

ESCOLA DE GUERRA NAVAL

CC (CD) Hiran José Rodrigues Coelho

CAPACITAÇÃO PARA OS OFICIAIS DO CSM:

A IMPORTÂNCIA DA CAPACITAÇÃO DOS OFICIAIS CIRURGIÕES-DENTISTAS DO
CORPO DE SAÚDE DA MARINHA PARA O DIAGNÓSTICO DO CÂNCER BUCAL.

Rio de Janeiro

2016

CC (CD) Hiran José Rodrigues Coelho

CAPACITAÇÃO PARA OS OFICIAIS DO CSM:

A IMPORTÂNCIA DA CAPACITAÇÃO DOS OFICIAIS CIRURGIÕES-DENTISTAS DO
CORPO DE SAÚDE DA MARINHA PARA O DIAGNÓSTICO DO CÂNCER BUCAL.

Monografia apresentada à Escola de Guerra
Naval, como requisito parcial para a conclusão
do Curso Superior.

Orientadora: CC(CD) Teresa Cristina Pereira de
Oliveira

Rio de Janeiro

Escola de Guerra Naval

2016

AGRADECIMENTOS

Agradeço à Marinha do Brasil pela oportunidade de realização de mais um curso e pela aquisição de mais conhecimentos para a minha carreira e vida pessoal;

A todas as autoridades aos quais estou subordinado, pelo incentivo e compreensão do tempo necessário à dedicação aos meus estudos;

Aos professores e colegas da Marinha do Brasil pelo convívio, amizade e força à consecução dos objetivos;

À minha orientadora, Capitão de Corveta (CD) Dra Teresa Cristina Pereira de Oliveira, pela amizade e orientação na confecção deste trabalho;

A Deus;

À minha família e

A todos os amigos visíveis e invisíveis que sempre me ampararam.

RESUMO

A capacitação exigida do oficial cirurgião-dentista no decorrer de sua vida militar é detalhadamente descrita no Plano de Carreira dos Oficiais da Marinha e como profissional da área da saúde, o oficial deve buscar o conhecimento técnico atualizado de sua especialidade e aplicá-lo em prol da saúde do paciente. Na área odontológica, o diagnóstico precoce do câncer bucal, doença considerada um importante problema de saúde pública, é um grande desafio para o cirurgião-dentista e pode ser alcançado pela técnica do rastreamento bucal. Essa técnica foi implementada por especialistas no Serviço de Semiologia da Odontoclínica Central da Marinha em 2011 e a análise do banco de dados da Clínica de Estomatologia e Patologia Bucal, que tem o registro de todos os casos de lesões diagnosticadas desde aquela data, demonstra o resultado da capacitação profissional dos cirurgiões-dentistas não especialistas em Estomatologia na detecção de importantes lesões, malignas e desordens potencialmente malignas, devido à técnica de rastreamento. No período de cinco anos, de maio de 2011 a abril de 2016, foram registradas diversas lesões diagnosticadas, seja por biópsia ou por diagnóstico clínico, e que foram detectadas por cirurgiões-dentistas não especialistas no Serviço de Semiologia, mas capacitados para a técnica do rastreamento, mostrando o importante papel desempenhado por estes profissionais e a necessidade da capacitação de todos os cirurgiões-dentistas da Odontoclínica Central da Marinha. Com isso, atender-se-ia o que preconiza a legislação em vigor e o conhecimento atual sobre o câncer de boca. Porém, uma vez implementadas as mudanças sugeridas, será necessário reavaliação futura, o controle do processo de capacitação dos cirurgiões-dentistas pelos gestores, assim como dos processos envolvidos no diagnóstico precoce do câncer bucal.

Palavras-chave: Capacitação. Câncer Bucal. Rastreamento.

