

ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SERGIO AROUCA -EAD/FIOCRUZ
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ

Jeanne da Cunha Macedo

**INCIDÊNCIA DE QUEILITE ACTÍNICA EM MILITARES DA
ATIVA/INATIVOS ATENDIDOS NA CLÍNICA DE ESTOMATOLOGIA
DA ODONTOCLÍNICA CENTRAL DA MARINHA:
UMA PROPOSTA DE INTERVENÇÃO**

Rio de Janeiro
2020

Jeanne da Cunha Macedo

**INCIDÊNCIA DE QUEILITE ACTÍNICA EM MILITARES DA
ATIVA/INATIVOS ATENDIDOS NA CLÍNICA DE ESTOMATOLOGIA
DA ODONTOCLÍNICA CENTRAL DA MARINHA:
UMA PROPOSTA DE INTERVENÇÃO**

Trabalho de conclusão de curso apresentado à Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca – CDEAD/ENSP/FIOCRUZ como requisito parcial no Curso de Especialização Gestão em Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Gisele Pinto de Oliveira

Rio de Janeiro
2020

Jeanne da Cunha Macedo

INCIDÊNCIA DE QUEILITE ACTÍNICA EM MILITARES DA
ATIVA/INATIVOS ATENDIDOS NA CLÍNICA DE ESTOMATOLOGIA DA
ODONTOCLÍNICA CENTRAL DA MARINHA:
UMA PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca – EAD/ ENSP/FIOCRUZ como requisito parcial no Curso de Especialização Gestão em Saúde.

Aprovado em ___/___/___

BANCA EXAMINADORA

Nome, Instituição

Nome, Instituição

Nome, Instituição

DEDICATÓRIA

Dedico esse trabalho à memória de Luana Santana Neves Ferreira e de Priscia Karen de Araújo Silva, pacientes da Clínica de Estomatologia da OCM que muito nos ensinaram. Deus chama os melhores para junto de si.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, que com sua infinita misericórdia, sempre me surpreende. Seus sonhos são maiores e melhores que os meus.

Ao meu marido Rafael, pelo apoio, por me ajudar a encarar os desafios de uma forma mais leve e por transformar meus sonhos nos nossos sonhos. Minha gratidão pela nossa linda família.

À minha mãe Neuracy, mulher forte que tanto amo, muito obrigada por cuidar do nosso bebê para que eu pudesse estudar tranquila. Essa vitória também é sua.

Ao meu filho Bernardo, minha vida, tudo é por você.

Ao meu irmão Helber, por toda a ajuda no início da minha carreira, quando tudo era muito mais difícil.... Que nossos filhos entendam que o saber é a única coisa que não pode nos ser tirada e que herdem nossa paixão pelos estudos.

Ao meu querido pai João Macedo, que hoje comemora minhas vitórias do alto junto daqueles que também me amam e aos meus saudosos avós Margarida e Pordomiro, que diante de toda a sua humildade, transmitiram os conhecimentos mais valiosos que comigo carrego.

À Marinha do Brasil, representada pela EGN, pela oportunidade do contínuo crescimento profissional e à Direção da Odontoclínica Central da Marinha, por todo apoio à realização desse trabalho, pela confiança em mim depositada e pelo incentivo à educação continuada.

À Escola de Saúde da Fiocruz e à minha tutora, Gisele Oliveira, por todo conhecimento transmitido, pela dedicação e comprometimento e pela orientação assertiva na condução desse trabalho.

Ao mestre CMG (RM1-CD) Marco Aurélio Andrade, que vislumbrou a criação da Clínica de Estomatologia, pelo respeito e dedicação à especialidade e aos pacientes e por todos os ensinamentos deixados.

À Chefe do Departamento de Ensino da OCM, CF (CD) Roberta Deris, por todo apoio ao longo desse curso e pelos ensinamentos diários.

Ao Chefe da Clínica de Estomatologia, CF(CD) Hiran Coelho, meu amigo, que divide comigo a paixão pelos estudos e pela Estomatologia, meu agradecimento por todo apoio a este trabalho e por ser um exemplo no atendimento humano que dispensa aos pacientes.

Ao meu amigo, CC(CD) Alexandro Azevedo, pela sua contribuição com dados estatísticos e fotografias deste trabalho e pela parceria ao longo de todos esses anos.

À CC(CD) Daniela Cia, editora-chefe da Revista Naval de Odontologia, pela colaboração neste trabalho e pela sua paixão pela pesquisa científica.

Ao amigo, CT(CD) Marcus Silami, pelo apoio a este trabalho e pelo amor e dedicação aos pacientes da Clínica de Estomatologia.

A toda equipe da Clínica de Estomatologia da Odontoclínica Central da Marinha, que consegue transformar nossa pesada rotina numa convivência leve e feliz, e aos nossos pacientes, pela confiança na equipe e pela troca de ensinamentos. Ao longo desses anos, aprendi muito com vocês.

A todos os professores dos Serviços de Estomatologia/ Patologia Oral da UFRJ, que fizeram parte da minha formação, em especial às queridas Professoras Maria Elisa Rangel Janini e Marcia Grillo Cabral.

Ao Professor Fabio Ramoa Pires, pelo seu empenho na análise laboratorial de todos os casos deste trabalho.

A todos os amigos que a Marinha me deu, muito obrigada!

RESUMO

A Queilite Actínica (QA) é uma desordem potencialmente maligna decorrente da exposição prolongada à radiação solar. Os profissionais da Marinha do Brasil realizam atividades militares que necessitam de exposição solar. Existe uma cultura dentro das organizações militares de que o militar deve ser “resistente ao tempo” e, por isso, desde a sua formação, o militar é exposto a diversas atividades em períodos de alta incidência solar, como formaturas, ordem unida e treinamento físico-militar. Os danos causados pela radiação são cumulativos e essa cultura organizacional somada às atividades inerentes à profissão colocam os militares como um grupo de risco para desenvolver doenças associadas à exposição solar, como a queilite actínica e o câncer de lábio. O presente trabalho visa estabelecer a incidência de queilite actínica em militares ativos/inativos da Marinha do Brasil, atendidos na Clínica de Estomatologia da Odontoclínica Central da Marinha (OCM) no período compreendido entre os anos de 2011 e 2019. As causas críticas estabelecidas foram: pouco conhecimento dos profissionais da Atenção Básica sobre a doença e as ações do programa de Prevenção ao Câncer de Boca que estão limitadas às Organizações Militares do Sistema de Saúde da Marinha. Este projeto de intervenção propõe ações para aumentar o conhecimento do público-alvo e dos dentistas da Atenção Básica sobre a doença, de modo a reduzir a incidência e estabelecer diagnósticos em estágios mais precoces.

Palavras-chave: Queilite; Câncer de Boca; Lábio; Atividades militares; Radiação solar.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1- Treinamento militar de evacuação de ferido.....	12
Figura 2- Treinamento militar de evacuação aeromédica.....	13
Figura 3- Atividades em convés de navio.....	13
Figura 4- Formatura.....	14
Figura 5- Paciente C.R.S., 2020.....	20
Figura 6- Paciente A.M.A.A., 2020.....	20
Figura 7- Paciente J.J.H, 2020.....	21
Figura 8- Paciente F.C.L.L., 2020.....	21

LISTA DE QUADROS

Quadro 1- Matriz de Programação de Ações da Causa Crítica I.....	32
Quadro 1- Matriz de Programação de Ações da Causa Crítica I (continuação)	33
Quadro 2- Matriz de Programação de Ações da Causa Crítica II.....	35

LISTA DE SIGLAS

AB – Atenção Básica
BONO – Boletim de Ordens e Notícias da Marinha
CCE – Carcinoma de Células Escamosas
CMAM – Centro Médico Assistencial da Marinha
DPM – Desordem Potencialmente Maligna
EAD – Ensino a Distância
HNMD – Hospital Naval Marcílio Dias
HPV – Papilomavírus Humano
MB – Marinha do Brasil
OCM – Odontoclínica Central da Marinha
OM – Organização Militar
POIT – Posto Oceanográfico da Ilha de Trindade
PSM – Programas de Saúde da Marinha
QA – Queilite Actínica
RNO – Revista Naval de Odontologia
SES – Status socioeconômico
SSM – Sistema de Saúde da Marinha
UERJ – Universidade do Estado do Rio de Janeiro
UVB – Ultravioleta B

