



INSTITUTO UNIVERSITÁRIO EGAS MONIZ

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA DENTÁRIA

**O PARADIGMA DA QUALIDADE NA MEDICINA
DENTÁRIA**

Trabalho submetido por

Diogo da Silva Cardoso

para a obtenção do grau de Mestre em Medicina Dentária

Outubro de 2018



INSTITUTO UNIVERSITÁRIO EGAS MONIZ

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA DENTÁRIA

O PARADIGMA DA QUALIDADE NA MEDICINA DENTÁRIA

Trabalho submetido por
Diogo da Silva Cardoso
para a obtenção do grau de Mestre em Medicina Dentária

Trabalho orientado por
Dr. Rui Joaquim Barroso da Lama Relvas

Outubro de 2018

Dedicatória

“A curiosidade do espírito na busca de princípios certos é o primeiro passo para a conquista da sabedoria”

Sócrates

Dedico este trabalho a todos aqueles que têm em si a constante a procura pelo conhecimento.

Agradecimentos

Ao Professor Doutor Rui Relvas, um verdadeiro líder e sportinguista, expresso a minha profunda gratidão por todo o interesse, dedicação, disponibilidade, ajuda e paciência no decorrer deste percurso, sempre com um sorriso na cara. Foi um prazer e privilégio tê-lo como professor e orientador.

Agradeço aos meus pais, a quem devo mais do que a vida, aqueles que me transmitiram valores fundamentais para a vida e que sem eles, nada disto teria sido possível. Um sincero obrigado.

Ao meu irmão Guilherme, pela paciência que tem em aturar-me no dia a dia, ajudando-me sempre que pode. É um verdadeiro orgulho ser teu irmão e presenciar o teu crescimento todos os dias.

Ao meu avô António por estar presente comigo todos os dias, presenciando também os dramas naturais inerentes a este percurso académico.

À minha avó Lúcia, pela simpatia e preocupação demonstrada ao longo desta etapa, uma verdadeira fonte de inspiração.

À minha avó Ermelinda e ao meu avô Manuel, duas pessoas que nas adversidades, souberam sempre dar a volta por cima e, que, contribuíram para o meu crescimento pessoal. Que continuem a olhar por todos nós, um até já.

Agradeço aos meus primos, primas, tias, tios e padrinhos pelo apoio e motivação demonstrados.

Ao João Barreto, Roman Krasnevsky, Filipe Leitão Moreira e ao Tiago Carvalho por todas as aventuras e histórias que se tornaram memórias que durarão para sempre. Foi um orgulho estar presente do vosso lado nesta incrível epopeia. São com certeza amigos que levo para o resto da minha vida, obrigado.

À Filipa Pereira por ter estado ao meu lado nestes dois últimos anos, obrigado por me teres ajudado a crescer enquanto médico dentista.

À Ana, por ter estado sempre ao meu lado no decorrer deste trabalho, muito obrigado pela constante motivação, paciência e carinho demonstrado. É uma felicidade ter-te ao meu lado.

Resumo

A qualidade na medicina dentária tem vindo a ser tema com interesse aumentado nos tempos que correm.

A qualidade é um conceito que tem sido difícil de definir ao longo do tempo, visto que os costumes e hábitos das civilizações não são imutáveis ao longo do tempo, a definição da mesma tem sofrido das mesmas mudanças que estão intrinsecamente ligadas com a época em que esta foi definida.

De maneira a que se consiga definir qualidade na medicina dentária, este trabalho refere várias componentes constituintes do mesmo e como tal primeiramente teremos que perceber quais os fatores subjacentes à qualidade no geral, para posteriormente podermos partir para a qualidade na medicina dentária, que vão desde a maneira como qualidade de serviço ao paciente pode ser avaliada, à utilização de estratégias para que haja um melhoramento da qualidade do serviço, qual a influência do tratamento realizado pelo médico dentista possui sobre a qualidade de vida do paciente, até aos índices de satisfação do paciente face à área da medicina dentária.

Cabe ao diretor clínico em conjunto com a equipa médica a imposição dos melhores parâmetros de qualidade na prática deste tipo de serviço a cada paciente, trabalhando todos com o mesmo objetivo, a satisfação do paciente.

Palavras-Chave: Qualidade, Qualidade de vida, Medicina dentária baseada na evidência, Satisfação.

Abstract

In the current era, quality in dentistry has been a topic of increasing interest.

Quality is a concept that has been difficult to define over time, since the customs and habits of civilizations are not unchanged over time, the definition of quality has suffered from the same changes that are intrinsically linked with the time when this has been defined.

In order to be able to define quality in dental medicine, this paper refers to several constituent components of the same and as such we will first have to perceive the intrinsic factors associated with quality in general so that we can later go on to quality in dentistry, ranging from the way in which quality of service to the patient can be evaluated, the use of strategies to improve the quality of the service, and the influence of the treatment performed by the dentist has on the quality of life of the patient, to the satisfaction indices of the patient. the dental area.

It is up to the clinical director, together with the medical team, to impose the best quality parameters in the practice of this type of service to each patient, working with the same objective, patient satisfaction.

Key Words: Quality, Quality of life, Evidence-based dental medicine, Satisfaction.

Índice

| | |
|--|----|
| I.Introdução | 9 |
| 1. Definição de conceito..... | 9 |
| II. Desenvolvimento | 11 |
| 1. Evolução do conceito de Qualidade | 11 |
| 1.1 Qualidade é excelência..... | 11 |
| 1.2 Qualidade é valor | 12 |
| 1.3 Qualidade como conformidade com as especificações | 13 |
| 1.4 Qualidade é ir de encontro às expectativas do cliente..... | 15 |
| 2. Qualidade nos Serviços | 17 |
| 3. Qualidade nos serviços de saúde..... | 18 |
| 4. Qualidade do serviço e SERVQUAL..... | 19 |
| 5. Ciclo de desenvolvimento continuo da qualidade..... | 21 |
| 6.Ciclo PDSA..... | 23 |
| 7. Qualidade de vida..... | 25 |
| 8. Relação Saúde e qualidade de vida | 29 |
| 9. Relação Saúde Oral e qualidade de vida | 30 |
| 9.1 Cárie Dentária | 32 |
| 9.2 Endodontia | 33 |
| 9.3 Disfunção temporomandibular..... | 33 |
| 9.4 Ortodontia | 34 |
| 9.5 Periodontologia | 35 |
| 9.6 Perda de peças dentária | 36 |
| 10.Uso do ciclo de desenvolvimento continuo da qualidade na Medicina Dentária..... | 37 |
| 11. Medicina Dentária baseada na evidência | 39 |
| 12. Satisfação e qualidade na medicina dentária..... | 42 |
| III. Conclusão | 47 |
| IV. Bibliografia | 49 |

Índice de Figuras

| | |
|--|----|
| Figura 1- Dimensões SERVQUAL adaptada de (Kumar, Tat Kee, & Taap Manshor, 2009)..... | 20 |
| Figura 2- Ciclo PDSA, adaptada de(NHS Improvement, 2017) | 23 |
| Figura 3- Relação da qualidade de vida com saúde e doença, adaptada de (Slade, 1997)..... | 29 |
| Figura 4- Modelo de Saúde Oral (adaptado de Locker, 1988) | 31 |
| Figura 5- : Fatores que possuem influência na qualidade da consulta de medicina dentária, adaptada de (Donabedian, 1988) | 45 |

I.Introdução

1. Definição de conceito

O conceito qualidade define-se como sendo a propriedade ou condição natural de uma pessoa ou coisa para com as outras, havendo assim a sua distinção (Porto Editora, 2016).

Da mesma maneira que é retratada como sendo a abordagem de uma organização de maneira a que esta venha de encontro às necessidades e expectativas dos seus clientes, sendo que esta abordagem passa por um envolvimento de todos os seus intervenientes, tais como gerentes e empregadores com recurso a métodos que tragam um benefício aos seus processos, serviços e produtos da mesma organização (European Organization for Quality Control).

Segundo a American Federal Office of Management, a qualidade é caracterizada como sendo a abordagem total de uma organização de maneira a atender às necessidades e expectativas dos seus clientes.

II. Desenvolvimento

1. Evolução do conceito de Qualidade

Ao longo dos tempos, a definição do conceito de qualidade tem sofrido várias alterações, como tal, a procura de uma definição global sobre o mesmo não acontece, deparamo-nos sim com diferentes definições que se adequam às suas diferentes circunstâncias (Reeves & Bednar, 1994).

Iremos falar então dos diferentes conceitos e seus pontos fortes e pontos fracos

1.1 Qualidade é excelência

Discussões sobre este conceito começaram a ter sido em conta por grandes filósofos gregos, tais como Platão, Aristóteles, Sócrates entre outros. O ideal de qualidade para os mesmos seria “Aretê” é uma palavra que expressa o conceito grego de excelência, ligado à noção de cumprimento do propósito ou da função a que o indivíduo se destina, podendo também significar a coragem e a força necessária de enfrentar todas as adversidades, sendo considerado "o bom, a melhor das formas, o maior ideal de todos" (Pirsig, 1974: 373). Segundo esta definição, qualidade representa um pouco mais do que é considerado o juízo de valor criado pelo indivíduo a um produto ou serviço prestado. Em áreas como a religião, a música, a escultura e a pintura, pode não ser possível avaliar a qualidade em algo que não seja termos abstratos.

Pontos fortes

Defensores da qualidade como excelência defendem que qualidade é universalmente reconhecida, tornando-se uma referência de padrões intransigentes e uma grande conquista.

Definindo qualidade como valor ou conformidade com as especificações, a qualidade pode perder seu significado. Apesar de sabermos que o alcance da excelência poderá ser mesmo impossível, os defensores desta teoria defendem que o termo não é mal utilizado para descrever objetos que não têm conseguido ter representação de qualidade. (Reeves & Bednar, 1994)

Pontos Fracos

Ao definir qualidade como excelência, esta oferece quase nenhuma viabilidade prática a quem oferece o produto ou serviço, sendo que excelência se caracteriza por ser um conceito abstrato e subjetivo, quem e como é que podemos definir se há ou não excelência e como é que esta foi alcançada? Podemos colocar estas questões uma vez que os atributos de excelência vão sendo mudadas ao longo do tempo. (Reeves & Bednar, 1994)

1.2 Qualidade é valor

Começou-se a questionar a fiabilidade em definir de qualidade como excelência nos meados do século XVIII, quando empresários do ocidente começaram a selecionar mercados mais amplos para o comércio dos seus bens. As empresas começaram então a produzir bens mais baratos e inferiores para o mercado, o que fez com que a qualidade fosse relativa ao seu preço (Reeves & Bednar, 1994).