LISTA DE ABREVIATURAS

C-Ap -	Curso de Aperfeiçoamento
C-EMOI -	Curso de Estado-Maior para Oficiais Intermediários
C-PEM -	Curso de Política e Estratégia Marítimas
C-Sup -	Curso Superior
CD -	Cirurgião-Dentista
CEC -	Carcinoma Espinocelular
CFO -	Curso de Formação de Oficiais
CIAW -	Centro de Instrução Almirante Wandenkolk
CM-	Comandante da Marinha
CMAM -	Centro Médico Assistencial da Marinha
CSM -	Corpo de Saúde da marinha
DEnsM -	Diretoria de Ensino da Marinha
DGPM -	Diretoria Geral do Pessoal da Marinha
DPM -	Desordem Potencialmente Maligna
DSM -	Diretoria de Saúde da Marinha
EAO -	Estágio de Aplicação de Oficiais
EIS -	Estágio de Instrução e Serviço
EMA -	Estado Maior da Armada
HNMD -	Hospital Naval Marcílio Dias
HPV -	Papiloma Vírus Humano
IBGE -	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INCA -	Instituto Nacional de Câncer
LFM -	Laboratório Farmacêutico da Marinha
MB -	Marinha do Brasil
MS -	Ministério da Saúde
OCM -	Odontoclínica Central da Marinha
OM -	Organização Militar
OMFH -	Organizações Militares com Facilidades Médicas
OMH -	Organizações Militares Hospitalares
OMS -	Organização Mundial da Saúde
PCOM -	Plano de Carreira dos Oficiais da Marinha

PGI - Plano Geral de Instrução
PLACAPE - Plano de Capacitação de Pessoal
PNNSG - Policlínica Naval Nossa Senhora da Glória
SEN - Sistema de Ensino Naval
SIM - Sistema de Informação sobre Mortalidade
SSM - Sistema de Saúde da Marinha
UISM - Unidade Integrada de Saúde Mental

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

TABELA 1 Estimativas para o ano de 2016 das taxas brutas de incidência por 100 mil habitantes e do número de casos novos de câncer, segundo sexo e localização primária -----	31
FIGURA 1 Distribuição proporcional dos 10 tipos de câncer mais incidentes estimados para 2016 por sexo, exceto pele não melanoma -----	31
FIGURA 2 – Representação espacial das taxas brutas de incidência por 100 mil homens, estimados para o ano de 2016 (neoplasia maligna da cavidade bucal)-----	32
FIGURA 3 – Representação espacial das taxas brutas de incidência por 100 mil mulheres , estimados para o ano de 2016 (neoplasia maligna da cavidade bucal) --	32
GRÁFICO 1 - Total e tipos de lesões registradas -----	33
GRÁFICO 2 - Origem da lesões malignas e desordens potencialmente malignas registradas -----	33

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	8
2	A CAPACITAÇÃO DOS OFICIAIS DO CORPO DE SAÚDE DA MARINHA	9
2.1	O Sistema de Ensino Naval	10
2.2	Cursos de Carreira para os Oficiais do CSM	10
3	NECESSIDADE DA CAPACITAÇÃO PARA O DIAGNÓSTICO DO CÂNCER BUCAL	13
3.1	Incidência do Câncer no Brasil	13
3.2	Incidência do Câncer Bucal no Brasil	14
3.3	Rastreamento do Câncer Bucal	15
4	DINÂMICA DO ATENDIMENTO NA CLÍNICA DE ESTOMATOLOGIA DA ODONTOCLÍNICA CENTRAL DA MARINHA	16
5	METODOLOGIA E RESULTADOS	19
5.1	Lesões Malignas	20
5.2	Desordens Potencialmente Malignas	21
6	A IMPORTÂNCIA DA CAPACITAÇÃO DO CIRURGIÃO-DENTISTA DO CSM PARA A TÉCNICA DE RASTRAMENTO DO CÂNCER BUCAL	22
7	CONCLUSÕES	25
	REFERÊNCIAS	28
	ANEXO A	31
	APÊNDICE A	33

1 INTRODUÇÃO

A capacitação permanente ao exercício profissional no domínio técnico e administrativo, entre outros, é uma atribuição exigida aos oficiais do Corpo de Saúde da Marinha (CSM), de acordo com o Plano de Carreira dos oficiais da Marinha (PCOM, 2007), publicação que orienta as ações de preparo e emprego dos oficiais, gerencia a carreira de oficiais dos diversos Corpos e Quadros, visando o atendimento das necessidades do Serviço Naval, sendo aprovado pelo Comandante da Marinha (CM). A capacitação pode ser entendida como “uma atividade de aquisição de competências e habilidades, que se traduzem na execução das tarefas de forma eficiente e eficaz, visando a resolução dos desafios da profissão militar da forma que se apresentam e em seus diversos campos”, conforme o anexo C da Circular 03, Glossário Básico para a Gestão de Pessoal, da Diretoria Geral do Pessoal da Marinha (DGPM, 2014. p.C-1). A capacitação de seus oficiais é uma preocupação permanente da Marinha do Brasil (MB) ao longo de toda a carreira, sendo previstos cursos em cada etapa, onde o oficial adquire ou aperfeiçoa conhecimentos militares, técnicos e administrativos, no intuito de atender as expectativas inerentes a cada posto e função. Além da formação oferecida pela instituição militar, cabe a cada oficial do CSM manter-se atualizado sob o ponto de vista técnico e lançar mão de seu conhecimento para promover a saúde, em seus diversos níveis à toda a família naval, dentro de sua especialidade.