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
1.1 OBJETIVOS.....	11
1.1.1 OBJETIVO GERAL.....	11
1.1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	11
1.2 JUSTIFICATIVA.....	12
1.3 METODOLOGIA.....	15
2 REFERENCIAL TEÓRICO	15
2.1 CÂNCER DE BOCA.....	15
2.2 DESORDENS POTENCIALMENTE MALIGNAS.....	17
2.3 QUEILITE ACTÍNICA.....	19
2.4 PROGRAMA DE SAÚDE BUCAL E O PAPEL DA CLÍNICA DE ESTOMATOLOGIA DA OCM NA PREVENÇÃO DO CÂNCER DE BOCA.....	24
3 O PROJETO DE INTERVENÇÃO	26
3.1 DESCRIÇÃO DA SITUAÇÃO-PROBLEMA.....	28
3.2 EXPLICAÇÃO OU ANÁLISE DA SITUAÇÃO-PROBLEMA.....	29
3.2.1 CAUSAS CRÍTICAS.....	30
3.3 PROGRAMAÇÃO DAS AÇÕES	31
3.3.1 CAUSA CRÍTICA I.....	31
3.3.2 CAUSA CRÍTICA II.....	34
3.4 GESTÃO DO PROJETO.....	36
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS	37
REFERÊNCIAS	39

1 INTRODUÇÃO

O Câncer da Boca (também conhecido como câncer de lábio e cavidade oral) é um tumor maligno que afeta lábios e estruturas da boca como gengivas, bochechas, céu da boca, língua (principalmente as bordas) e a região embaixo da língua. É mais comum em homens acima dos 40 anos e maioria dos casos é diagnosticada em estágios avançados. Os fatores de risco mais conhecidos incluem o tabagismo e o consumo excessivo de álcool, sendo que o risco é 30 vezes maior para os indivíduos que fumam e bebem do que para aquelas pessoas que não o fazem. Entre outros fatores de risco, encontra-se a exposição ao sol sem proteção (importante risco para o câncer de lábio), o excesso de gordura corporal, a infecção pelo HPV-Papilomavírus humano (relacionada ao câncer de orofaringe) e fatores relacionados à exposição ocupacional (Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, 2019).

Segundo Scully (2009), antes do aparecimento do câncer oral, desordens potencialmente malignas (DPM) podem estar presentes. Considera-se uma lesão potencialmente maligna um tecido benigno, morfológicamente alterado, cuja frequência de transformação maligna é maior do que a da mucosa normal (Neville, *et al.* 2016).

A Queilite Actínica (QA), também conhecida como “lábio do marinho”, é uma doença precursora do Carcinoma de Células Escamosas (CEC) do lábio. É considerada uma lesão potencialmente maligna causada por exposição crônica ao sol. Visto que o CEC dos lábios é considerado uma forma de alto risco de câncer de pele com 11% de chance de metástase em comparação com 1% para outras localizações corporais, é essencial reconhecer e gerenciar adequadamente essas lesões precursoras potencialmente malignas (Muse, 2020).

Baldes *et al.*(2016) realizou um trabalho de pesquisa com o objetivo de determinar a prevalência da QA, a partir de um levantamento dos prontuários odontológicos dos pacientes atendidos na Clínica de Estomatologia da Odontoclínica Central da Marinha (OCM), no período de Maio de 2011 à Setembro de 2014 (3 anos e 4 meses). Foi realizado um levantamento retrospectivo com análise das fichas clínicas dos pacientes com uma amostra de 1.057 fichas clínicas de pacientes. Desses, 29 pacientes (2,7%) apresentavam diagnóstico clínico e/ou histopatológico de QA. Os autores destacaram que 86,9% dos pacientes diagnosticados com QA eram militares da reserva, todos pacientes homens. A totalidade dos pacientes diagnosticados com QA não tinha conhecimento da sua lesão. Apesar da prevalência encontrada, 2,7%, estar

dentro do relatado na literatura para população em geral, esperava-se que esse número fosse muito menor, principalmente dentro do contexto de uma população com facilidade de acesso ao tratamento odontológico, como é o caso dos usuários do Sistema de Saúde da Marinha do Brasil (SSM). Esse estudo contribuiu para revelar a alta incidência da doença em militares da Marinha do Brasil (MB).

O presente trabalho está organizado em 04 seções. Na primeira seção, denominada Introdução, será exposta uma síntese geral sobre o tema abordado. Na segunda, serão apresentados, no Referencial Teórico, possíveis motivos para explicar porque a morbidade/mortalidade do câncer de boca não reduziu apesar dos avanços científicos; o conceito de desordem potencialmente maligna; o conceito de queilite actínica, seus fatores etiológicos e prevalência; e uma breve descrição do Programa de Saúde Bucal e do papel da Clínica de Estomatologia da OCM na prevenção do câncer de boca. Na terceira seção será apresentado o Projeto de Intervenção que traz a descrição da situação-problema, a explicação da mesma, as matrizes de programação das ações e a gestão do projeto. E, por fim, na última seção, serão apresentadas as Considerações finais.

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 OBJETIVO GERAL

O objetivo geral deste trabalho é reduzir a incidência de QA em militares atendidos na Clínica de Estomatologia da OCM nos próximos anos.

1.1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Os objetivos específicos são capacitar profissionais da Atenção Básica para reconhecer a doença e aumentar o conhecimento do público alvo sobre a doença, de modo a reduzir a incidência e estabelecer diagnósticos em estágios mais precoces.

1.2 JUSTIFICATIVA

Os militares realizam muitas atividades ocupacionais que necessitam de exposição solar, como por exemplo: atividades de reparos em navios, treinamentos de combate, atividade de reparo em antenas de estação-rádio, treinamentos de fuzileiros navais, atividades de aviação, formaturas, treinamento físico-militar e atividades desportivas. Essas atividades somadas à ausência de uma cultura de prevenção ao sol colocam os militares como um grupo de risco ocupacional para desenvolver doenças decorrentes de exposição cumulativa à radiação solar. As fotos abaixo (Figuras 1, 2, 3 e 4) foram gentilmente cedidas pelo CC(CD) Azevedo e ilustram atividades do dia-a-dia dos militares que exigem exposição ao sol.

Figura 1: Treinamento militar de evacuação de ferido



Fonte: acervo pessoal do CC(CD) Azevedo.

Figura 2: Treinamento militar de evacuação aeromédica.



Fonte: acervo pessoal do CC(CD) Azevedo.

Figura 3: Atividades em convés de navio.



Fonte: acervo pessoal do CC(CD) Azevedo.

Figura 4: Formatura.

Fonte: acervo pessoal do CC(CD) Azevedo.

Os trabalhos anteriormente realizados por Coelho (2013) e Baldes (2016) com os pacientes atendidos na Clínica de Estomatologia da OCM já sinalizaram a existência de uma possível situação-problema em relação à alta incidência de QA em militares. A ideia de elaborar esse projeto de intervenção partiu de reuniões entre os membros da Clínica de Estomatologia da OCM, que, incomodados com a maior incidência da doença entre os militares e com o desconhecimento dos pacientes sobre a doença, decidiu pela importância de programar ações que busquem atingir diretamente o público-alvo.

As consequências da alta incidência de QA em militares são: o aumento da morbidade devido à possibilidade de a doença progredir para uma lesão maligna de lábio, o aumento dos custos do tratamento, com necessidade de cirurgias mais extensas e outras terapias associadas e a necessidade de deslocar o militar da ativa de função, ou seja, o militar da ativa precisa deixar de exercer sua função principal para evitar a progressão da doença.

Ao identificar as causas da alta incidência de QA em militares, pode-se colocar em prática ações para mudar essa situação-problema, de modo a beneficiar os pacientes com redução da incidência da doença e diagnósticos em estágios mais precoces, bem como beneficiar o SSM com a redução dos custos do tratamento especializado.

1.3 METODOLOGIA

Este trabalho consiste numa Pesquisa de Intervenção desenvolvida através de um estudo de caso de abordagem qualitativa. Sua finalidade é explicar a situação-problema e propor soluções efetivas. Durante uma reunião de *brainstorming*, a equipe da Clínica de Estomatologia da OCM apontou uma lista de problemas e o problema prioritário foi selecionado pela técnica do grupo nominal.

Para quantificar o problema e estabelecer os descritores, o método utilizado foi o levantamento e análise das fichas clínicas e prontuários eletrônicos dos pacientes atendidos, buscando-se identificar o quantitativo de QA, a proporção que as QA representam entre os casos de DPM e a porcentagem de QA em militares da ativa e inativos.

Foi realizada uma reunião com toda a equipe da Clínica de Estomatologia para estabelecer as possíveis causas para o problema e as causas críticas. As causas críticas selecionadas foram as que estavam dentro da governabilidade da OCM, de forma a permitir ações gerenciais para eliminar ou reduzir o problema.

Estabelecidas duas causas críticas, a Programação das Ações foi desenvolvida em duas matrizes nas quais se destacam as metas a serem alcançadas, os responsáveis pela execução e os prazos de conclusão.