Pontos Fortes

No mercado, as decisões que levam ao consumidor realizar as suas compras são baseadas ao preço e qualidade. Poder definir qualidade como valor poderá dar nos uma recomendação mais acertada de como os produtos ou serviços são vistos no mercado e como essas decisões são tomadas (Reeves & Bednar, 1994).

Pontos Fracos

É difícil poder retirar os componentes individuais que são intrínsecos de um julgamento de valor, tanto que um investigador ou gestor saberia que componentes são relevantes e que componentes têm real peso na decisão para o consumidor.

Existe algum desacordo em definir qualidade como valor. Qualidade poderá ser um dos componentes presentes na noção de valor, mas o valor não é um sinónimo de qualidade (Reeves & Bednar, 1994).

1.3 Qualidade como conformidade com as especificações

A Europa, antes de 1930, era o líder mundial na indústria e modernização de processos que permitiram alcançar feitos revolucionários para a época na produção de têxtil e máquinas a vapor, no entanto, os fabricantes europeus não conseguiam transferir com eficácia essas vantagens a nível de produção aos seus bem produzidos em massa, visto que a produção desses mesmos era realizada por artesãos, dificultando assim o fabrico de produtos com qualidade. Foi só nos Estados Unidos em 1920, através do Departamento de Artilharia que solicitou armamento produzido em massa e que este pudesse ser fidedigno. A chave para a qualidade estaria na conformidade com as especificações, se as partes não fossem de encontro as suas especificações, estes não poderiam ser substituíveis, levando assim a uma falha em todo o sistema de produção. Para os fabricantes, qualidade teria que ser quantificável de maneira a que houvesse uma avaliação estatística para a poder medir. Qualidade subjetiva é importante, mas os padrões poderiam ser definidos e o desempenho poderia ser medido apenas para qualidade objectiva (Reeves & Bednar, 1994).

Pontos Fortes

Poder avaliar a qualidade utilizando a conformidade com as especificações é relativamente fácil. Uma organização poderá avaliar o progresso dos seus objetivos de qualidade medindo o quanto é que as suas conformidades vão de encontro às suas especificações. Definir qualidade através destes parâmetros poderá levar a um aumento na eficiência por parte da organização. Para os defensores desta definição tais como Crosby, Feigenbaum, Juran e Deming, também revelam que as necessidades dos clientes deverão ser a o principal motivo das especificações que estão estabelecidas. Se as necessidades dos clientes são tidas em consideração através de requerimentos específicos, então podemos dizer que definir qualidade como conformidade com as especificações é a definição mais apropriada e de fácil avaliação (Reeves & Bednar, 1994).

Pontos Fracos

A maior parte dos bens de consumo não são avaliados em termos de conformidade com as suas especificações. Os consumidores podem nem se quer saber o quão bem o produto ou serviço entra em conformidade com especificações internas, uma vez que para os consumidores, a performance é subjetiva. Esta definição não vai de encontro aos serviços, especialmente quando há uma alta concentração indivíduos envolvidos, dado que as interações humanas são parte integrante da qualidade em varias industrias, tornando-se difícil ou contra produtivo ir de encontro a específicos padrões. O estabelecimento de especificações adequadas é dependente de quem identifica as necessidades dos seus clientes, contudo, as preferências são mutáveis ao longo do tempo e especificações que até então se pensavam ser as corretas rapidamente se vão tornando irrelevantes (Reeves & Bednar, 1994).

1.4 Qualidade é ir de encontro às expectativas do cliente

A definição mais universal de qualidade é aquela que vai de encontro ou excede até as expectativas dos seus clientes. Esta definição desenvolveu-se quando os investigadores argumentavam que a definição de qualidade como conformidade com especificações não iria de encontro a características únicas dos serviços. Um fator importante para a divergência de definição de qualidade com conformidade com as especificações, para uma definição mais focada no cliente em si foi o papel desempenhado pelos serviços por parte dos Estados Unidos e outras economias ocidentais, isto deveu-se ao à proporção crescente de pessoas que têm vindo a trabalhar na área dos serviços ao longo das últimas décadas, levando assim a uma mudança de paradigma à maneira como se aborda e se define qualidade. O importante cargo levado a cabo pelos serviços e a incapacidade de os investigadores aplicarem as definições de qualidade aos serviços levou a um novo conceito de qualidade. Conceito esse que se tornou mais focado no próprio cliente, sendo que qualidade é apenas o que o cliente acha sobre o produto/serviço, recaindo assim a para o cliente o julgamento da qualidade de um determinado serviço ou produto (Reeves & Bednar, 1994).

Pontos Fortes

No mercado, o papel que a qualidade apresenta deverá ser avaliada através da perspectiva do cliente, visto que estes conseguem avaliar o quão bem um produto ou serviço vai de encontro às suas expectativas. Seguindo esta definição permite a incorporação de fatores subjetivos por parte dos investigadores e gestores que são fundamentais para o julgamento criado pelo cliente, mas difíceis de quantificar o seu peso no que determina se este serviço ou produto tem qualidade, sendo possível de saber o que realmente é importante para o cliente em vez do estabelecimento de metas baseadas no julgamento e opinião de um gestor que poderá não ter as decisões mais acertadas para a criação de um produto ou serviço mais acertadas. (Reeves & Bednar, 1994)

Pontos Fracos

Ir de encontro às necessidades e/ou necessidades de um cliente é a mais difícil definição de qualidade e como tal, tornando-se numa das mais difíceis de medir. Isto deve-se ao facto de os investigadores terem que ter em conta que clientes diferentes terão diferentes requisitos naquilo que são os atributos que tornam um produto ou serviço com qualidade.

Também teremos que ter em conta que muitas das vezes o cliente poderá não saber quais as suas expectativas para um determinado produto ou serviço, sendo que o cliente possa concluir se um produto ou serviço tem qualidade apenas depois de o ter experienciado, podendo não ir de encontro às suas expectativas. Porque diferentes clientes têm diferentes reações perante o mesmo produto, conseguir prever quando os atributos de um produto/serviço irão de encontro às expectativas de um cliente é bastante complexo (Reeves & Bednar, 1994).

2. Qualidade nos Serviços

Na indústria de serviços, as definições de qualidade tendem a concentrar-se em atender aos requisitos do cliente. A qualidade do serviço pode ser definida como um julgamento ou atitude em relação à excelência ou superioridade geral do serviço. Conseguir perceber a qualidade nos serviços torna-se indispensável para os prestadores de serviços de maneira a que haja a captação e a retenção de possíveis futuros clientes (Butt & de Run, 2010).

Definições da qualidade dos serviços andam em torno da ideia de que o resultado da comparação realizada pelos consumidores entre as expectativas do serviço e a sua percepção de como o serviço terá sido prestado (Caruana, Ewing, & Ramaseshan, 2000).

A característica mais importante dos serviços, e que a torna realmente única comparando com a venda de produtos é o fato de que os serviços serem processos e não objetos físicos. Isto significa que uma empresa de serviços não possui produtos, mas sim processos interativos (Grönroos, 2001).

Numa perspectiva de conseguir avaliar a qualidade de um produto, esta é vista como uma variável precisa e facilmente mensurável, visto que as diferenças de qualidade destes produtos refletem-se na quantidade de atributos, sendo que maior qualidade destes produtos é alcançada com recurso a mais gastos com o seu custo. Sendo que na qualidade de prestação de serviços, esta é comparada a satisfação do cliente, tendo um serviço com mais qualidade tem tradução direta na preferência do cliente, e como tal, um dos termos que os investigadores utilizam é a qualidade percebida de maneira a que possam medir a qualidade destes serviços. Podemos definir qualidade percebida como resultado de comparação de perspectivas do cliente a um determinado serviço (Yarimoglu, 2014).

3. Qualidade nos serviços de saúde

A qualidade nos cuidados de saúde tem sido uma questão de grande preocupação para os profissionais de saúde desde há um longo tempo. Conseguir ser capaz de compreender as opiniões dos clientes sobre a qualidade do serviço é fundamental para que qualquer prestador de serviços que esteja interessado em garantir que os seus serviços venham de encontro às necessidades dos seus pacientes. No entanto, as perceções de qualidade de serviço que os pacientes, muitas vezes, recebem pouca ou nenhuma atenção por parte dos programas de melhoria da qualidade dos serviços de saúde (Peer & Mpinganjira, 2011).

Nos cuidados de saúde, uma divisão entre a avaliação da qualidade dos provedores e dos pacientes é frequentemente encontrada. No entanto, muitas vezes, a avaliação do serviço prestado pela equipa médica ao paciente é menos tida em conta do que a avaliação de qualidade do mesmo serviço por parte do médico (Macur, 2013).

Conseguir melhorar a qualidade dos cuidados de saúde é uma alta prioridade nos sistemas de saúde ocidentais, uma vez que se encontra impulsionada por fatores como a redução de eventos adversos, a optimização da eficiência e o aumento da satisfação do paciente (Goetz, Campbell, & Broge, 2014).

Com esta melhoria irá fazer com que haja o aumento do número de reencaminhamentos dos pacientes por parte de colegas que sentem que o serviço prestado naquela unidade de saúde possui mais capacidade de dar o melhor tratamento ao paciente, também aumenta o número de procura do serviço por parte dos mesmos pacientes. O aumento destes dois fatores irá traduzir-se no aumento da reputação da unidade prestadora de serviços da área de saúde.

Aumentar o nível de qualidade do serviço também se traduz diretamente na redução de custos, aumento da quota de mercado, aumento da rentabilidade e melhoria significativa da eficácia dos mesmos (Izadi, JAHANI, Rafiei, Masoud, & Vali, 2016).

4. Qualidade do serviço e SERVQUAL

Perceber realmente o impacto que o papel da qualidade apresenta no mercado de prestação de serviços é indispensável para que os prestadores dos mesmos possam atrair e fidelizar pacientes. Uma das maneiras mais frequentemente utilizadas para que estes possam avaliar se o serviço possui qualidade suficiente para que possa haver retenção dos pacientes é através do uso de uma ferramenta de diagnóstico como o uso do questionário SERVQUAL. Questionário esse que se tornou no modelo preferido para a medição da qualidade percebida nos serviços devido à sua transversalidade em diferentes sectores, uma vez que pode ser modificada de maneira a que melhor possa ser melhor adaptada para os mesmos. Com o auxílio desta ferramenta, poderemos utilizar estratégias que irão de encontro à percepção que o paciente possui sobre o serviço prestado, contribuindo assim para um melhoramento significativo do mesmo (Caruana et al., 2000).