A capacitação permanente do oficial cirurgião-dentista envolve não somente a aprendizagem do manuseio de novos equipamentos ou instrumentos, mas também o domínio de técnicas adequadas na abordagem das doenças, contribuindo assim para a melhoria do atendimento ao paciente, entregando um produto final “saúde” de qualidade, resolutivo e satisfatório. Na Estomatologia, especialidade odontológica voltada para o diagnóstico e tratamento das doenças que afetam a cavidade bucal, o maior desafio atual é o diagnóstico precoce das lesões malignas, importante problema de saúde, que causa morbidade e mortalidade aos pacientes acometidos, além de ser um problema importante de gestão de saúde, em virtude do custo do tratamento envolvido.

A técnica do rastreamento é uma abordagem adequada do câncer bucal, pois visa o diagnóstico precoce da doença e a minimização dos danos causados, sendo imperativa a capacitação dos profissionais cirurgiões-dentistas para sua utilização, seja o estomatologista ou cirurgiões-dentistas de outras especialidades, haja vista a relação custo-benefício envolvida. Pacientes com câncer bucal diagnosticados em seus estágios iniciais apresentam

uma chance maior de cura e sobrevida e com menor morbidade do que os diagnosticados nos estágios avançados da doença (SHIN et al., 2010). Esta técnica consiste na realização do exame visual e tátil da cavidade bucal e estruturas adjacentes, sendo um método simples, rápido, fácil, de baixo custo, e sem desconforto para os pacientes (RETHMAN et al., 2010). Na busca ativa das lesões malignas, o profissional pode se deparar com lesões pré-malignas, as chamadas Desordens Potencialmente Malignas (DPM), principalmente em pacientes com fatores de risco para o desenvolvimento de lesões malignas da cavidade bucal (SCULLY, 2009), o que já se configura um importante resultado. A técnica do rastreamento foi implementada pelos especialistas da Clínica de Estomatologia e Patologia Bucal da Odontoclínica Central da Marinha (OCM), a partir de maio de 2011 no Serviço de Semiologia da OCM, através da capacitação dos profissionais deste Serviço para esta técnica, sendo realizado naquela clínica o registro das lesões encontradas e encaminhadas por este Serviço. Houve ainda o registro de todas as lesões encaminhadas para esta clínica por dentistas das outras clínicas, outras Organizações Militares (OM) e dentistas de fora da Marinha (extra-MB). Este trabalho de pesquisa teve o objetivo de fazer o levantamento do banco de dados da Clínica de Estomatologia e Patologia Bucal da OCM, do período compreendido de maio de 2011 a abril de 2016, buscando-se responder os seguintes questionamentos: Quão importante se mostrou a capacitação dos dentistas clínicos do Serviço de Semiologia para o diagnóstico de lesões malignas e DPM? Qual o resultado encontrado? Há necessidade de capacitação dos dentistas clínicos das diversas clínicas da OCM para a técnica de rastreamento? De que forma pode se melhorar a capacitação dos cirurgiões-dentistas para esta técnica, visando a melhora do serviço oferecido à família naval?

2 A CAPACITAÇÃO DOS OFICIAIS DO CORPO DE SAÚDE DA MARINHA

O PCOM, que é o documento onde constam todos os cursos e estágios previstos nas diversas etapas da carreira dos oficiais e é fundamentado entre outros documentos, pela lei nº 11.279, de 9 de fevereiro de 2006, que dispõe sobre o ensino na Marinha (regulamentada pelo decreto nº 6.883, de 25 de junho de 2009). De acordo com esta publicação, a todos os oficiais é exigido, além do conhecimento atualizado dos aspectos ligados ao Poder Naval e ao uso do mar, o interesse profissional, sendo este entendido como o contínuo aprimoramento na sua habilitação. De acordo com a mesma publicação, o interesse profissional se concretiza com a atualização dos conhecimentos necessários e à permanente disposição dessas

capacidades em benefício do Serviço Naval. As qualificações dos oficiais ocorrem nos campos técnico, operativo, administrativo, humanístico e marinheiro.