A metodologia utilizada no Referencial Teórico foi pesquisa nos bancos de dados Medline, Pubmed e Scielo realizada em junho de 2020. As palavras-chave e termos de pesquisa utilizados foram: queilite actínica, *actinic cheilitis*, câncer de boca, câncer de lábio, atividades militares, exposição solar, radiação solar e desordens potencialmente malignas.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 CÂNCER DE BOCA

De acordo com o Manual Técnico de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças na Saúde Suplementar:

O controle do câncer no Brasil representa um dos grandes desafios que a saúde pública enfrenta e demanda ações intersetoriais e multidisciplinares. Representa uma causa importante de morbimortalidade uma vez que mais de

50% dos casos são diagnosticados em estágios avançados da doença. (ANS, 2009, p.206)

Entretanto, o câncer de boca é uma doença que pode ser prevenida de forma relativamente simples, por meio de ações que visem à promoção da saúde e controle dos fatores de risco, acesso aos serviços de saúde e o diagnóstico precoce (ANS, 2009).

Para Torres-Pereira, *et al.*(2012), embora seja notável o reconhecimento de avanços no manejo de neoplasias malignas em todas as áreas, o Câncer de Boca permanece com indicadores de morbidade e mortalidade que parecem não acompanhar o acúmulo científico no conhecimento da doença. Seu estudo teve como objetivo apresentar ações de níveis primário e secundário de atenção à saúde, que possam modificar positivamente os indicadores epidemiológicos relativos ao câncer de boca. Em relação à atenção primária, observaram que frequentemente os pacientes são recebidos por demanda espontânea e, sucessivos atrasos reduzem as chances de abordagem precoce e limitam as chances de sobrevivência. Nesse estudo os autores consideram que a prevenção secundária do câncer de boca está mais afeta ao Estomatologista, numa ação condizente com a atenção de média complexidade, visto que o perfil de pacientes com transformação maligna a partir de DPM parece diferir bastante do perfil epidemiológico descrito para a maioria dos casos de CEC (gênero masculino e tabagista). Concluem sobre a necessidade de educação continuada para que o dentista realize o exame clínico com o objetivo de detecção de lesões potencialmente malignas e malignas.

Alguns estudos apontam os determinantes socioeconômicos como fatores relevantes ao aparecimento de novos casos de câncer de boca. Para Conway, *et al.* (2008), há incertezas quanto a relação entre as desigualdades socioeconômicas e o câncer bucal. Nesse estudo, os autores buscaram avaliar quantitativamente a associação entre status socioeconômico (SES) e risco de incidência de câncer oral através de uma revisão sistemática de estudos de casos-controle publicados e não publicados. Eles concluíram que o risco de câncer oral associado com baixo SES foi significativo em países de alta e baixa renda e comparável aos fatores de risco do estilo de vida. Os autores consideram que a despeito das pesquisas focadas na genética e epidemiologia molecular do câncer oral, há uma contínua aceitação de comportamentos de risco considerados como “escolhas de estilo de vida”, muito vezes vistas de forma independente e não correlacionados às circunstâncias socioeconômicas em que as pessoas vivem. Sugeriram que as políticas de saúde, atualmente concentradas em

fatores de estilo de vida, devam ser direcionadas a uma abordagem integrada, incorporando medidas destinadas a combater as causas profundas da desigualdade social, além das mudanças comportamentais. (Conway, *et al.* 2008).

Czerninski *et al.* (2010) coletou os registros de Câncer de lábio do Registro Nacional de Câncer de Israel de 1970 a 2006 e realizou análises por localização labial, sexo, idade, origem, histologia e sobrevivência por cinco anos. Na amostra de 4337 casos, a maioria foi encontrada entre homens ($61 \pm 4\%$), pessoas com idade acima de 53 anos ($75 \pm 5\%$) e com pele mais clara ($62 \pm 6\%$). As lesões foram 40 vezes mais predominantes no lábio externo do que no interno, e no lábio inferior houve predomínio de CEC. 79% dos pacientes tiveram sobrevida de cinco anos. Os autores reportaram uma diminuição da incidência de tumores malignos do lábio inferior nos últimos anos na população estudada. E atribuíram isso a uma campanha de prevenção realizada nos últimos 15 anos, que pode ter tido resultados em detecção precoce e mudança comportamental. Também observaram uma redução do número de israelenses trabalhando ao ar livre. Os autores concluíram que as campanhas de conscientização pública e mudanças ocupacionais relacionadas à exposição ao sol são fatores importantes na redução da incidência de tumores labiais.

2.2 DESORDENS POTENCIALMENTE MALIGNAS

Segundo Warnakulasuriya *et al.* (2007), o termo DPM refere-se à lesões que apresentam uma família de alterações morfológicas entre as quais algumas podem ter um potencial aumentado de transformação maligna. Para esses autores, as DPM também são indicadores de risco de prováveis neoplasias futuras em outras partes da mucosa oral (de aparência clinicamente normal) e não apenas preditores específicos do local.

São consideradas DPM as leucoplasias, as eritroplasias, a leucoeritroplasia oral, a fibrose submucosa oral, a queratose do tabaco sem fumaça, as lesões palatinas associadas ao fumo invertido, a candidíase crônica, a glossite sifilítica, a doença do enxerto versus hospedeiro, o líquen plano, o lúpus eritematoso discóide, a queilite actínica e duas condições hereditárias raras, a disqueratose congênita e a anemia de Fanconi.

Para Warnakulasuriya *et al.*(2007), as DPM podem ser consideradas precursoras dos cânceres de boca baseado nas evidências de que: em estudos longitudinais lesões identificadas como pré-malignas sofreram transformação maligna

durante o acompanhamento clínico; algumas alterações, especialmente as placas leucoplásicas e eritroplásicas coexistem com as margens do CEC oral; algumas DPM apresentam alterações morfológicas e citológicas observadas em lesões malignas mas sem invasão tecidual e algumas das alterações cromossômicas, genômicas e moleculares encontradas em cânceres orais claramente invasivos são detectadas nas DPM.

Pires *et al.* (2020) avaliou os aspectos clínico-patológicos das DPM orais diagnosticadas no Laboratório de Patologia Bucal da Faculdade de Odontologia da UERJ por um período de 11 anos, e reuniu uma amostra de 684 casos. Nesse estudo, concluíram que as leucoplasias foram as DPM mais frequentes, seguidas das QA e que a frequência mais alta de displasia epitelial severa foi observada em pacientes mais velhos, o que corrobora a teoria de que o processo de transformação maligna é lento e gradual ao longo dos anos.

Azevedo (2020) realizou um estudo para descrever e analisar os aspectos clínicos, epidemiológicos e realizar a análise histopatológica detalhada das leucoplasias orais, leucoeritroplasias orais, eritroplasias orais e queilites actínicas diagnosticadas entre os anos de 2005 e 2018, no Laboratório de Patologia Bucal da Faculdade de Odontologia da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Foram analisadas 953 lesões de DPM, sendo 534 em mulheres (56%) e 419 em homens (44%). 87,5% dos pacientes tinham entre 41 e 80 anos na época do diagnóstico e as regiões mais acometidas foram o lábio inferior (20,1%), a língua (18,1%) e a mucosa jugal (16,9%). As lesões mais prevalentes foram as leucoplasias (74,6%), seguidas das QA, que representaram (15,2%) dos casos. A análise histopatológica revelou que 42,1% dos casos não apresentavam displasia, 33,5% apresentavam displasia leve, 14,6% displasia moderada e 9,9% displasia intensa. As lesões localizadas na língua, no assoalho de boca e no lábio inferior tiveram maior incidência de displasia moderada ou intensa. Cabe destacar aqui que nessa amostra estão incluídos todos os casos de DPM da Clínica de Estomatologia da OCM, porque todos os exames histopatológicos da clínica são realizados pelo Laboratório de Patologia Bucal da Faculdade de Odontologia da UERJ.

2.3 QUEILITE ACTÍNICA

A maioria dos cânceres bucais representam Carcinomas de Células Escamosas do lábio inferior, o qual pode ser precedido ou estar associado a uma QA.

O carcinoma de células escamosas (CCE) representa aproximadamente 90% de todas as lesões malignas da boca e em alguns casos pode ser precedido por desordens potencialmente malignas, sendo uma delas a queilite actínica (QA). O diagnóstico precoce destas lesões e intervenção em estágios precoces constituem chaves para redução da mortalidade e morbidade. (MIRANDA, 2011, p.67)

Miranda *et al.* (2011) realizou um estudo de prevalência de QA junto a trabalhadores rurais de uma usina de álcool e açúcar no Paraná. De um total de 1539 indivíduos examinados, encontraram 141 casos de QA, numa prevalência de 9,16%. Eles explicam a grande diferença de prevalência de QA encontrada nos estudos devido à diferença de tamanho das amostras, ao tipo de população avaliada e pelos critérios de classificação da doença. Quanto à cor da pele, 128 pessoas eram brancas, 12 pardas e uma negra. As alterações clínicas dos lábios mais frequentemente encontradas foram aspereza, descamação, fissuras, alterações de cor e ressecamento.