Para os defensores do uso desta escala, qualidade serviço deve ser medida pela subtração da percepção do paciente pela sua expectativa ($Q=P-E$) (Butt & de Run, 2010).

Este questionário, apresentado pelas tabelas que se seguem, consiste em pares de itens combinados; 22 itens de expectativa e 22 itens de percepções por parte do paciente, organizados em cinco dimensões:

Dimensão tangível, que avalia a aparência das instalações físicas, equipamentos e pessoal.

Dimensão da confiabilidade, que avalia a capacidade de executar o serviço prometido de forma confiável e precisa.

Dimensão da acessibilidade, que avalia a vontade de ajudar os clientes e fornecer pronto atendimento.

Dimensão da garantia, que avalia o conhecimento e a cortesia dos funcionários e sua capacidade de transmitir confiança aos seus clientes.

Dimensão da empatia, que avalia a prestação de cuidados e a atenção individualizada ao cliente (Parasuman, Zeithaml, & Berry, 1988).

Dimensões SERVQUAL

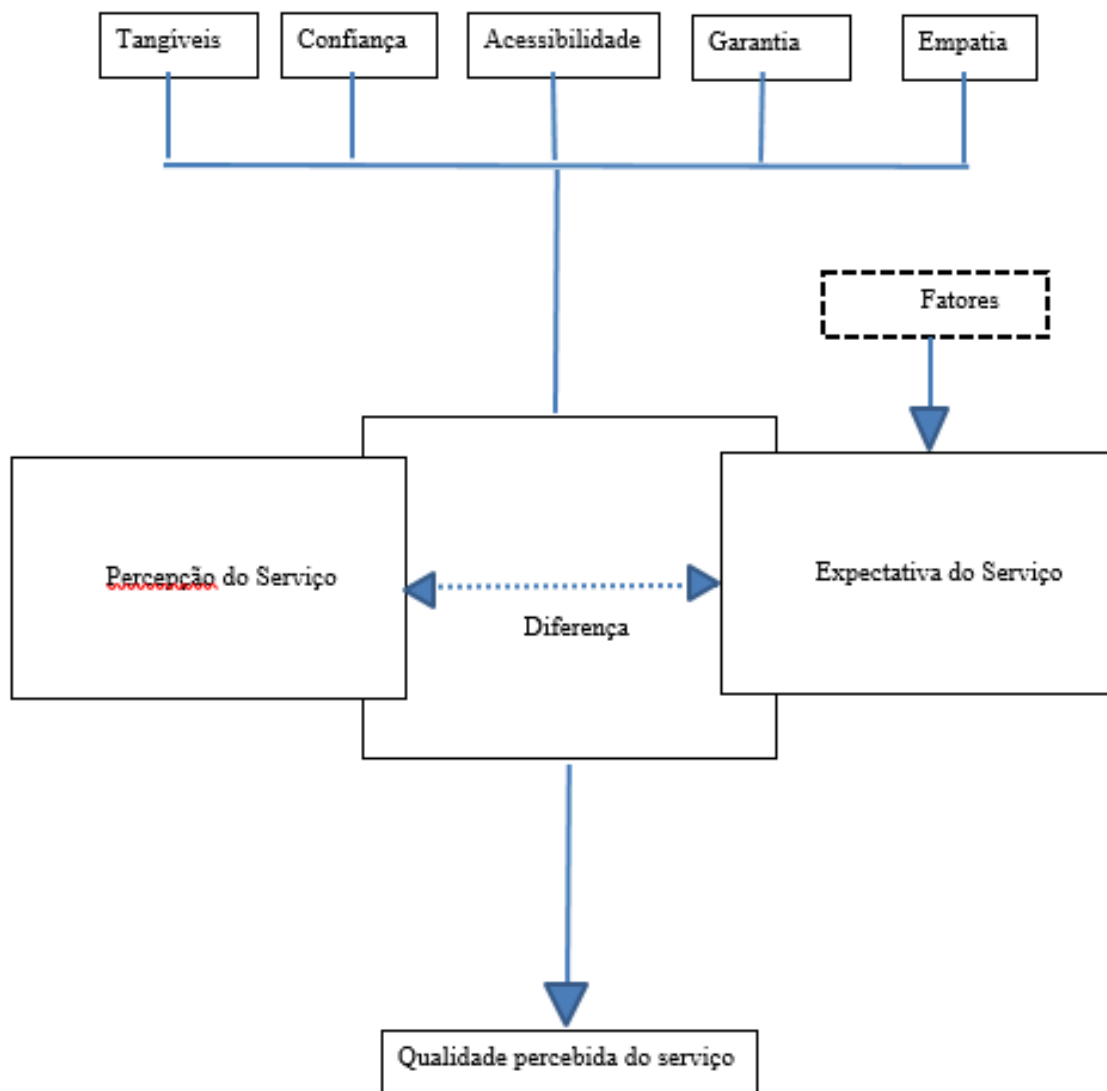


Figura 1- Dimensões SERVQUAL adaptada de (Kumar, Tat Kee, & Taap Manshor, 2009)

5. Ciclo de desenvolvimento contínuo da qualidade

O ciclo de desenvolvimento contínuo da qualidade não se trata de um novo conceito e tem como objetivo assegurar cuidado apropriado a quem o serviço se direciona, assegurando assim as melhores práticas e métodos, pondo os interesses da pessoa a quem o serviço se destina acima de tudo (Precious, 2011).

Este pode ser considerado como um processo circular de estabelecimento de metas, seguido por avaliações externas e internas que resultam em melhorias que podem servir como metas para um próximo ciclo. A sua necessidade é aparente, devido à responsabilidade pública, manutenção de padrões e melhoria da formação do profissional de saúde (Rohlin et al., 2002).

Ser capaz de implementar inovação dentro do serviço será fundamental para garantir não só que ele possa responder aos desafios com uma rapidez melhorada, mas também que possa melhorar proactivamente as práticas antes que surjam problemas relacionados com a prática clínica (Mcgowan & Reid, 2018).

Este ciclo estimula o prestador de serviços a questionar o que deverá fazer e que situações deverão ser melhoradas, como tal deveremos utilizar técnicas de maneira a que haja a melhoria da qualidade, no entanto este ciclo só pode ser implementado quando objetivos explícitos e objetivos são definidos (Sokovic, Pavletic, & Pipan, 2010).

Por isso, devemos nos esforçar para criar metodologias de melhoria, compartilhar melhores práticas e inspirar todos os profissionais de saúde a colocarem interesses do paciente acima de tudo. Participar num processo ativo do ciclo de desenvolvimento contínuo envolve o seguinte:

- Formação de uma equipa que tenha conhecimento da necessidade para melhoria.
- Definir objetivos claros.

- Compreender as necessidades das pessoas que são servidas pelo processo.
- Identificar e definir medidas de sucesso.
- Brainstorming potencial mudança estratégias para produzir melhoria.
- Planear, recolher e utilizar dados para facilitar tomada de decisão eficaz.
- Aplicar métodos baseados na evidência científica de maneira a que se possa formular, testar as mudanças (Precious, 2011).

Uma das técnicas mais utilizadas para a melhoria da qualidade de serviço do médico dentista é o uso do ciclo PDSA.

6.Ciclo PDSA

O ciclo PDSA foi introduzido por Deming em 1993, ciclo esse que pode ser utilizado para o desenvolvimento, testar, implementar as mudanças que resultarão numa melhoria dos serviços prestados. Este modelo visa equilibrar o desejo e suas recompensas de agir com o cuidado estudado antes de tomar qualquer ação (Moen & Norman, 2009).

Antes de utilizarmos esta técnica deveremos primeiramente questionar o que é que almejamos aperfeiçoar, como saberemos se a mudança se traduzirá em qualquer tipo de melhoria na qualidade do serviço e que mudanças podemos fazer que resultem em qualquer tipo de melhoria. Apenas depois é que devemos pôr em prática o modelo apresentado no gráfico em baixo.

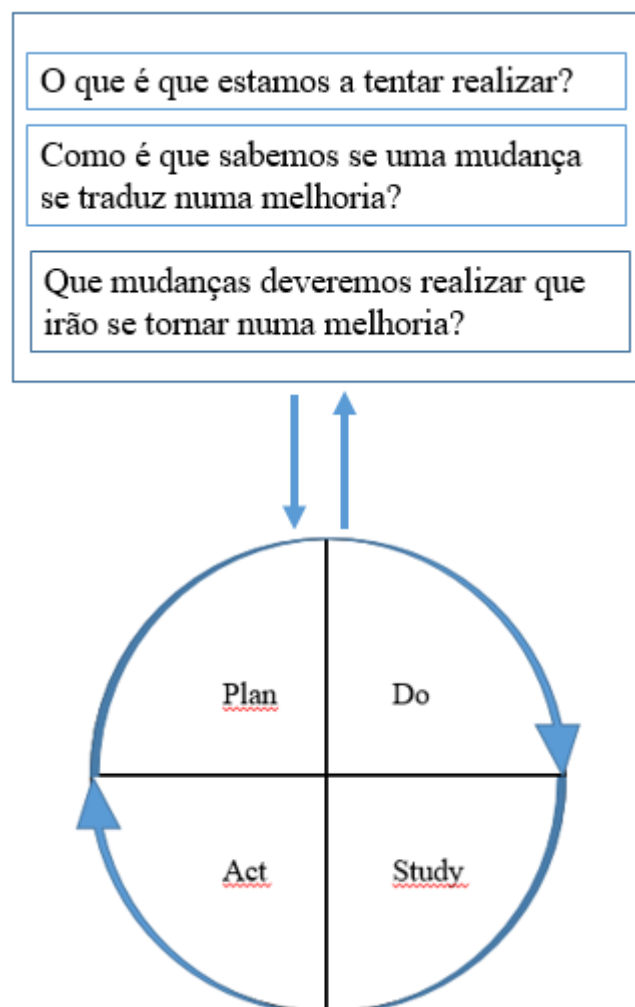


Figura 2- Ciclo PDSA, adaptada de(NHS Improvement, 2017)

Plan: exige a identificação e a compreensão dos processos de feedback existentes usados na sua prática e a análise de tais processos dentro do contexto das evidências anteriormente delineadas seguindo-se pela formulação de ideias, soluções potenciais e uma estratégia que permitisse aos prestadores de serviço aceitar qualquer mudança. É realizado um teste que possa ser um modelo de avaliação para a futura mudança

Do: Esta fase requer que a mudança que terá sido planeada possa ser testada, deveremos como tal recolher dados suficientes do teste que foi posto em prática de maneira a que haja o seu correto estudo e interpretação.