Ainda segundo o PCOM, os oficiais do CSM exercem as atividades de apoio e sua formação é calcada no contínuo aprimoramento das respectivas qualificações técnicas e administrativas, que devem ser adquiridas ao longo da carreira por meio de cursos e experiências nas comissões a fim de contribuir para manter, no mais alto grau, a higidez do pessoal militar da Marinha .

2.1 O Sistema de Ensino Naval

A política de Ensino da Marinha, aprovada pela Portaria nº 431/MB de 8 de dezembro de 2009, tem o propósito de estabelecer os objetivos do ensino naval que devem ser alcançados pela MB, apresentar as diretrizes a serem alcançadas pelas OM pertencentes ao Sistema de Ensino Naval (SEN) e as de execução de ensino da MB.

O SEN tem como função capacitar o pessoal militar e civil para o desempenho dos cargos e funções previstos em sua organização e obedece a um processo contínuo e sistemático de educação continuada, abrangendo diferentes níveis e modalidades de ensino, finalidades de cursos, estágios e estabelecimentos de ensino. Prevê ainda a complementação da formação dos oficiais por cursos e estágios conduzidos em organizações extra-Marinha, militares ou civis, nacionais ou estrangeiras. A Diretoria de Ensino da Marinha (DEnsM) é o órgão Central e exerce a orientação normativa, a supervisão funcional, pedagógica e a fiscalização específica das organizações de execução, que na Marinha são as OM responsáveis pela condução dos cursos e estágios do SEN. A Escola de Saúde do Hospital Naval Marcílio Dias (HNMD) é o estabelecimento de ensino superior responsável pelos diversos tipos de cursos da área da Saúde, segundo publicação da Diretoria Geral do Pessoal da Marinha (DGPM-101, 2010) e a portaria nº 431/MB de 8 de dezembro de 2009.

2.2 Cursos de Carreira para os Oficiais do Corpo de Saúde da Marinha (CSM)

O Curso de Formação de Oficiais (CFO), contato inicial dos futuros oficiais do CSM com a MB, é realizado no Centro de Instrução Almirante Wandenkolk (CIAW), na ilha das enxadas e tem como função principal a capacitação dos profissionais de saúde aprovados no concurso público para o exercício de suas futuras atividades técnico-administrativas, inerentes ao posto inicial da carreira, e a adaptação à vida militar naval, que exigirá destes uma competência militar-naval . As competências técnicas já foram obtidas nos cursos da

Educação Superior e verificadas no processo de seleção. Após o CFO, os oficiais deverão estar capacitados a aplicar seus conhecimentos técnicos em consonância com os conceitos fundamentais da organização do Sistema de Saúde da Marinha (SSM). O curso tem a duração de 27 semanas para os quadros do CSM e abrange diversas disciplinas, como Procedimento Militar Naval, Administração Naval, Organização da MB, Sistema de Saúde da Marinha, Gestão em Saúde na MB, entre outras, segundo o Currículo do Curso de Formação de Oficiais e Estágio de Aplicação de Oficiais (Diretoria de Ensino da Marinha, 2009).

O curso seguinte exigido dos oficiais do CSM é o Curso de Aperfeiçoamento (C-Ap), voltado totalmente para o aprimoramento da habilitação técnica, sendo realizado a partir do 2º ano do posto de Primeiro-Tenente, devendo ser concluído até o 1º ano do posto de Capitão-Tenente (PCOM, 2007). Os oficiais médicos que não comprovaram a residência médica por ocasião do ingresso na MB, deverão concluir o C-Ap até o 3º ano do posto de Capitão-Tenente. Esse curso é considerado um curso de pós-graduação e para efeito de requisito de carreira dos oficiais médicos e enfermeiros do CSM, os C-Ap realizados sob controle do HNMD e as residências médicas são considerados equivalentes. Os C-Ap para o CSM são realizados no HNMD, Unidade Integrada de Saúde Mental (UISM), OCM, Laboratório Farmacêutico da Marinha (LFM) e Policlínica Naval Nossa Senhora da Glória (PNNSG). Poderá haver a celebração de convênios com organizações extra-MB para o adequado atendimento das exigências técnicas das diversas especialidades médicas. Aqueles oficiais que comprovarem a conclusão de curso de residência médica ou de pós-graduação, quando da avaliação da prova de títulos no processo seletivo do CSM, serão, após a formatura do CFO, considerados aperfeiçoados para fim de carreira (Hospital Naval Marcílio Dias, Ordem Interna nº 21-07A, 2014).