Wood *et al.*(2011) realizou uma revisão de literatura e descreveu as características clínicas da QA como placas atróficas, erosivas ou ceratóticas difusas e mal demarcadas que podem afetar algumas partes ou toda a borda do vermelhão do lábio.

As características clínicas da QA são atrofia do vermelhão do lábio inferior, perda da delimitação entre a pele e o vermelhão do lábio, placas leucoplásicas, ressecamento, fissuras e ulcerações e podem ser perfeitamente verificadas nas fotos clínicas que ilustram esse trabalho. Todas as fotos clínicas deste trabalho são de pacientes que estão em acompanhamento na Clínica de Estomatologia da OCM e todos os pacientes assinaram o Termo de Consentimento para Documentação Fotográfica, que autoriza esta publicação (Figuras 5, 6, 7 e 8).

Figura 5: Paciente C.R.S., 2020. Nessa foto, observa-se a perda de delimitação do vermelhão do lábio inferior, associado a diversas áreas de atrofia do epitélio.



Fonte: Acervo da Clínica de Estomatologia da OCM (2020)

Figura 6: Paciente A.M.A.A., 2020. Observa-se a perda de delimitação do vermelhão do lábio inferior, associada a áreas de atrofia, ressecamento e placa leucoplásica na região central.



Fonte: Acervo da Clínica de Estomatologia da OCM (2020)

Figura 7: Paciente J.J.H, 2020. Proeminente placa leucoplásica em região central de lábio inferior, associada a perda de delimitação do vermelho do lábio inferior e a áreas de atrofia.



Fonte: Acervo da Clínica de Estomatologia da OCM (2020)

Figura 8: Paciente F.C.L.L., 2020. Paciente foi diagnosticado em 2003 com QA mas não retornou para controle. Em 2020, apresentou lesão ulcerada, endurecida, de superfície crostosa em região central de lábio inferior e foi diagnosticado com CEC de lábio.



Fonte: Acervo da Clínica de Estomatologia da OCM (2020)

De acordo com Wood *et al.*(2011), as lesões de QA são resultantes da expansão clonal dos queratinócitos com alterações genômicas e moleculares induzidas pela radiação UVB. Mudanças genéticas adicionais por radiação são necessárias para a

progressão para um carcinoma. O objetivo da prevenção é reduzir a exposição cumulativa à radiação UVB. Sugerem que o uso de roupas de proteção, uso de protetores solares e evitar exposição ao sol sejam medidas adotadas na infância e continuadas ao longo da vida.

Miranda *et al.*(2011) analisaram 141 casos de QA. Dentre esses, 106 pacientes (75,19%) tinham mais de 10 anos de exposição ao sol, 20 pacientes tinham de 5 a 10 anos de exposição e 15 tinham menos de 5 anos. Houve diferença estatisticamente significativa ($p=0,009$) com relação à prevalência da severidade quando comparados os casos de QA leve com os casos de QA moderada e severa nos pacientes que tiveram exposição ao sol por mais de 10 anos. Segundo os autores, os casos de maior severidade foram observados em maior número quanto maior fosse o tempo de exposição do indivíduo ao sol porque os efeitos maléficos do sol são acumulativos.

Paulino (2015) realizou uma revisão sistemática de vários estudos de modo a estabelecer a prevalência de QA. Essa revisão incluiu uma busca abrangente nas bases de pesquisa Pubmed/Medline, Scopus, Web of Science, Scielo, PAHO, WHOLIS, Medcaribe e Cochrane Library, utilizando a BIREME, de 1989 a 2014. Todos os artigos incluídos foram criticamente avaliados quanto à qualidade metodológica e risco de viés. Os resultados demonstraram que a prevalência de QA na população de maneira em geral é baixa quando comparada a populações específicas. A prevalência de QA na população em geral variou de 1,0% a 4,6% e, nos que trabalhavam expostos ao sol, a prevalência variou de 9,6% a 43,2%. A variação da prevalência encontrada na população exposta ao sol foi grande (9,6 % – 43,2%). A autora atribuiu isso a diferenças nos tamanhos das amostras, ao grau de exposição e aos fatores associados modificáveis, como sexo, etnia, etilismo, tabagismo e escolaridade. Outros estudos corroboram essa grande variação de prevalência de QA em indivíduos expostos ao sol, como os de Sarmiento-Santana *et al.*(2014) e o de Martins-Filho (2011), que mostraram uma prevalência de 0,45% e 2,4% na população geral, e entre 4,2% a 43,2% para indivíduos que desenvolvem atividades expostas ao sol.

Cavalcante (2008) avaliou 29 pacientes com diagnóstico histopatológico de QA. Desses, 72,41% eram homens, 75,86% tinham mais de 40 anos de idade, 72,41% eram não fumantes, 93,10% eram brancos e 6,90% eram negros. Dois indivíduos da amostra eram negros, demonstrando que a QA não é exclusiva de indivíduos de pele clara. Em relação ao grau de displasia epitelial, 10,34% dos casos apresentavam displasia leve, 27,59% displasia moderada e 62,07% displasia severa.

Barros *et al.*(2020) realizou estudo retrospectivo de todos os casos de lesões de lábios tratados no Serviço de Diagnóstico Oral da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, de janeiro de 2006 a dezembro de 2016. De um total de 587 lesões de lábio, 164 representavam DPM (30,7%). E, dentre as DPM, foram diagnosticados 136 casos de QA, o que representou 82,9% das DPM encontradas.

Lopes *et al.*(2015) realizou um estudo retrospectivo de todos os pacientes diagnosticados com QA que foram tratados no Departamento de Diagnóstico Oral da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, entre janeiro de 2000 e outubro de 2013, com o objetivo de verificar o perfil demográfico e clínico-patológico e identificar o manejo instituído para esses pacientes. Na amostra de 161 casos, 20 indivíduos eram de pele castanho-escura ou negra, demonstrando que QA não é uma doença exclusiva de indivíduos de pele mais clara. 80,3% dos pacientes possuíam ocupação que envolvia exposição crônica ao sol. Os autores sugerem que esse achado reforça a necessidade de identificação precoce em indivíduos de risco ocupacional, para estabelecer um tratamento interceptativo e prevenir a transformação maligna.

Para Lopes *et al.*(2015) os resultados desse estudo corroboram o perfil de indivíduos com câncer de lábio frequentemente relatado na literatura: homens brancos, com mais de 40 anos, que trabalham ao ar livre, precisam de um exame cuidadoso dos lábios, proteção solar diária e monitoramento de longo prazo. As características clínicas e demográficas não mostraram associação com o grau histopatológico das lesões, por isso sugerem que os resultados da biópsia sejam determinantes na escolha da terapia a ser instituída.

Main (1994) sugeriu que os dentistas examinem os lábios visualmente e por palpação durante exames de rotina, porque a QA é uma condição comum e prontamente diagnosticada clinicamente, fim evitar o progresso da doença através do uso de protetores solares.

Coelho (2013) realizou um levantamento retrospectivo e transversal das fichas clínicas e prontuários eletrônicos dos pacientes examinados no Serviço de Estomatologia e Patologia Bucal da OCM, no período de maio de 2011 a maio de 2012, para determinar a prevalência e localização anatômica de lesões benignas, DPM e lesões malignas da cavidade bucal e estruturas adjacentes, bem como evidenciar a importância da técnica de rastreamento. Nesse período, cerca de 17.776 pacientes foram atendidos e 330 pacientes (1,86%) apresentaram uma ou mais lesões da mucosa bucal e estruturas adjacentes. Seus resultados mostraram um total de 35 pacientes com DPM e 10

pacientes com lesões malignas da cavidade bucal, representando 12,23% do total de lesões encontradas. Das 35 DPM encontradas, 10 lesões representaram QA (9 pacientes do gênero masculino e 1 paciente do gênero feminino). Em três dos 10 pacientes com QA foi considerado como diagnóstico diferencial o CEC de lábio e foram biopsiados. Em um deles, o laudo histopatológico mostrou displasia epitelial moderada. Todos os pacientes com QA relataram na anamnese exposição solar exagerada, em virtude de suas atividades laborais. Cabe aqui destacar que no período do referido estudo o Serviço de Estomatologia e Patologia Bucal da OCM ainda funcionava em conjunto com o Serviço de Semiologia, que realiza uma triagem de todos os pacientes que comparecem à OCM. A Clínica de Estomatologia foi criada em maio de 2017, separando-se fisicamente do Serviço de Semiologia.