Study: Com base nos resultados mensuráveis obtidos pela amostra recolhida pelo teste que foi realizado, deverá ser feito um juízo sobre o impacto da mudança aplicada no teste antes e depois do mesmo ter sido aplicado e posteriormente refletir sobre se o feedback obtido pela mudança implementada se traduz numa real melhoria dos vários processos que futuramente irão conduzir a um aumento na qualidade do serviço prestado.

Act: Deverá ser realizada a implementação dos actos previamente estudados e testados nos processos que traduzem uma melhoria real da qualidade, se o feedback obtido pelos passos anteriores não se traduzir numa melhoria da qualidade do serviço, deverá ser realizada o próximo ciclo de melhoria continua (Mcgowan & Reid, 2018).

7. Qualidade de vida

Ainda há pouco consenso sobre como a qualidade de vida deve ser definida ou avaliada, e o termo permanece uma fonte de confusão tanto para a comunidade científica quanto para a comunidade civil. No sentido mais puro, o termo qualidade implica uma avaliação ou classificação subjetiva pelo indivíduo (Fry, 2000).

Tornou-se comum, no âmbito do setor saúde, o relacionamento intrínseco entre saúde e qualidade de vida, tendo já ouvido a seguinte frase: *saúde não é doença, saúde é qualidade de vida*. Por mais correta que esteja, tal afirmação costuma ser vazia de significado e, frequentemente, revela a dificuldade que temos, como profissionais de saúde, de encontrar algum sentido teórico e epistemológico fora do marco referencial do sistema médico. Dizer, portanto, que o conceito de saúde tem relações ou deve estar mais próximo da noção de qualidade de vida, que saúde não é mera ausência de doença, já é um bom começo (Minayo, Hartz, & Buss, 2000).

Podemos definir qualidade de vida como o bem-estar geral dos indivíduos e das sociedades. Esta é avaliada pela satisfação geral da vida dos pacientes, incluindo padrões de qualidade de vida que incluem o estado de empregabilidade e riqueza, tal como fatores ambientais, saúde, educação, tempo de recreação e lazer de cada pessoa. Segundo a Organização Mundial de Saúde qualidade de vida é definida como “a percepção do indivíduo sobre sua posição na vida no contexto da cultura e sistemas de valores em que vivem e em relação aos seus objetivos”.

Propõe-se um modelo de qualidade de vida que integre com indicadores objetivos e subjetivos, refletindo coletivamente uma ampla gama de domínios da vida, por meio de um ranking individual da importância relativa de cada domínio. Este modelo acomoda ambas as preocupações de que os dados objetivos não devem ser interpretados sem referência à autonomia pessoal e às preferências e preocupações de que as expressões de satisfação são, elas próprias, relativas ao temperamento do indivíduo e às circunstâncias e experiências que moldaram seu quadro de referência. Embora no modelo proposto os indivíduos podem pesar certas condições de vida como menos importantes que outros, a

avaliação objetiva dessas condições de vida ainda faz parte da avaliação e podem ser comparados com aqueles tipicamente experientes

A conceptualização oferecida baseia-se na literatura referente à medição de qualidade de vida na população em geral, bem como para a deficiência grupos. Uma das características de uma medida de boa qualidade de vida é que permitirá a comparação entre grupos de pessoas, independentemente das suas características precisas. Em particular, medidas de qualidade de vida para pessoas sem deficiência devem ser igualmente aplicável às pessoas com deficiência, e vice-versa, permitindo assim a comparação da qualidade de vida das pessoas com deficiência ao nível geral de população.

No entanto, os dados agregados para um grupo de interesse definido, comparados distribuição estatística para a população como um todo, pode ser usado para refletir se as condições de vida e satisfação em vários domínios são típicos do padrão geral ou têm um perfil significativamente diferente. A política social pode então responder à desigualdade notável (Felce & Perry, 1995).

Foram propostas um imenso número de dimensões à definição geral de qualidade de vida.

Certas pessoas defendiam uma noção mais simplista para a definição da qualidade de vida, tendo em conta fatores como a atividade ou status social da pessoa correspondiam diretamente a um determinado nível de qualidade de vida. Outros criaram estimativas abordando apenas um fator único como bem-estar geral subjetivo. Este tipo de abordagem não é aceitável para a avaliação da qualidade de vida, visto serem medidas que avaliam apenas um item.

Uma medida de um item torna impossível determinar informações específicas sobre a natureza de uma mudança de pontuação. No entanto podemos concluir que podemos agrupar os fatores que influenciam a qualidade em quatro áreas relacionadas, mas distintas: física, funcional, emocional e social. Escalas de qualidade de vida variam em relação aos nomes dada às dimensões medidas. Além disso, existem frequentemente

discrepâncias entre as dimensões relatadas para serem medidas por uma escala e o conteúdo real do item. Iremos falar de cada uma desses quatro fatores.

Bem-estar físico

Bem-estar físico representa uma combinação de sintomas de doença, tratamento de efeitos colaterais e bem-estar físico geral, como percebido pelo paciente

Bem-estar funcional

O bem-estar funcional é dos fatores mais conceptuais de se avaliar. Status funcional refere-se à capacidade de realizar atividades relacionadas necessidades pessoais, ambições ou papel social. No nível mais básico, isso se refere às atividades de vida cotidiana, como caminhar, alimentar-se, tomar banho, e se vestir. Também incorpora uma capacidade de executar responsabilidades dentro e fora da casa, incluindo aqueles com a família, amigos e colegas de trabalho.

Bem-estar emocional

O bem-estar emocional é correlacionado, mas distinto do bem-estar físico. Geralmente, pacientes com cancro mostraram pouco em termos de sofrimento emocional em comparação com, por exemplo, a psicoterapia ambulatoria. No entanto, pode haver uma experiência emocional positiva com o início do cancro e seu tratamento.

Bem-estar social

A quarta dimensão principal da qualidade de vida, bem-estar social, tem sido a mais difícil de definir.

O conteúdo desta dimensão é diverso, incluindo apoio social percebido, manutenção de atividades de lazer, funcionamento familiar e intimidade, incluindo sexualidade. Devido à natureza diversa desta dimensão apresenta, há quem desafie esta definição havendo um desacordo claro entre investigadores. No entanto, possui uma clara

importância para os pacientes na adaptação para doença e, portanto, merece a inclusão na avaliação da qualidade de vida. Para que haja um bem-estar social, terá que haver manutenção de relacionamentos gratificantes com amigos e conhecidos, bem como as relações mais íntimas com membros da família e muito outros pares que sejam significativos.

Alguns dos aspetos incluídos nas quatro dimensões primárias da qualidade de vida comuns a dois ou mais das quatro dimensões. Por exemplo, a sexualidade pode atravessar todas as quatro dimensões. A sexualidade é também altamente dependente, no entanto, bem-estar e nível de intimidade dentro da relação sexual (Kaplan & Ries, 2007).

8. Relação Saúde e qualidade de vida

Embora muitas vezes assumamos que uma saúde deficitária possui correlação direta com má qualidade de vida, muitas pessoas com desordens incapacitantes crônicas referem que possuem mais qualidade de vida do que indivíduos considerados saudáveis.

Slade (Figura 3) propôs um modelo que indica que qualidade de vida, saúde e doença não são pontos de um contínuo, mas sim dimensões independentes. Relacionam-se entre si no sentido de que se sobrepõem, mas não são necessariamente coincidentes e podem ser experimentadas separadamente. Quer dizer, doença não infringe necessariamente sobre saúde e “má-saúde” pode não ter as suas origens em condições patológicas. Indica que qualidade de vida, saúde e doença não são pontos de um contínuo, mas sim dimensões independentes, relacionam-se entre si no sentido de que se sobrepõem, mas não são necessariamente coincidentes e podem ser experimentadas separadamente. Significa que, doença não infringe necessariamente sobre saúde e que a “falta de saúde” poderá não ter as suas origens em condições patológicas, assim como a qualidade de vida do indivíduo poderá também não ser afetada pela presença de doença ou saúde do indivíduo.(Slade, 1997)



Figura 3- Relação da qualidade de vida com saúde e doença, adaptada de (Slade, 1997)

9. Relação Saúde Oral e qualidade de vida

Segundo a World Dental Federation, a saúde oral é multifacetada e inclui a capacidade de falar, sorrir, cheirar, provar, tocar, mastigar, engolir e transmitir uma variedade de emoções através de expressões faciais com confiança e sem dor, desconforto e doença do complexo craniofacial.

Outros contribuintes que associamos à saúde oral são a sua componente fundamental da saúde, físico, mental e bem-estar, muitas vezes refletindo atributos essenciais para a qualidade de vida. Apesar desta já ser reconhecida há bastante tempo por ser um fator importante na saúde geral e bem-estar das pessoas, foi precisa uma nova definição que onde se engloba a natureza multifacetada e os atributos da saúde oral, tornando-a assim num direito humano fundamental e que facilita a sua inclusão nas políticas governamentais (Glick et al., 2016).

O complexo craniofacial permite-nos falar, sorrir, beijar, tocar, cheirar, saborear, mastigar, engolir e chorar de dor. Ele fornece proteção contra infeções microbianas e ameaças ambientais. As doenças orais restringem as atividades na escola, no trabalho e em casa, fazendo com que milhões de horas de escola e trabalho sejam perdidas a cada ano em todo o mundo (Petersen, 2003).

Em 1988, Locker desenvolveu um modelo de Saúde Oral (figura 4) que pretende explicar as consequências biológicas, comportamentais e psicossociais das doenças orais. Selecciona os impactos mais significativos e elimina as percepções negativas sobre patologias orais que são pouco relevantes e que não provocam alterações no desempenho diário.