O curso de Estado-Maior para Oficiais Intermediários (C-EMOI) propicia o conhecimento necessário ao desempenho de comissões de caráter operativo e administrativo e para os oficiais do CSM é um curso de correspondência. Este curso deverá ser realizado nos três primeiros anos do posto de Capitão-Tenente, para os quadros de cirurgiões-dentistas (CD) e apoio à saúde (S), tendo como requisito para a matrícula a aprovação no C-AP. Em relação ao quadro de médicos, o C-EMOI deverá ocorrer nos três anos subsequentes à data de conclusão do C-Ap ou da residência médica, tendo como requisito para a matrícula a aprovação no C-Ap ou na residência médica (PCOM, 2007).

Os Cursos de Altos Estudos Militares, realizados pelos oficiais superiores, são destinados à capacitação para o exercício de funções de Estado-Maior e para o desempenho

de cargos de Comando, Direção e Chefia, possuindo caráter de pós-graduação (Diretoria Geral do Pessoal da Marinha, 2010 e PCOM, 2007). Para os oficiais do CSM abrange os seguintes cursos: Curso Superior (C-Sup) para todos os quadros, que é destinado a preparar os oficiais às funções de assessoria de alto nível, com ênfase em Administração e o Curso de Política e Estratégia Marítimas (C-PEM), apenas para o quadro de médicos, destinado a complementar a qualificação dos oficiais visando ao exercício dos cargos da Alta Administração Naval. O C-Sup é realizado pelos oficiais selecionados, com início a partir do quinto ano do posto de Capitão de Corveta e deve estar concluído até o final do primeiro ano do posto de Capitão de Fragata. O C-PEM é realizado até o quinto ano de promoção ao posto de Capitão de Mar e Guerra para os oficiais selecionados, tendo como requisito, além da seleção, a aprovação no C-Sup. Cabe ao Estado Maior da Armada (EMA) a supervisão dos Cursos de Altos estudos Militares (PCOM, 2007).

Cursos de pós-graduação podem ser realizados pelos oficiais intermediários e superiores do CSM em Instituições extra-MB após o término do C-EMOI e são destinados a desenvolver e aprofundar a formação adquirida nos cursos superiores e de graduação, com incentivo à pesquisa científica e tecnológica (Diretoria Geral do Pessoal da Marinha, 2010 e PCOM, 2007). Entram nesta categoria os cursos de Mestrado e Doutorado, cursos extraordinários realizados de acordo com a Sistemática de Planejamento de Pessoal. Os cursos extra-MB autorizados pela Administração Naval são lançados no Plano de Capacitação de Pessoal (PLACAPE) da DEnsM, abrangendo período de vários anos futuros. Visa a melhoria do preparo do pessoal da MB para atender às necessidades da Força e o fomento à Capacitação para a docência em diversas áreas de conhecimento. A MB exige ainda a realização de estágios específicos, como o Estágio de Aplicação de Oficiais (EAO), realizado como complementação ao CFO e do Estágio de Instrução e Serviço (EIS), destinado a atualizar e complementar a instrução e os conhecimentos técnico-profissionais dos oficiais da reserva da Marinha, incluindo os quadros do CSM (PCOM, 2007).

Na OCM, cabe à Divisão de Cursos e Estágios do Departamento de Ensino, coordenar e controlar os C-Ap destinados aos cirurgiões-dentistas do CSM, sob supervisão da Diretoria de Saúde da Marinha (DSM) e coordenação e controle da Escola de Saúde do HNMD; coordenar e controlar as atividades de ensino relativas aos cursos de especialização para cirurgiões-dentistas promovidos pela OCM; acompanhar e controlar os cursos de carreira para os oficiais (C-Sup e C-EMOI) e os cursos constantes no Plano Geral de Instrução (PGI) e ainda promover o aperfeiçoamento profissional dos militares e civis, por meio de solicitação

às autoridades competentes de cursos extra-MB e conclaves em instituições de ensino extra-Marinha (Odontoclínica Central da Marinha, Ordem Interna nº 30-01B, 2016).