2.4 PROGRAMA DE SAÚDE BUCAL E O PAPEL DA CLÍNICA DE ESTOMATOLOGIA DA OCM NA PREVENÇÃO DO CÂNCER DE BOCA

As Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal (2004) recomendam que, no caso dos adultos, a atenção odontológica deve estar integrada aos programas de saúde do trabalhador e segurança no trabalho, viabilizando a detecção dos riscos específicos.

Segundo o Manual Técnico de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças na Saúde Suplementar:

Atualmente, observa-se um esforço para promover uma maior integração da saúde bucal aos serviços de saúde em geral, a partir da conjugação de saberes e práticas que apontem para a promoção e vigilância em saúde, prevenção de riscos e doenças, e a consequente revisão das práticas assistenciais. (ANS, 2009, p.203)

Ainda de acordo com a ANS (2009), em Odontologia observa-se a descontinuidade da atenção e a fragmentação do cuidado, porque cada especialista se encarrega de uma parte do tratamento, sem que haja um profissional responsável pelo acompanhamento do usuário durante toda linha do cuidado. Para solucionar esse problema, sugere que as práticas sejam direcionadas para resgatar o vínculo e a responsabilidade profissional-paciente, de modo a atender o princípio da Integralidade.

Atendendo a essas recomendações de integralidade do cuidado, revisão de práticas assistenciais e integração da saúde bucal com os demais serviços de saúde, a MB estabeleceu os Programas de Saúde da Marinha (PSM). De acordo com a DSM-

2006 (Brasil, 2015), os PSM foram criados com o propósito de desenvolver atividades voltadas à prevenção da doença, quer seja pela promoção de saúde, diagnóstico e tratamento precoce, quer seja pelas ações voltadas à limitação do dano e à reabilitação. Nas Organizações Militares (OM) participantes ou divulgadoras dos PSM devem ser desenvolvidas ações de educação em saúde para os usuários do SSM sob a forma de oficinas, palestras em salas de espera, participação em eventos sociais e atividades em grupo. Esses programas têm como objetivo principal estimular o autocuidado do usuário, prevenindo o aparecimento de comorbidades, além de solidificar a cultura de promoção à saúde e prevenção de doenças, contribuindo para a construção de um estilo de vida saudável.

A OCM é uma OM pertencente ao Subsistema Assistencial do SSM cuja missão descrita em seu regulamento é contribuir para a eficácia do SSM, realizando as seguintes tarefas: prestar Assistência Odontológica no Eixo da Atenção Especializada de Média Complexidade; planejar e executar Programas de Prevenção Odontológica, sob a supervisão do Centro Médico Assistencial da Marinha (CMAM); desenvolver pesquisas ligadas à área odontológica, de interesse para a MB, sob a supervisão do Instituto de Pesquisas Biomédicas do Hospital Naval Marcílio Dias e executar e subsidiar o planejamento de palestras, cursos expeditos, cursos especiais, cursos de aperfeiçoamento, relativos à área odontológica, sob a supervisão técnica da Escola de Saúde da Marinha (ESM).¹

Seguindo as diretrizes da DSM-2006 (Brasil, 2015), A OCM é uma OM executora dos PSM. A prevenção ao Câncer de Boca é um dos aspectos que recebem ênfase dentro do Programa de Saúde Bucal (PSB). São responsáveis pela aplicação e execução do PSB nas OM em que servem ou apoiam todos os Oficiais Cirurgiões-Dentistas e Praças Técnicos em Saúde Bucal.

Desde 2011, quando a Estomatologia passou a atuar juntamente com o Serviço de Semiologia da OCM, ações preventivas de cunho educativo passaram a ser regularmente implementadas. Nas ações coletivas, abordamos os principais fatores de risco para o câncer de boca e a apresentação das lesões, com palestras em sala de espera para os pacientes e palestras de orientação para os militares da OCM. Semestralmente, realizamos palestras de prevenção para parte da tripulação de outra OM, o Comando do

¹ Site da OCM. Disponível em: <https://www.marinha.mil.br/ocm/missao>. Acesso em: 15 out. 2020.

Primeiro Distrito Naval, com os militares que irão para comissão na Ilha de Trindade (POIT). Nas ações individuais, os pacientes considerados de alto risco para o câncer bucal recebem orientações mais detalhadas no consultório, são inscritos no Programa de Prevenção ao Câncer de Boca e passam a realizar consultas semestrais na Clínica de Estomatologia. Se o paciente apresentar alguma lesão oral, a periodicidade dessas consultas de acompanhamento será menor.

De acordo com as orientações da DSM-2006, nas ações coletivas voltadas para os profissionais de saúde da OCM, enfatizamos que todo paciente que for submetido a exame odontológico inicial ou que for dar sequência a tratamento prévio, deverá ser rotineiramente submetido pelo cirurgião-dentista responsável pelo atendimento, independentemente da especialidade, de uma avaliação cuidadosa e sistemática de todas as estruturas anatômicas da cavidade bucal em busca de alterações da normalidade e/ou lesões da mucosa bucal. Este procedimento deve ser realizado em todos os pacientes, independente de gênero, idade ou da presença ou ausência de fatores de risco para o desenvolvimento do câncer bucal.

Atualmente, a única OM não pertencente ao Subsistema Assistencial do SSM que recebe palestras regulares de Prevenção ao Câncer de Boca direcionadas à tripulação é o Comando do Primeiro Distrito Naval porque a tripulação designada para a comissão POIT participa de palestras de prevenção semestralmente. Eventualmente, os Estomatologistas são convidados para proferir palestras de prevenção em outras OM. Entretanto, essas ações de prevenção extramuros da OCM não possuem regularidade.

3 O PROJETO DE INTERVENÇÃO

A Clínica de Estomatologia da OCM atua na prevenção, diagnóstico e tratamento das patologias que envolvem o sistema estomatognático. Atualmente conta com quatro cirurgiões-dentistas especialistas em Estomatologia, sendo que um deles só atua na clínica em 20% do tempo disponível. Dispõe ainda de um técnico em enfermagem que também atende a outra clínica. Em média, são realizados 300 atendimentos/mês, com cerca de 11 a 15 novos casos de doenças malignas diagnosticadas/ano.

A Clínica de Estomatologia é responsável por desenvolver as ações do Programa de Prevenção ao Câncer Bucal, uma das vertentes do PSB. Cabe ao estomatologista realizar o diagnóstico e acompanhamento de todas as DPM da cavidade oral, e a QA é a mais frequente DPM encontrada entre os pacientes da Clínica de Estomatologia. A clínica foi criada em 2011 e, desde então, mantém uma planilha com todos os casos de pacientes atendidos com DPM e doenças malignas da cavidade oral.

O presente projeto de intervenção tem como tema a alta incidência de QA em militares da MB. A situação-problema apresentada é a grande quantidade de casos de QA diagnosticados em militares da ativa/inativos na Clínica de Estomatologia da OCM no período compreendido entre os anos de 2011 e 2019. Esse problema surgiu a partir das observações de todos os membros da Clínica de Estomatologia da OCM e sua importância decorre do fato de que o principal fator etiológico da QA é a exposição solar por longo prazo sem proteção, situação comum na vida militar, o que coloca os militares como um grupo de risco para desenvolvimento da doença e caracteriza um risco ocupacional. Além disso, a doença é uma DPM que pode evoluir para um CEC de lábio.

Para este projeto foram selecionados todos os pacientes com diagnóstico de QA no período de maio de 2011 a dezembro de 2019 de modo a obter a incidência e correlacionar com a situação funcional do paciente. Entre os anos de 2011 a 2019, 154 pacientes obtiveram diagnóstico de DPM registrado em ficha clínica. Dentre esses, 87 pacientes apresentam diagnóstico clínico e/ou laboratorial de QA. Casos de QA representam 56,49% de todos os casos de DPM diagnosticados na Clínica de Estomatologia da OCM.

Dos 87 casos de pacientes diagnosticados com QA, 69 casos (79,31%) foram em militares da ativa ou inativos, a despeito da OCM atender um número muito maior de dependentes do que de militares. Somente um paciente diagnosticado conhecia a existência da doença e as formas de prevenção, apesar da clínica realizar ações regulares de prevenção do câncer de boca desde 2011. Dentre esses 87 casos de QA, 54 casos tiveram diagnóstico confirmado por exame histopatológico e 33 possuem somente diagnóstico clínico. Todos os pacientes permanecem em acompanhamento regular na Clínica de Estomatologia e as lesões são fotografadas para controle.

Neste projeto descreve-se uma situação problema, enumeram-se causas possíveis para esta situação problema, e, nas matrizes de programação das ações, descrevem-se metas a serem alcançadas para solucionar o problema, dentro da governabilidade da OCM.

3.1 DESCRIÇÃO DA SITUAÇÃO-PROBLEMA

Com o objetivo de descrever o problema, realizou-se o levantamento e análise das fichas clínicas e prontuários eletrônicos dos pacientes atendidos, buscando-se identificar o quantitativo de QA, a proporção que as QA representam entre os casos de DPM e a porcentagem de QA em militares da ativa e inativos.