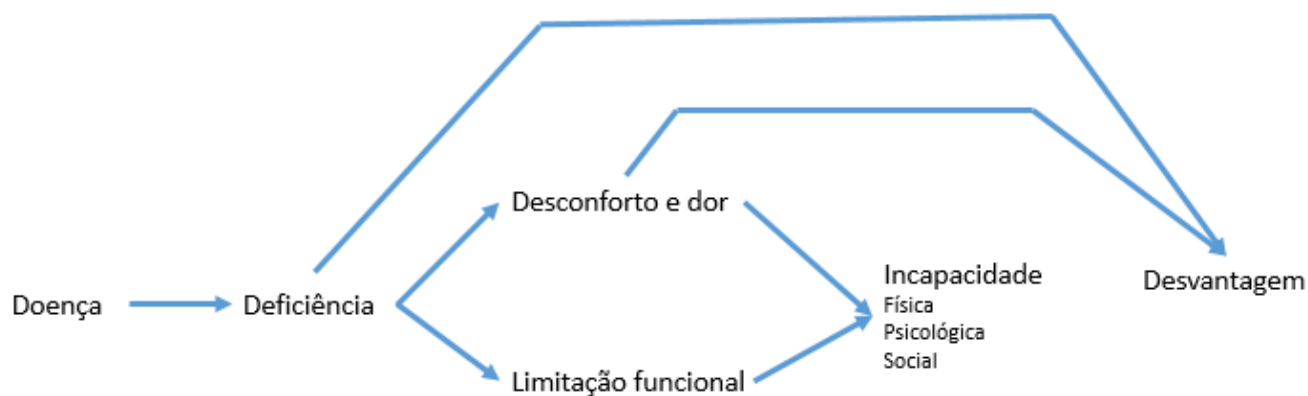


Figura 4- Modelo de Saúde Oral (adaptado de Locker, 1988)

Neste modelo, deficiência é definida como perda ou anormalidade anatómica, estrutural, funcional ou como distúrbios nos processos físicos ou psicológicos presentes à nascença ou causados por doenças ou agressão externa. Exemplos de indicadores de comprometimento são a falta de dentes, o número de dentes funcionais remanescentes e o componente obturado do índice CPO, as maloclusões e as doenças periodontais.

A limitação funcional é reputada como sendo a restrição de função esperada, quer no âmbito do corpo, quer no âmbito dos órgãos e sistemas que o compõem. As medidas de limitação funcional em Medicina Dentária são menos comuns e como exemplo pode-se citar a avaliação da limitação da mobilidade da mandíbula utilizada para classificar a gravidade de disfunções temporomandibulares.

Por desconforto entende-se a avaliação de restrições nas actividades e avaliações subjectivas de bem-estar. É a resposta à doença, exemplificada pelo auto-relato de dor e desconforto ou outros sintomas físicos e psicológicos.

A incapacidade é um conceito comportamental que é definido como qualquer limitação ou falta de capacidade para desempenhar actividades de vida diária. Inclui não somente a restrição de mobilidade, movimento corporal e auto-cuidado, mas também várias outras dimensões de bem-estar físico, psicológico e social.

Por fim, o modelo aborda o conceito de desvantagem que diz respeito à desvantagem social experimentada por indivíduos que apresentam comprometimentos e incapacidades e que não respondem às expectativas da sociedade ou de grupos sociais aos quais pertencem. A desvantagem social resulta das interações entre o indivíduo portador de algum comprometimento físico e o seu ambiente físico e social, que idealmente deveria proporcionar os ajustes necessários ao funcionamento dessa pessoa com as condições que possui, mas que, ao não o fazer, limita as possibilidades de alguns dos seus elementos funcionarem adequadamente. A desvantagem é, assim, multidimensional e pode envolver perda de oportunidade, privação material e social e insatisfação.

Este modelo postula que as doenças provocam deficiências e limitações funcionais ao nível do órgão. Como consequência, o indivíduo pode ficar incapacitado ou pode ficar com uma desvantagem na sociedade (Allen, 2003).

Como tal, iremos avaliar a real influencia de cada uma das áreas da saúde oral tem para a qualidade de vida de cada indivíduo.

9.1 Cárie Dentária

O atendimento médico dentista possui pouco efeito na prevenção da cárie dentária, tendo como seu principal papel a atenuação da dor e sofrimento do paciente, contribuindo assim para a melhoria da qualidade de vida do mesmo (Ball & Braun, 1994).

Em crianças em idade escolar, a cárie dentária está muitas vezes associada a um impacto negativo sobre a qualidade de vida dos indivíduos nesta facha etária, tendo como principais consequências a dor, diminuição do apetite, dificuldades relacionadas com a mastigação, perda de peso e baixa performance académica. Lesões cariosas em diferentes fases de desenvolvimento principalmente em incisivos e molares demonstraram a sua interligação com a qualidade de vida tanto para a criança assim como para a família (Ramos-Jorge et al., 2015).

9.2 Endodontia

Problemas a nível endodôntico são dos motivos comuns e principais pelos quais os pacientes procuram atendimento odontológico. Subjacente à procura por tratamento endodôntico está inerente o crescente reconhecimento de que os problemas endodônticos têm impacto na qualidade de vida do paciente. Além disso, reconhece-se que a perda dentária está associada ao comprometimento da qualidade de vida e que a localização e a distribuição da perda dentária afetam a gravidade do comprometimento. Como tal, conseguir reter os dentes sempre que possível é importante para a manutenção da qualidade de vida de cada indivíduo. (Liu, McGrath, & Cheung, 2014)

Na endodontia, é muito importante avaliar o resultado de um tratamento por meio de pesquisa sobre o impacto da saúde oral tem na qualidade de vida. Vários estudos demonstraram que o paciente deixou de ter dor após o tratamento endodôntico levando assim a uma melhor qualidade de vida. (Waal, S., Soet, J., Wesselink, J et al., 2017)

9.3 Disfunção temporomandibular

Disfunção temporomandibular é uma desordem da dor musculoesquelética onde há a afetação dos músculos mastigatórios, a articulação temporomandibular e várias estruturas anatómicas do sistema estomatognático. Estas alterações levam à dor miofascial, deslocamento de disco, dor nas articulações e degeneração da articulação.

Geralmente, fatores físicos, sociais e psicológicos estão associados à etiologia da desta patologia (Bastos Machado de Resende et al., 2013).

Como tal, a qualidade de vida associada a estes pacientes difere com as várias patologias associadas a esta disfunção, mas que na sua grande maioria apresentam ter uma influência nas atividades sociais na escola ou no trabalho, no equilíbrio afetivo, cognitivo, sono e atividade física. Tendo assim uma influencia negativa associada, tanto para a saúde como na qualidade do próprio indivíduo.

Os sintomas desta doença tiveram um impacto maior quanto mais dolorosa e severa for a patologia temporomandibular na qualidade de vida do paciente. (Dahlstrm & Carlsson, 2010)

9.4 Ortodontia

A importância da avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde oral em pacientes ortodônticos refere-se à influência que a estética dentária tem sobre os aspectos sociais e de autoconfiança. Tem sido demonstrado que aqueles com maloclusão podem desenvolver sentimentos de vergonha sobre sua condição dentária ou mesmo até poder sentir-se tímido em contextos sociais. No entanto, algumas pessoas com má oclusão grave estão satisfeitas ou indiferentes à sua estética dentária, enquanto outros estão preocupados com pequenas irregularidades (Feu, De Oliveira, De Oliveira Almeida, Kiyak, & Miguel, 2010).

Além disso, como os efeitos sociais e psicológicos são os principais motivos para a busca de tratamento ortodôntico, podemos utilizar a qualidade de vida relacionada com a saúde oral como instrumento de avaliação do sucesso do tratamento ortodôntico (Johal, Alyaqoobi, Patel, & Cox, 2015).

Como tal, só deverá caber ao médico dentista ou o ortodontista ouvir e compreender atentamente o real impacto que que a sua má oclusão tem sobre os vários domínios da qualidade de vida, incluindo aparência, aceitação social, função oral e o bem-estar emocional (Kiyak, 2008).

9.5 Periodontologia

As doenças periodontais são doenças crônicas comuns e altamente prevalentes em todo o mundo, sendo conhecidas não só por prejudicarem a saúde oral do paciente, mas também afetarem a sua saúde sistêmica em pacientes mais suscetíveis tais como doenças metabólicas, cardiovasculares, reumatoides e diabetes.

Apesar da sua alta prevalência e impacto evidente na saúde geral, os transtornos periodontais são considerados muitas vezes como se tratassem de uma doença silenciosa, uma vez que os pacientes muitas vezes vivem com poucos ou nenhum sintomas, podendo passar décadas até que o paciente procura ajuda num profissional de saúde. (Buset et al., 2016)

A doença periodontal é diagnosticada através de exames clínicos e radiológicos, mas também deverá ser avaliada por meio de medidas que quantifiquem o seu impacto na saúde oral e relacionando-o com a qualidade de vida.

Os resultados dos estudos demonstram que a doença periodontal exerce um impacto negativo na qualidade de vida relacionada com a saúde oral dos pacientes, sendo quanto maior o estado de evolução da doença, mais influência esta terá sobre a qualidade de vida do indivíduo. (Ferreira, Dias-Pereira, Branco-de-Almeida, Martins, & Paiva, 2017)

9.6 Perda de peças dentária

São vários os fatores associados à extração de peças dentárias na cavidade oral dos pacientes, sendo que na sua grande maioria estes são extraídos devido à cárie e à doença periodontal.

A economia, saúde oral do paciente, disponibilidade dos serviços médicos, tradições culturais, educação, fatores psicológicos e sociais são todos fatores a ter em conta pelo médico dentista a quando da extração ou não de qualquer dente (Carlsson & Omar, 2010).

A perda destes dentes faz com que a saúde oral do paciente seja deficitária, tendo assim uma grande influência na qualidade de vida sobre o mesmo. Como tal, a reabilitação oral possui um papel importantíssimo na melhoria da qualidade de vida do paciente, sendo esta fixa ou removível, uma vez que dá a possibilidade ao paciente de voltar a ter mais função, estética e fonética do que a sua situação anterior. A prótese fixa demonstra ter melhor capacidade de melhoria da qualidade de vida do paciente em comparação com a prótese removível, apesar de não haver diferença na melhoria do mesmo quando há a comparação entre prótese fixa que seja suportada por implantes e suportada por dentes (Reissmann, Dard, Lamprecht, Struppek, & Heydecke, 2017).

No entanto, não é apenas o número de dentes perdidos que tem influência na qualidade de vida do paciente, mas a localização e distribuição dos mesmos têm uma influência bastante negativa sobre o paciente (Gerritsen, Allen, Witter, Bronkhorst, & Creugers, 2010).

10. Uso do ciclo de desenvolvimento contínuo da qualidade na Medicina Dentária

Os prestadores de serviços na área da saúde estão não apenas interligados pelo desejo de servir e prestar o melhor tratamento aos seus pacientes, mas também deverão possuir o intrínseco desejo de melhoria na prestação de cuidados que estes servem aos seus pacientes (Mcgowan & Reid, 2018).

