ, F. L. *et al.* Estudo qualitativo sobre as justificativas de adolescentes para a não adesão ao tratamento odontológico. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 20, n.7, p. 2147-2156, 2015.