Após análise das fichas clínicas e prontuários de todos os pacientes diagnosticados com DPM no período de maio de 2011 a dezembro de 2019 atendidos na Clínica de Estomatologia da OCM, os resultados mostraram que 154 pacientes receberam diagnóstico clínico e/ou laboratorial de DPM. Dentre esses pacientes, 87 foram diagnosticados com QA, o que representa 56,49% das DPM diagnosticadas na Clínica de Estomatologia da OCM. Dos 87 casos de QA, 69 casos acometeram militares da ativa e militares inativos e somente 18 casos ocorreram em dependentes, pensionistas e outros.

Os seguintes descritores do problema foram apresentados:

- 87 casos de pacientes diagnosticados com QA entre os anos de 2011 a 2019;
- 98,85% dos pacientes diagnosticados com QA na Clínica de Estomatologia da Odontoclínica Central da Marinha entre os anos de 2011 a 2019 desconheciam a existência da doença e as formas de prevenção;
- 79,31% dos pacientes diagnosticados com QA na Clínica de Estomatologia da Odontoclínica Central da Marinha são militares da ativa e inativos, um público conhecido e com facilidade de acesso ao tratamento odontológico; e
- Apenas uma Organização militar (OM) não pertencente ao SSM recebe regularmente palestras sobre a doença direcionadas ao público-alvo. (A tripulação do Comando do Primeiro Distrito Naval designada para comissão na ilha de Trindade/POIT recebe palestras semestralmente).

3.2 EXPLICAÇÃO OU ANÁLISE DA SITUAÇÃO-PROBLEMA

Diante disso, cabe aqui o questionamento: o que contribui para a alta incidência de casos de QA diagnosticados em militares da ativa/inativos na Clínica de Estomatologia da OCM? Desde a sua formação, o militar é exposto a diversas atividades em períodos de alta incidência solar. Os danos causados pela radiação são cumulativos e a ausência de uma cultura organizacional de prevenção à exposição solar somada às atividades inerentes à profissão colocam os militares como um grupo de risco para desenvolver doenças associadas à radiação solar, como a QA e o câncer de lábio.

Podem-se apontar as seguintes possíveis causas para a alta incidência de casos de QA diagnosticados em militares da ativa/inativos:

- desconhecimento por parte dos pacientes sobre a existência da doença e as formas de prevenção a despeito do Programa de Prevenção ao Câncer de Boca estar implantado desde 2011;
- carência de profissionais na Clínica de Estomatologia da OCM, que dispõe de quatro dentistas especialistas, sendo que um dos profissionais só trabalha nessa clínica em 20% do horário disponível. Possui ainda um único técnico em enfermagem, que também atende outra clínica. Todos os profissionais da clínica exercem outros encargos colaterais;
- pouco conhecimento dos profissionais da Atenção Básica (AB) sobre a doença;
- as ações do programa de Prevenção ao Câncer de Boca estão limitadas às Organizações Militares do Sistema de Saúde da Marinha(SSM). Não há divulgação do programa em OM operativas, ou seja, para o público-alvo;
- as OM do SSM atendem mais dependentes do que militares devido à dificuldade de acesso dos militares relacionadas às suas atividades de trabalho (muito tempo embarcado, missões longas, serviços);
- baixo interesse dos pacientes em atividades de prevenção/promoção de saúde. De acordo com a DSM-2006, a conscientização do usuário do SSM quanto à importância do seu engajamento é fundamental para que os riscos e condições de vulnerabilidade sejam reduzidos;

- os profissionais de saúde das OM operativas são desviados de função, exercendo diversas atividades administrativas não afetas à saúde, o que dificulta a realização das ações de prevenção e promoção de saúde;
- os militares realizam muitas atividades que requerem exposição solar, como, por exemplo, os treinamentos dos fuzileiros, atividades aeronavais, reparos em convés de navios, atividades de manutenção, formaturas e treinamento físico-militar. Segundo Nobre (2006), a profissão militar envolve tipicamente adversidade, risco e sacrifício em prol de uma causa, exigindo elevado grau de resistência física e psicológica de seus adeptos, o chamado “endurance”;
- não há uma cultura de prevenção da exposição ao sol em organizações militares. Atividades que poderiam ser realizadas em horários alternativos são realizadas durante o período do dia de maior incidência solar;
- a Instituição não oferece o protetor solar para ser usado durante as operações/missões; e
- os uniformes dos militares não possuem a proteção adequada para a exposição solar.

3.2.1 CAUSAS CRÍTICAS

Diante das causas expostas e levando-se em consideração a capacidade gerencial dos membros da Clínica de Estomatologia da OCM e governabilidade da autora, as seguintes causas apresentam-se como críticas:

- causa crítica I: pouco conhecimento dos profissionais da Atenção Básica (AB) sobre a doença; e
- causa crítica II: as ações do Programa de Prevenção ao Câncer de Boca estão limitadas às Organizações militares do SSM.

3.3 PROGRAMAÇÃO DAS AÇÕES

Problema a ser enfrentado: alta incidência de casos de QA em militares da ativa/inativos diagnosticados pela Clínica de Estomatologia da OCM.

Descritor 1: 87 casos de pacientes diagnosticados com QA entre os anos de 2011 a 2019 (média de 10,87 casos/ano).

Descritor 2: 79,31% dos pacientes diagnosticados com QA na Clínica de Estomatologia da OCM são militares da ativa e inativos.

Descritor 3: Apenas uma OM não pertencente ao SSM recebe regularmente palestras sobre as doenças direcionadas ao público-alvo.

Indicador 1: número de pacientes com diagnóstico clínico e/ou laboratorial de QA.
Fonte: ficha clínica dos pacientes.

Indicador 2: percentual de militares da ativa/inativos diagnosticados com QA.
Fonte: ficha clínica dos pacientes.

Indicador 3: Número de organizações militares não pertencentes ao SSM que recebem regularmente palestras sobre a doença. Fonte: livro de controle de palestras do PSB.

Meta 1: reduzir em 10% a média anual de novos diagnósticos de QA na Clínica de Estomatologia da OCM até dezembro/2022 (média de 9,78 casos/ano), reduzir em 15% até dezembro/2023, chegando a redução de 20% até dezembro/2025.

Meta 2: reduzir para 71,37% o percentual de militares ativos/inativos diagnosticados com QA até dezembro/2022 (redução de 10%).

Meta 3: aumentar o número de OM não pertencentes ao SSM que recebem palestras sobre a doença para 24 OM/ano até dezembro/2021.

Resultados alcançados/ esperados: Diagnósticos precoces, redução dos encaminhamentos para atendimento na Clínica de Cirurgia de Cabeça e Pescoço do Hospital Naval Marcílio Dias (HNMD) e redução de custos no tratamento.

3.3.1 CAUSA CRÍTICA I

Pouco conhecimento dos profissionais da Atenção Básica (AB) sobre a doença.

Quadro 1: Matriz de Programação de Ações Causa Crítica I

Ações	Recursos necessários	Metas a serem alcançadas	Prazo de conclusão	Responsável
Realizar <i>brainstorming</i> com os profissionais da Clínica de Estomatologia para explicar as abordagens.	Humanos	Reunião realizada	Set-2020	CC(CD) Jeanne
Elaborar um Programa de Adestramento Contínuo sobre a doença direcionado aos dentistas e equipe auxiliar da Atenção Básica.	Humanos	Programa elaborado	nov/20	CF(CD) Hiran, CC(CD) Jeanne e CT(CD) Silami
Elaborar aula sobre a doença e formas de prevenção direcionada aos dentistas e equipe auxiliar da Atenção Básica.	Humanos, computador, artigos e livros científicos.	Aula elaborada	nov/20	CC(CD) Jeanne
Elaborar texto sobre a disponibilidade da aula, submetê-lo à apreciação da chefia e solicitar publicação no BONO (Boletim de Ordem e Notícias da Marinha).	Humanos, computador e intranet	Texto publicado no BONO	Dez-20	CC(CD) Jeanne
Ministrar a aula EAD aos dentistas e equipe auxiliar da Atenção Básica.	Humanos, computador, Intranet e plataforma de aulas EAD	Aula ministrada (2 aulas/ano)	Dez-20 e Jul-21	CC(CD) Jeanne e CT(CD) Silami
Elaborar lista de referências bibliográficas e disponibilizar no site da OCM para que os dentistas possam aprofundar o estudo da doença	Humanos, computador e intranet	Referências disponíveis no site da OCM	Dez-20	CC(CD) Jeanne

Fonte: Elaborado pela autora

Quadro 1: Matriz de Programação de Ações Causa Crítica I (continuação)