Tal como outras áreas, a Medicina Dentária também pode beneficiar do uso do ciclo de desenvolvimento contínuo da qualidade, uma vez que a sua prática diária nunca é totalmente desprovida de problemas. O uso de princípios associados a estes ciclos de pode levar ao aumento da prática clínica e ajudar a estabilizar o negócio comparando com outras práticas menos estruturadas.

Os profissionais da medicina dentária podem beneficiar deste ciclo de melhoria contínua de maneira a que haja uma antecipação dos problemas que possam surgir na prática clínica, através da gestão de expectativas dos profissionais de saúde, havendo a descrição por parte dos mesmos sobre como é que desejam que a sua prática clínica seja e quais as suas ambições futuras, incluindo objetivos na melhoria da qualidade do serviço/tratamento prestado assim como metas empresariais para que haja uma melhor gestão dos recursos utilizados. Aqueles que não procuram a constante melhoria da qualidade do seu serviço, poderão rapidamente não poder competir com o resto do mercado (Weintraub, 1996).

A utilização de um sistema que assegure a melhoria da qualidade na medicina dentária pode ser bastante desafiante, devido maioritariamente à sua complexidade e à dificuldade em medir a melhoria dos serviços prestados aos pacientes. As metas delineadas para a prestação de um serviço de qualidade poderão não ser atingidas devido à presença de fatores que não são do domínio do médico dentista (Yamalík, 2007).

Usar uma abordagem estratégica planeada para o uso do ciclo contínuo de qualidade ajudará uma prática a passar da notificação dos requisitos para o uso significativo para melhorar o atendimento ao paciente e atender a outras metas da prática.

Existe uma forte ligação entre uma estratégia explícita deste ciclo e o alto desempenho por parte do médico dentista. Assim, a aplicação de princípios e estratégias transformará os números em numa ficha de Excel que permitirá a criação de um relatório de maneira a que haja um plano de ação que identifique áreas de foco e as etapas e processos necessários para melhorar continuamente essas áreas e repetir (Nlc, 2013).

Para ser bem-sucedido, a equipa encarregue pela prestação de tratamentos na área da medicina dentária deverá ter em mente que existe sempre espaço para melhorar, desenvolvendo uma mentalidade de constante procura pela melhoria do serviço que está a prestar, desde a procura de novos pacientes, procura de novos tipos de tratamentos, a melhoria de relações com os seus fornecedores, formação continua na área entre outros. Este é um processo em que todos os membros deverão ser parte ativa na melhoria da qualidade, não tendo obrigatoriamente de partir por quem gere a equipa, no entanto, a implementação destes processos deverá ser aprovada por quem gere a equipa.

Deverá também ser criada uma equipa multidisciplinar, permitindo que todos percebam qual o papel que cada um desempenha na equipa e acima de tudo para que se possam combinar diferentes pontos de vista sobre o que poderá vir a ser melhorado.

Deverá haver o parecer dos pacientes de maneira a que haja um aumento na qualidade dos tratamentos prestados.

Deverá ser recolhido o máximo de informação possível sobre as expectativas do paciente torna-se crucial para o sucesso de um programa de desenvolvimento contínuo da qualidade, a informação recolhida deverá possuir dados sobre a receptividade dos tratamentos por parte dos pacientes, a relação do staff com os pacientes, qual o material clínico disponível e formação contínua dos profissionais de saúde.

Por último deverá ser utilizado o método científico para orientar a equipa durante o ciclo de desenvolvimento contínuo da qualidade, de maneira a que a equipa consiga identificar quais os problemas que necessitam de ser resolvidos, ajudando a equipa a focar-se em possíveis problemas arrançando uma solução para os mesmos e prevenindo futuras ocorrências que poderão vir a acontecer (Weintraub, 1996).

11. Medicina Dentária baseada na evidência

A medicina dentária baseada na evidência é definida como sendo o uso consciente, explícito e criterioso das melhores evidências científicas na tomada de decisões sobre o cuidado individual de cada paciente. Os pacientes já não aceitam apenas tratamentos que foram recomendados ou oferecidos, mas também são parte interessada na escolha do tratamento que irão receber, perguntando ao médico dentista se qual a verdadeira eficácia do tratamento, se realmente essa opção se torna necessária e quais as alternativas disponíveis (Sackett, Rosenberg, Gray, Haynes, & Richardson, 1996).

Manter-se atualizado com os avanços na medicina dentária e ser capaz de gerir as necessidades e exigências complexas dos pacientes é um desafio para todos os dentistas. Todos os dias, somos inundados com informações sobre novas técnicas, testes, procedimentos, materiais ou produtos. O desejo de manter-se atualizado é muitas vezes manchado de dúvidas sobre as alegações da real superioridade desses novos tratamentos ou produtos. Além disso, apesar do aumento das habilidades advindas da experiência na prática clínica, há evidências, pelo menos na medicina dentária, o conhecimento e a eficácia em algumas áreas começam-se a deteriorar no momento em que os médicos deixam a faculdade. Na medicina dentária, muitos profissionais continuam a usar os mesmos tratamentos e técnicas aprendidas na faculdade, o que representa a melhor prática na época. O dilema surge quando se decide quando algo "novo" é melhor do que a estratégia atual para a resolução de cada caso clínico. Encontrar o tempo para adquirir o conhecimento para tomar essas decisões muitas vezes parece quase impossível.

Para complicar ainda mais, o mundo em que aprendemos e praticamos medicina dentária está a mudar a um ritmo surpreendente. Isto deve-se a dois fenómenos, nomeadamente à explosão da informação e a procura do consumidor, fortalecidos pelo extraordinário avanço da Internet, que está a mudar a maneira como todas as empresas, incluindo a saúde, funcionarão num futuro próximo (Ismail & Bader, 2004).

A natureza do relacionamento entre o paciente e o clínico está a mudar. Os pacientes estão a tornar-se parceiros no processo de tomada de decisão, não apenas no ambiente de escritório, onde as decisões são tomadas sobre seus cuidados individuais, mas também nos níveis de política e financiamento, onde a contribuição do consumidor

é cada vez mais valorizada. Os pacientes começam a ir às consultas com a informação proveniente da internet que muitas vezes pode ser desconhecida ao médico dentista.

Quando muitos de nós frequentam a faculdade de medicina dentária, as principais fontes de informação passavam pelos professores, livros didáticos e, ocasionalmente, jornais de especialidade. Os livros didáticos, embora ainda sejam vitais para a aquisição de um conhecimento abrangente de informações "estabelecidas", apresentam deficiências significativas, particularmente em áreas de rápida mudança, onde a informação, quando publicada, pode estar vários anos desatualizada (Brignardello-Petersen et al., 2014).

A prática clínica de uma medicina dentária baseada na evidência tem como objetivo de proporcionar um tratamento de qualidade que melhor se adequa às necessidades do paciente, sendo baseado e orientado pela melhor literatura disponível para o suportar. No entanto isto muitas vezes não se verifica, uma vez que se um determinado procedimento ou protocolo tiver sido ensinado ao médico dentista e esse mesmo procedimento possuir resultados satisfatórios a quando da sua aplicação no paciente, o médico dentista terá a tendência para continuar a utiliza-lo.

Não havendo a constante procura por nova evidência científica e novos tratamentos, o médico dentista acabará conseqüentemente por não aplicar o tratamento com mais qualidade, contribuindo assim para o deterioramento da sua prática clínica. Tal como o médico dentista deverá procurar melhorar a qualidade do tratamento prestado, os pacientes esperam que o tratamento proposto pelo médico seja o melhor para a sua saúde, havendo assim a necessidade constante de uma prática clínica baseada na evidência (McGlone, Watt, & Sheiham, 2001).

É também importante a prática clínica baseada na evidência científica para a própria proteção do médico dentista. Nem todos os tratamentos que se efetuam em pacientes têm os resultados pretendidos uma vez que não foram de encontro as expectativas que o mesmo teria idealizado. Através de uma prática clínica baseada na evidência, o médico dentista encontra-se protegido caso o paciente sinta-se no direito de processar o mesmo por negligência médica (Healey & Lyons, 2002).

No entanto, no ano de 1998 foram publicados mais de dois milhões de artigos e cerca de vinte mil jornais biomédicos, dos quais 500 eram jornais relacionados com medicina dentária. Nem todos os artigos publicados são relevantes para as várias áreas da prática clínica dentária e como tal, a qualidade de muitos desses artigos é posta em causa. Mesmo quando estamos perante evidência de qualidade, pode demorar muitos anos até que essa mesma se torne na norma (Biesta, 2007).

12. Satisfação e qualidade na medicina dentária

O feedback dos pacientes pode influenciar as políticas de melhoria da qualidade e ser capaz assim de fornecer uma oportunidade para o desenvolvimento organizacional. Este feedback fornece assim informações cruciais sobre quais serão as expectativas dos pacientes e como eles percebem a qualidade do serviço.

Além disso, o aumento do custo dos cuidados de saúde e o imperativo da eficácia estão a chamar os prestadores de cuidados de saúde para melhorar a sua capacidade de reter e atrair pacientes, garantindo serviços de alta qualidade e passando por uma contenção de custos. Além disso, hoje em dia, a satisfação do paciente é considerada pelos prestadores de serviço de saúde como um fator-chave para a obtenção dessa acreditação.

Como tal existe um interesse crescente em avaliar a satisfação do paciente para destacar aspetos do cuidado que precisam de ser melhorados e aumentar continuamente a qualidade dos cuidados de saúde e os resultados de saúde.

Com o passar do tempo, a noção de satisfação do paciente tem sido associada à qualidade da saúde e considerada como parte integrante da qualidade dos serviços de saúde (Carlucci, Renna, & Schiuma, 2013).

O feedback sobre a satisfação em relação ao atendimento médico é vital para melhoria do processo de prestação de serviços e resultados.

As queixas a nível de consulta feitas pelos pacientes podem causar muita ansiedade e stress entre os prestadores de serviços dentários. Insatisfação e reclamações podem resultar na mudança de pacientes dentista, que pode ter ramificações em termos de perceções da família e dos amigos sobre a prática odontológica. É importante que a profissão promova altos padrões conduta profissional entre os dentistas.

Tem sido demonstrado que os pacientes que estavam mais satisfeitos com o atendimento médico tiveram melhor aceitação ao tratamento proposto, tiveram menos consultas não atendidas, menos ansiedade e menos dor durante o tratamento. As interações entre dentista e paciente durante o tratamento demonstraram afetar a

participação do paciente ao aconselhamento clínico e o comprometimento com as visitas programadas.