Ações	Recursos necessários	Metas a serem alcançadas	Prazo de conclusão	Responsável
Publicar a aula no site da OCM na intranet.	Humanos, computador e intranet	Aula disponível no site da OCM	Dez-20	CT(CD) Silami
Elaborar sessão de casos clínicos da doença e ministrar aula nos Adestramentos da OCM	Humanos, computador, fichas clínicas dos pacientes	Aula apresentada (2 aulas/ano)	Fev-21 e Out-21	CF(CD) Hiran
Elaborar texto sobre diagnóstico precoce da doença, submetê-lo à apreciação da chefia e solicitar publicação no site Saúde Naval.	Humanos, computador e intranet	Texto publicado no site do Saúde Naval	Fev-21	CC(CD) Azevedo
Disponibilizar um canal de comunicação no site da OCM para que os profissionais tirem dúvidas sobre a doença.	Humanos, computador e intranet	Canal disponível no site	Fev-21	CC(CD) Jeanne
Enviar ofício e tramitar via COMINSUP às OM operativas convidando os profissionais da Atenção Básica a acompanhar o atendimento na Clínica de Estomatologia e se ambientarem com o aspecto clínico da doença.	Humanos, computador	Ofícios enviados	mar/21	CF(CD) Hiran
Elaborar e publicar artigo sobre o assunto na RNO.	Humanos, computador, artigos, mídia digital	Artigo publicado	Out-21	CC(CD) Azevedo, CC(CD) Jeanne e CT(CD) Silami

Fonte: Elaborado pela autora

3.3.2 CAUSA CRÍTICA II

As ações do Programa de Prevenção ao Câncer de Boca estão limitadas às Organizações militares do SSM. Não há divulgação do Programa em OM operativas, ou seja, para o público-alvo.

Quadro 2: Matriz de Programação de Ações Causa Crítica II.

Ações	Recursos necessários	Metas a serem alcançadas	Prazo de conclusão	Responsável
Elaborar lista de organizações militares cujas atividades principais necessitem de muita exposição solar.	Humanos, Computador e Intranet	Lista elaborada	Set-20	1SG-EF Fábio Neves
Elaborar palestra sobre a doença e formas de prevenção direcionada aos militares da ativa.	Humanos, computador, artigos e livros científicos.	Palestra elaborada	Out-20	CF(CD) Hiran e CC(CD) Azevedo
Elaborar ofício e tramitar via COMINSUP oferecendo a palestra para as OM selecionadas.	Computador e intranet	Ofícios encaminhados	nov/20	CF(CD) Hiran
Receber as solicitações de palestras das OM e organizar a agenda das palestras.	Agenda	Agenda organizada	Dez-20	1SG-EF Fábio Neves
Ministrar a palestra nas Organizações militares agendadas.	Computador, folders	2 palestras ministradas por mês, 24 OM recebendo palestras por ano.	jan/21 a Dez-21	CC(CD) Azevedo, CC(CD) Jeanne e CT(CD) Silami

Fonte: Elaborado pela autor

3. 4 GESTÃO DO PROJETO

A gestão do projeto será realizada pela CC(CD) Jeanne, assistente da Clínica de Estomatologia da OCM, junto à chefia do Departamento Odontológico, CMG(CD) Lucy e ao Chefe da Clínica de Estomatologia, CF(CD) Hiran. Participarão ainda da gestão os demais membros da Clínica de Estomatologia da OCM, o CC(CD) Azevedo, o CT(CD) Silami e o 1ºSG-EF Fábio Neves. Serão realizadas reuniões mensais para avaliar a eficácia das ações e propor soluções para as dificuldades encontradas. Nessas reuniões também serão avaliadas se os prazos propostos na Matriz de Programação das Ações estão sendo cumpridos. Se houver falhas ou se os prazos não estiverem sendo cumpridos, as ações deverão ser ajustadas e os resultados mensurados.

O Projeto de Intervenção apresentado encontra-se em andamento. Em relação à causa crítica I, foi realizada Reunião de Brainstorming com os profissionais da Clínica de Estomatologia para explicar as abordagens e estabelecido o Programa de Adestramento Contínuo sobre a doença. Este Programa contempla aulas sobre a doença e formas de prevenção direcionadas aos dentistas da OCM e aos dentistas e equipe auxiliar da AB, divulgação da doença e formas de prevenção em sites e BONO, publicação de artigos em periódicos, visitas dos dentistas da AB à Clínica de Estomatologia da OCM e divulgação de um canal de comunicação para esclarecer dúvidas sobre a doença. As ações previstas no Programa de Adestramento serão implementadas de forma contínua.

A aula sobre a doença e formas de prevenção direcionadas para dentistas e equipe auxiliar da Atenção Básica e o texto para publicação no BONO já foram elaborados. Em relação à matriz de Programação das Ações da causa crítica II, até a última reunião de Gestão do Projeto, realizada em novembro de 2020, a lista das principais OM cujas atividades necessitam de muita exposição solar já estava pronta, a palestra direcionada aos militares da ativa estava elaborada e os ofícios oferecendo a palestra para as OM selecionadas estavam em confecção.

A maior dificuldade encontrada foi a carência de pessoal, principalmente de pessoal auxiliar, visto que a Clínica de Estomatologia possui um único auxiliar técnico em enfermagem que trabalha na Clínica de Estomatologia e na Clínica de Disfunção Têmporo-mandibular. Apesar dessa limitação, até o presente momento, todas as metas foram alcançadas e verifica-se grande engajamento por parte de todos os envolvidos.

Embora as ações deste Projeto de Intervenção estejam programadas até dezembro de 2021, espera-se que sejam empregadas de forma contínua e que os subsídios fornecidos possam contribuir para uma mudança de comportamento organizacional.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A QA também é conhecida como “lábio do marinheiro”, entretanto, há poucos trabalhos na literatura que avaliam a incidência de QA em militares e o risco ocupacional dos mesmos para desenvolver a doença. Diversos estudos sugerem a necessidade de diagnóstico precoce da QA em indivíduos de risco ocupacional para prevenir a transformação maligna das lesões como os de Lopes *et al.*(2015), Wood *et al.*(2011) e Miranda *et al.*(2011).

O trabalho de Czerninski *et al.* (2010) avaliou a incidência de câncer de lábio na população israelense num período de 36 anos, categorizados em dois períodos de 18 anos. No último período avaliado, houve uma campanha nacional israelense de prevenção de câncer de pele, conduzida por 15 anos. Os autores encontraram uma significativa redução na incidência de câncer de lábio, que passou de uma média de 4,58 casos a cada 100.000 habitantes para média de 2,47 casos em cada 100.000 no segundo período (redução de 46%). Esse trabalho demonstra que campanhas de prevenção realizadas de forma contínua e por um longo prazo podem contribuir para redução de incidência de doenças através de uma maior conscientização do público e dos profissionais de saúde.

Main (1994) relatou que durante o exame dentário, os lábios são facilmente esquecidos. A prevalência de QA em militares da ativa que possuem fácil acesso ao tratamento odontológico, demonstra que esse problema persiste nos dias atuais.

A prevenção ao Câncer de Boca é área de atuação do Estomatologista, que não pode se ater somente a acompanhar os pacientes que procuram o serviço, a chamada demanda espontânea. Essas ações precisam ultrapassar os muros da Clínica de Estomatologia e alcançar o público de maior risco para desenvolver a doença, que, no caso da QA, são os militares da ativa devido às suas atividades ocupacionais de grande exposição ao sol. Imprescindível é alcançar uma mudança comportamental, não só dos militares, que precisam conhecer a doença e as formas de prevenção, mas também uma mudança cultural dentro da Instituição, fim evitar exposições ao sol desnecessárias. Práticas de esporte, atividades de manutenção ao ar livre, ordem unida e formaturas devem ser preferencialmente realizadas nos horários de

menor incidência solar, visto que o objetivo da prevenção é reduzir os efeitos cumulativos maléficos da radiação ultravioleta B (UVB).

No campo da Atenção Básica, precisa-se prover educação continuada aos cirurgiões-dentistas não especialistas para que estes possam, ao menos detectar as lesões possivelmente pré-malignas ou malignas, e encaminhar para o Estomatologista. Os profissionais da AB precisam manter o vínculo profissional-paciente, examinar o paciente como um todo e não somente os dentes e, se necessário, fazer a referência para um especialista, garantindo a integralidade do cuidado.

Espera-se que, com esse trabalho, ocorra uma redução na incidência de QA em militares a médio e longo prazo e que as lesões de DPM e lesões malignas sejam diagnosticadas em estágios iniciais, para aumentar as chances de sobrevida e reduzir a morbidade dos pacientes, bem como reduzir os custos do tratamento.