Portanto, informações sobre feedback e satisfação dos pacientes são necessárias para ser realizada a avaliação adequada ao serviço que está a ser prestado (Mahrous & Hifnawy, 2012).

A satisfação do paciente não é um conceito claramente definido, embora seja identificado como um importante indicador de resultado de qualidade para medir sucesso do sistema de prestação de serviços. A avaliação do paciente nos cuidados de saúde é importante de maneira a proporcionar oportunidades de melhoria, como o enquadramento estratégico dos planos de saúde, que muitas vezes são capazes de exceder as expectativas do próprio paciente. As vantagens das pesquisas de satisfação do paciente dependem fortemente do uso de dados padronizados e testados psicometricamente abordagens de coleta. Portanto, uma ferramenta padronizada precisa ser mais desenvolvida e aperfeiçoada, a fim de refletir positivamente sobre a principais objetivos da pesquisa de satisfação do paciente.

Embora que os índices de satisfação do paciente seja um critério estabelecido para os planos de melhoria da qualidade dos cuidados de saúde, estes ainda não são sistematicamente e extensivamente utilizados para desenvolvimento de iniciativas de melhoria. Além disso, concorda-se que um questionário de satisfação do paciente é considerado uma ferramenta de melhoria de qualidade; portanto, descrição detalhada do questionários diferentes que foram usados para avaliar o paciente pesquisas de satisfação serão discutidas extensivamente em um estudo (Al Abri, Rashid and Al-Balushi, 2014).

Os serviços médicos dentários diferem de outros serviços médicos, eles assumem um contato mais pessoal, íntimo e duradouro com o paciente, já que até o mais simples procedimento odontológico exige uma sessão relativamente longa.

Um conjunto abrangente de fatores de serviço foi identificado que possuem influência naquilo que tornam a consulta de medicina dentária uma consulta com

qualidade, com base na literatura. 29 elementos de serviço, mostrados na figura 5, foram examinados e classificados em termos de três aspetos, nomeadamente: estrutura, processo e resultado, com base na estrutura de Donabedian.

O aspeto da estrutura incluiu ambas características físicas (quatro elementos) e características relacionadas com o staff. (três elementos).

O aspeto do processo que inclui características relacionadas com a interação entre paciente e médico dentista relacionadas com o processo da consulta, esta é constituída por características profissionais (quatro elementos), interativas (quatro elementos), reativas (quatro elementos) e administrativas (cinco elementos).

Por último estão associados os aspetos relacionados com o resultado da consulta (três elementos).

Além disso, os fatores descritos são profissionalismo (cinco elementos), interações (quatro elementos), reatividade (quatro elementos) e administração (seis elementos) (Chang & Chang, 2013; Donabedian, 1988).

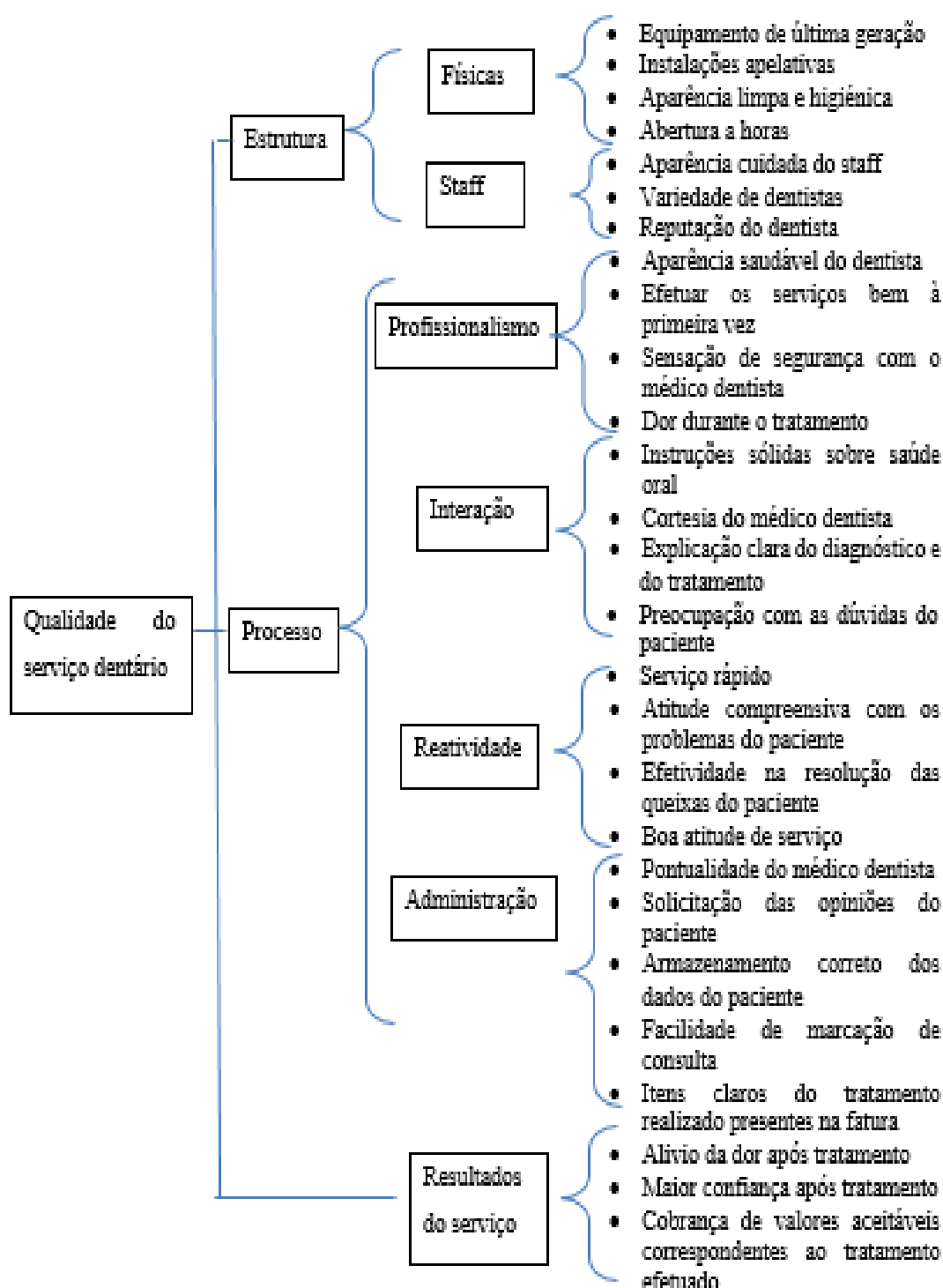


Figura 5- : Fatores que possuem influência na qualidade da consulta de medicina dentária, adaptada de (Donabedian, 1988)

III. Conclusão

Em suma, o paradigma da qualidade na medicina dentária, tal como nas outras áreas tem vindo a sofrer constantes mutações ao longo do tempo. No início, qualidade seria definida como estando centrada no julgamento feito pelo próprio indivíduo sobre o serviço ou produto realizado até aos tempos de hoje em que é aceite que a qualidade é apenas o que o cliente acha sobre determinado produto ou serviço.

A qualidade na medicina dentária é um tema bastante amplo e importante tanto para o médico dentista assim como o paciente. Sendo assim, é importante que seja percebido quais os fatores que tornam uma consulta no gabinete dentário, um serviço de qualidade de maneira a ir de encontro às expectativas do paciente, tornando assim num serviço satisfatório para o mesmo.

Como tal cabe ao médico dentista ser capaz de utilizar técnicas de desenvolvimento contínuo e assim estar sempre a par das novas evidências científicas de maneira a que consiga executar o tratamento que melhor irá de encontro ao paciente, levando a melhorar a sua saúde oral e consequentemente qualidade de vida.

IV. Bibliografia

- Al Abri, Rashid and Al-Balushi, A. (2014). Patient Satisfaction Survey as a Tool Towards Quality Improvement, *29*(1), 3–7.
- Allen, P. F. (2003). Assessment of oral health related quality of life_ - Abstract - UK PubMed Central, *8*, 1–8.
- Ball, P., & Braun, V. M. (1994). Next-to-leading-order corrections to meson masses in the heavy quark effective theory. *Physical Review D*, *49*(5), 2472–2489. <https://doi.org/10.1103/PhysRevD.49.2472>
- Bastos Machado de Resende, C. M., de Medeiros Alves, A. C., Coelho, L., Alchieri, J. C., Giuseppe Roncalli, A., & Seabraaz Barbosa, G. A. (2013). Quality of life and general health in patients with temporomandibular disorders. *Brazilian Oral Research*, *27*(2), 116–121. <https://doi.org/10.1590/S1806-83242013005000006>
- Biesta, G. (2007). WHY ““ WHAT WORKS ”” WON ’ T WORK : EVIDENCE-BASED PRACTICE AND THE DEMOCRATIC DEFICIT IN EDUCATIONAL RESEARCH that teaching should be or become an evidence-based profession has recently come tional research that were commissioned by the Department for Ed. *Educational Theory*, *57*(1), 1–22. <https://doi.org/10.1111/j.1741-5446.2006.00241.x>
- Brignardello-Petersen, R., Carrasco-Labra, A., Booth, H. A., Glick, M., Guyatt, G. H., Azarpazhooh, A., & Agoritsas, T. (2014). A practical approach to evidence-based dentistry: How to search for evidence to inform clinical decisions. *Journal of the American Dental Association*, *145*(12), 1262–1267. <https://doi.org/10.14219/jada.2014.113>
- Buset, S. L., Walter, C., Friedmann, A., Weiger, R., Borgnakke, W. S., & Zitzmann, N. U. (2016). Are periodontal diseases really silent? A systematic review of their effect on quality of life. *Journal of Clinical Periodontology*, *43*(4), 333–344. <https://doi.org/10.1111/jcpe.12517>
- Butt, M. M., & de Run, E. C. (2010). Private healthcare quality: Applying a SERVQUAL model. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, *23*(7), 658–673. <https://doi.org/10.1108/09526861011071580>
- Carlsson, G. E., & Omar, R. (2010). The future of complete dentures in oral rehabilitation.

- A critical review. *Journal of Oral Rehabilitation*, 37(2), 143–156. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2842.2009.02039.x>
- Carlucci, D., Renna, P., & Schiuma, G. (2013). Evaluating service quality dimensions as antecedents to outpatient satisfaction using back propagation neural network. *Health Care Management Science*, 16(1), 37–44. <https://doi.org/10.1007/s10729-012-9211-1>
- Caruana, A., Ewing, M. T., & Ramaseshan, B. (2000). Assessment of the three-column format SERVQUAL: An experimental approach. *Journal of Business Research*, 49(1), 57–65. [https://doi.org/10.1016/S0148-2963\(98\)00119-2](https://doi.org/10.1016/S0148-2963(98)00119-2)
- Chang, W. J., & Chang, Y. H. (2013). Patient satisfaction analysis: Identifying key drivers and enhancing service quality of dental care. *Journal of Dental Sciences*, 8(3), 239–247. <https://doi.org/10.1016/j.jds.2012.10.006>
- Dahlstrm, L., & Carlsson, G. E. (2010). Temporomandibular disorders and oral health-related quality of life. A systematic review. *Acta Odontologica Scandinavica*, 68(2), 80–85. <https://doi.org/10.3109/00016350903431118>
- Donabedian, A. (1988). The quality of care. How can it be assessed? Comentario. *Jama*, 260(12), 1743–1748. <https://doi.org/10.1001/jama.260.12.1743>
- Felce, D., & Perry, J. (1995). Quality of life: Its definition and measurement. *Research in Developmental Disabilities*, 16(1), 51–74. [https://doi.org/10.1016/0891-4222\(94\)00028-8](https://doi.org/10.1016/0891-4222(94)00028-8)
- Ferreira, M. C., Dias-Pereira, A. C., Branco-de-Almeida, L. S., Martins, C. C., & Paiva, S. M. (2017). Impact of periodontal disease on quality of life: a systematic review. *Journal of Periodontal Research*, 52(4), 651–665. <https://doi.org/10.1111/jre.12436>
- Feu, D., De Oliveira, B. H., De Oliveira Almeida, M. A., Kiyak, H. A., & Miguel, J. A. M. (2010). Oral health-related quality of life and orthodontic treatment seeking. *American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics*, 138(2), 152–159. <https://doi.org/10.1016/j.ajodo.2008.09.033>
- Fry, P. S. (2000). Guest Editorial: Aging and Quality of Life (QOL)—The Continuing Search for Quality of Life Indicators. *The International Journal of Aging and Human Development*, 50(4), 245–261. <https://doi.org/10.2190/44NJ-K9YQ-H44X-H3HV>
- Gerritsen, A. E., Allen, P. F., Witter, D. J., Bronkhorst, E. M., & Creugers, N. H. J. (2010). Tooth loss and oral health-related quality of life: A systematic review and meta-analysis. *Health and Quality of Life Outcomes*, 8, 1–11.

- <https://doi.org/10.1186/1477-7525-8-126>
- Glick, M., Williams, D. M., Kleinman, D. V., Vujcic, M., Watt, R. G., & Weyant, R. J. (2016). A new definition for oral health developed by the FDI World Dental Federation opens the door to a universal definition of oral health. *British Dental Journal*, 221(12), 792–793. <https://doi.org/10.1038/sj.bdj.2016.953>
- Goetz, K., Campbell, S., & Broge, B. (2014). Effectiveness of a Quality Management Program in Dental Care Practices. *BMC Oral*, 201414, (1).
- Grönroos, C. (2001). Guru ' s view The perceived service quality concept ± a mistake ? *Managing Service Quality: An International Journal*, Vol. 11(Iss. 3), 150–152. <https://doi.org/10.1108/09604520110393386>
- Healey, D., & Lyons, K. (2002). Evidence-based practice in dentistry. *The New Zealand Dental Journal*, 98(432), 32–35.
- Ismail, A. I., & Bader, J. D. (2004). Evidence-based dentistry in clinical practice. *Journal of the American Dental Association*, 135(1), 78–83. <https://doi.org/10.14219/jada.archive.2004.0024>
- Izadi, A., JAHANI, Y., Rafiei, S., Masoud, A., & Vali, L. (2016). Evaluating health service quality: using importance performance analysis. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 30(7), 656–663.
- Johal, A., Alyaqoobi, I., Patel, R., & Cox, S. (2015). The impact of orthodontic treatment on quality of life and self-esteem in adult patients. *European Journal of Orthodontics*, 37(3), 233–237. <https://doi.org/10.1093/ejo/cju047>
- Kaplan, R. M., & Ries, A. L. (2007). Quality of life: Concept and definition. *COPD: Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, 4(3), 263–271. <https://doi.org/10.1080/15412550701480356>
- Kiyak, H. A. (2008). Does Orthodontic Treatment Affect Patients' Quality of Life? *Journal of Dental Education*, 72(8), 886–894. <https://doi.org/72/8/886> [pii]
- Kumar, M., Tat Kee, F., & Taap Manshor, A. (2009). Determining the relative importance of critical factors in delivering service quality of banks. *Managing Service Quality: An International Journal*, 19(2), 211–228. <https://doi.org/10.1108/09604520910943198>
- Liu, P., McGrath, C., & Cheung, G. S. P. (2014). Improvement in oral health-related quality of life after endodontic treatment: A prospective longitudinal study. *Journal of Endodontics*, 40(6), 805–810. <https://doi.org/10.1016/j.joen.2014.02.008>

- Macur, M. (2013). Quality in health care: Possibilities and limitations of quantitative research instruments among health care users. *Quality and Quantity*, 47(3), 1703–1716. <https://doi.org/10.1007/s11135-011-9621-z>
- Mahrous, M. S., & Hifnawy, T. (2012). Patient satisfaction from dental services provided by the College of Dentistry, Taibah University, Saudi Arabia. *Journal of Taibah University Medical Sciences*, 7(2), 104–109. <https://doi.org/10.1016/j.jtumed.2012.12.002>
- McGlone, P., Watt, R., & Sheiham, A. (2001). Evidence-based dentistry: An overview of the challenges in changing professional practice. *British Dental Journal*, 190(12), 636–639. <https://doi.org/10.1038/sj.bdj.4801062a>
- Mcgowan, M., & Reid, B. (2018). feedback system for older adults, (August), 936–941.
- Minayo, M. C. de S., Hartz, Z. M. de A., & Buss, P. M. (2000). Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciência & Saúde Coletiva*, 5(1), 7–18. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232000000100002>
- Moen, R., & Norman, C. (2009). Evolution of the PDCA Cycle. *Society*, 1–11.
- NHS Improvement. (2017). Plan, Do, Study, Act (PDSA) cycles and the model for improvement. 2018. Retrieved from <https://improvement.nhs.uk/resources/pdsa-cycles/>
- Nlc. (2013). Continuous Quality Improvement (CQI) Strategies to Optimize your Practice, 1–20.
- Parasuman, A., Zeithaml, V., & Berry, L. (1988). A Multiple Item Scale for Measuring Consumer Perceptions of Service Quality. *Journal of Retailing*, 64(1), 12–37. [https://doi.org/10.1016/S0148-2963\(99\)00084-3](https://doi.org/10.1016/S0148-2963(99)00084-3)
- Peer, M., & Mpinganjira, M. (2011). Understanding service quality and patient satisfaction in private medical practice: a case study, 5(9). <https://doi.org/10.5897/AJBM10.1559>
- Petersen, P. E. (2003). The World Oral Health Report 2003 WHO Global Oral Health Programme. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 31 Suppl 1, 3–23. <https://doi.org/10.1046/j..2003.com122.x>
- Precious, D. S. (2011). Continuous quality improvement. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology and Endodontology*, 112(4), 413. <https://doi.org/10.1016/j.tripleo.2011.06.027>
- Ramos-Jorge, J., Alencar, B. M., Pordeus, I. A., da Consola????o Soares, M. E., Marques,

- L. S., Ramos-Jorge, M. L., & Paiva, S. M. (2015). Impact of dental caries on quality of life among preschool children: Emphasis on the type of tooth and stages of progression. *European Journal of Oral Sciences*, 123(2), 88–95. <https://doi.org/10.1111/eos.12166>
- Reeves, C. A., & Bednar, D. A. (1994). Defining Quality: Alternatives and Implications. *Academy of Management Review*, 19(3), 419–445. <https://doi.org/10.5465/AMR.1994.9412271805>
- Reissmann, D. R., Dard, M., Lamprecht, R., Struppek, J., & Heydecke, G. (2017). Oral health-related quality of life in subjects with implant-supported prostheses: A systematic review. *Journal of Dentistry*, 65, 22–40. <https://doi.org/10.1016/j.jdent.2017.08.003>
- Rohlin, M., Shaub, R. M. H., Holbrook, P., Leibur, E., Levy, G., Roubalikova, L., ... Feldman, C. (2002). Continuous quality improvement. *European Journal of Dental Education*, 6(1), 67–77. <https://doi.org/10.1034/j.1600-0579.6.s3.9.x>
- Sackett, D. L., Rosenberg, W. M. C., Gray, J. a M., Haynes, R. B., & Richardson, W. S. (1996). Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *British Medical Journal*, 312(7023), 71–72. <https://doi.org/10.1136/bmj.312.7023.71>
- Slade, G. D. (1997). Concepts of Oral Health, Disease and the Quality of Life. *Measuring Oral Health and Quality of Life*, 172.
- Sokovic, M., Pavletic, D., & Pipan, K. K. (2010). Quality Improvement Methodologies – PDCA Cycle, RADAR Matrix, DMAIC and DFSS Industrial management and organisation Industrial management and organisation. *Journal of Achievements in Materials and Manufacturing Engineering*, 43(1), 476–483.
- Waal, S., Soet, J., Wesselink, J. et al. (2017). Calcium Hydroxide Treatment Does Not Alter the Susceptibility of Enterococcus faecalis Biofilms to Sodium Hypochlorite. *SEuropean Endodontic Journal*. <https://doi.org/10.5152/eej.2017.17008>
- Weintraub, A. M. (1996). Continuous quality improvement and dental practice: A marriage of necessity. *Journal of the American Dental Association*, 127(7), 1099–1106. <https://doi.org/10.14219/jada.archive.1996.0336>
- Yamalik, N. (2007). Quality systems in dentistry. Part 1. The increasing pressure for quality and implementation of quality assurance and improvement (QA/I) models in health care. *International Dental Journal*, 57(5), 338–346. <https://doi.org/10.1111/j.1875-595X.2007.tb00143.x>

Yarimoglu, E. K. (2014). A Review on Dimensions of Service Quality Models. *Journal of Marketing Management*, 2(2), 79–93.