Outros estudos serão necessários para subsidiar ações que fogem à governabilidade da OCM, mas que precisam caminhar em paralelo com as ações apresentadas neste projeto de intervenção, como oferecer o protetor solar labial para os militares que realizam atividades de muita exposição solar e alterar os tecidos que compõem os uniformes militares, principalmente os bonés, que precisam ser confeccionados em um tecido com proteção à radiação.

Este curso veio preencher uma lacuna na minha formação profissional e superou as expectativas. O curso agregou sólidos conhecimentos que servirão de base para as tomadas de decisão de um gestor e ampliou minha visão sobre o papel do gestor em saúde. Sinto-me mais preparada para, se necessário, assumir funções gerenciais e desempenhá-las com êxito. Ressalto que o funcionamento da plataforma e a forma como o curso está organizado foram essenciais para que não houvesse perda da qualidade do conteúdo ministrado, apesar de período de pandemia que vivemos neste ano.

REFERÊNCIAS

Agência Nacional de Saúde Suplementar (Brasil). **Manual técnico para promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar** / Agência Nacional de Saúde Suplementar (Brasil). 3. ed. rev. e atual., Rio de Janeiro, 2009.

Disponível em:

https://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Materiais_por_assunto/ProdEditorialANS_Manual_Tecnico_de_Promocao_da_saude_no_setor_de_SS.pdf

Acesso em: 15 out. 2020

AZEVEDO, A. B. **Desordens potencialmente malignas orais: análise clínica e patológica retrospectiva de 953 casos com ênfase na displasia epitelial oral**. Dissertação (Mestrado em Estomatopatologia) – Faculdade de Odontologia de Piracicaba da Universidade Estadual de Campinas, Piracicaba, 2020. Disponível em:

http://repositorio.unicamp.br/jspui/bitstream/REPOSIP/348010/1/Azevedo_AlexandroBarbosaDe_M.pdf. Acesso em: 01 set. 2020

BALDES, I.P.; AZEVEDO A.B.; MACEDO J.C.; SILAMI, M.A.N.C.; PENONI, D.C.; ANDRADE, M. Queilite actínica: análise retrospectiva de 29 casos da Clínica de Estomatologia da Odontoclínica Central da Marinha. **Rev Nav Odontol.** v. 43, n.1, p. 3-7, 2016.

BARROS, C.C.; MEDEIROS, C.K.; ROLIM, L.S.; CAVALCANTE, I.L.; SANTOS, P.P.; SILVEIRA, É. J.; OLIVEIRA, P.T.; A retrospective 11-year study on lip lesions attended at an oral diagnostic service. **Med Oral Patol Oral Cir Bucal.**v.25, n.3,p.370-374. 2020.DOI: 10.4317/medoral.23390. PMID: 32040463; PMCID: PMC7211370.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes da política nacional de saúde bucal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

CAVALCANTE, AS.; ANBINDER A.L.; CARVALHO, YR.; Actinic cheilitis: clinical and histological features. **J Oral Maxillofac Surg.**, v.66, n.3, p.498-503, mar.2008. DOI: 10.1016/j.joms.2006.09.016.PMID: 18280383.

CONWAY, D.I.; PETTICREW M.; MARLBOROUGH H.; BERTHILLER J.; HASHIBE, M.; MACPHERSON, L.M. Socioeconomic inequalities and oral cancer risk: a systematic review and meta-analysis of case-control studies. **International Journal of Cancer.**, v.122, n.12, p.2811-2819, jun.2008. DOI: 10.1002/ijc.23430.

COELHO, H. J. R. **Rastreamento de lesões bucais no serviço de Estomatologia e Patologia Bucal da Odontoclínica Central da Marinha**. Monografia (especialização) - Odontoclínica Central da Marinha, Rio de Janeiro, 2013.

CZERNINSKI R.; ZINI A.; SGAN-COHEN H.D. Lip cancer: incidence, trends, histology and survival: 1970-2006. **Br J Dermatol.**,v.162,n.5, p.1103-1109, 2010. DOI:10.1111/j.1365-2133.2010.09698.x

DSM-2006. **Manual dos Programas de Saúde da Marinha**, 2015. Disponível em: <https://www.marinha.mil.br/ocm/missao>. Acesso em: 15 out. 2020.

INCA. **Tipos de câncer**. Instituto Nacional De Câncer José Alencar Gomes Da Silva. Rio de Janeiro, 2019. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/tipos-de-cancer>. Acesso em: 27 jul. 2020.

LOPES, M. L. D.S.; SILVA JÚNIOR, F. L.; LIMA, K. C.; OLIVEIRA, P. T.; SILVEIRA, É. J. D. . Clinicopathological profile and management of 161 cases of actinic cheilitis. **An. Bras. Dermatol.** Rio de Janeiro, v. 90, n. 4, p. 505-512, ago. 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S036505962015000400505&lng=pt&nrn=iso. Acesso em 21 set. 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/abd1806-4841.20153848>.

MAIN, J.H.; PAVONE M. Actinic cheilitis and carcinoma of the lip. **J Can Dent Assoc.** v.60, n.2, p.113-116, 1994. PMID: 8111655.

MARTINS-FILHO, P.R.S.; SILVA, L.C.F.; PIVA, M.R. The prevalence of actinic cheilitis in farmers in a semi-arid northeastern region of Brazil. **International Journal of Dermatology**, v.50, p.109-1114, 2011.

MIRANDA, A.M.O; FERRARI, T.M; CALANDRO T.L.L. Queilite Actínica: aspectos clínicos e prevalência encontrados em uma população rural do interior do Brasil. **Revista Saúde e Pesquisa.** v. 4, n.1, p. 67-72. jan./abr. 2011.

MUSE , M.E. ; CRANE J.S. Actinic Cheilitis. *In: StatPearls.* Treasure Island (FL): StatPearls Publishing, 2020.

NEVILLE, B.W., DAMN, D.D., ALLEN, C.M., CGI, A.C., et cols. **Patologia Oral e Maxilofacial.** 4.ed. Elsevier, 2016.

NOBRE, E. B. Liderança militar e motivação na contemporaneidade. **Revista de Villegagnon**, v. 1, n.1,p. 12-20, 2006.

PAULINO, J.N.V. **Prevalência de Queilite Actínica e Fatores Associados: Uma Revisão Sistemática.** Trabalho de conclusão de curso (graduação em Odontologia) - **Universidade Federal do Rio Grande do Norte**, Natal, 2015. Disponível em: <https://monografias.ufrn.br/jspui/bitstream/123456789/1569/1/%5B2015%5D%20Preval%C3%Aancia%20de%20Queilite%20Act%C3%ADnica.pdf>. Acesso em 03 ago. 2020.

PIRES, F.R.; BARRETO, M.E.; NUNES, J.G.; CARNEIRO, N.S.; AZEVEDO, A.B.; DOS SANTOS, T.C. Oral potentially malignant disorders: clinical-pathological study of 684 cases diagnosed in a Brazilian population. **Med Oral Patol Oral Cir Bucal**, v.25, n.1, p.e84-8, jan.2020. doi: 10.4317/medoral.23197. PMID: 31880285; PMCID: PMC6982984.

SARMENTO-SANTANA, D.J.; COSTA MIGUEL M.C.; QUEIROZ L.M.; GODOY G.P.; SILVEIRA E.J. Actinic cheilitis: clinicopathologic profile and association with degree of dysplasia. **Int J Dermatol.** S3.4, 2014;

SCULLY, C. **Medicina Oral e Maxilofacial. Bases do Diagnóstico e tratamento.** 2.ed. Elsevier, 2009.

SILVA, J. A.G. **Estimativa 2020: incidência de câncer no Brasil / Instituto Nacional de Câncer**. – Rio de Janeiro, 2019. Disponível em <http://www.inca.gov.br>. Acesso em 15 out. 2020.

TORRES-PEREIRA, C.C; ANGELIM-DIAS, A.; MELO, N.S.; LEMOS JR, C.A.; OLIVEIRA, E.M.F. Abordagem do câncer da boca: uma estratégia para os níveis primário e secundário de atenção em saúde. **Cad. Saúde Pública**, v.28, supl.,p.30-39, 2012. Disponível em:http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2012001300005&lng=en&nrm=iso. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2012001300005>. Acesso em 06 jun. 2020.

WARNAKULASURIYA S.; JOHNSON N.W., VAN DER WAAL I. Nomenclature and classification of potentially malignant disorders of the oral mucosa. **J Oral Pathol Med**.v.36, n.10, p. 575-80, nov. 2007. DOI: 10.1111/j.1600-0714.2007.00582.x. PMID: 17944749.

WOOD, N.H.; KHAMMISSA, R. MEYEROV, R.; LEMMER, J.; FELLER, L. Actinic cheilitis: a case report and a review of the literature. **Eur J Dent**.v.5.n.1, p.101-6, jan. 2011. PMID: 21228959; PMCID: PMC3019754.