Pelo exposto, o objetivos da política de Ensino na MB é o processo de formação continuada desde o ingresso até os últimos anos de carreira e o estímulo ao exercício da docência no âmbito da MB, assegurando a máxima qualificação e o aproveitamento de seus recursos humanos em prol da família naval. Segundo a Portaria 431 de 8 de dezembro de 2009, que aprova a Política de Ensino da Marinha, a mesma é pautada em diversas diretrizes, entre outras: o emprego nos estabelecimentos de ensino naval e demais OM responsáveis pela condução dos cursos do SEN, de metodologias e técnicas atuais e inovadoras, que possibilitem a capacitação operacional e tecnológica e que estimulem atitudes favoráveis à autoaprendizagem, como condição necessária à educação continuada; propiciar situações de aprendizagem que contribuam para o domínio técnico profissional desejado; a busca contínua do conhecimento e o desenvolvimento de um pensamento crítico compatível com o aperfeiçoamento profissional; o estímulo ao constante aprimoramento técnico-pedagógico dos docentes responsáveis pela condução dos diferentes cursos ministrados na MB, mediante atividades de capacitação/qualificação promovidas pelas próprias OM e a participação em cursos, conclaves e eventos na MB ou extra-MB . A MB, além disso, considera como instrutores em potencial os militares que tenham participado de cursos, estágios e intercâmbios extra-MB, possibilitando que atuem como multiplicadores dos conhecimentos adquiridos em cursos correlatos na MB.

3. EPIDEMIOLOGIA DO CÂNCER BUCAL E A IMPORTÂNCIA DA TÉCNICA DE RASTREAMENTO

3.1 Incidência do Câncer no Brasil

O Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA) é o órgão do Ministério da Saúde (MS) que participa da formulação da política nacional de prevenção, diagnóstico e tratamento do câncer. Obtém as informações referentes a essa doença por meio dos diversos registros da doença e do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), que é centralizado nacionalmente pela Secretaria de Vigilância à Saúde. O INCA lança bianualmente a estimativa populacional de vários tipos de câncer no Brasil, utilizando-se destes dados e cruzando-os com os relativos à estimativa populacional lançados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). (Incidência de Câncer no Brasil, INCA 2016).

A estimativa para o Brasil no biênio 2016-2017 aponta a ocorrência de cerca de 600 mil casos novos de câncer. Excetuando-se o câncer de pele não melanoma (aproximadamente 180 mil casos novos), ocorrerão cerca de 420 mil casos novos de câncer. O perfil epidemiológico observado assemelha-se ao da América Latina e do Caribe e sem contar os casos de câncer de pele não melanoma, os tipos mais frequentes em homens serão próstata (28,6%), pulmão (8,1%), intestino (7,8%), estômago (6,0%) e cavidade bucal (5,2%). Nas mulheres, os cânceres de mama (28,1%), intestino (8,6%), colo do útero (7,9%), pulmão (5,3%) e estômago (3,7%) figurarão entre os principais.

3.2 Incidência do Câncer Bucal no Brasil

De acordo com a Estimativa de Câncer no Brasil, INCA 2016, para este ano são esperados 11.140 novos casos de câncer da cavidade bucal em homens e 4.350 em mulheres, correspondendo a um risco estimado de 11,27 casos novos a cada 100 mil homens e 4,21 a cada 100 mil mulheres (TAB.1). O câncer da cavidade bucal representa o quinto tipo de câncer mais frequente nos homens e o décimo-segundo nas mulheres, excetuando-se os câncer de pele não melanoma (FIG.1). Ainda, o câncer da cavidade bucal em homens é o quarto mais frequente na região sudeste (14,58/100 mil), o quinto nas regiões nordeste (6,86/100 mil) e centro-oeste (9,15/100 mil), o sexto na região sul (15,91/100 mil) e na região norte (3,46/100 mil) é o sétimo mais frequente (FIG.2). Para as mulheres, é o nono mais frequente na região nordeste (4,11/100 mil), o décimo na região sudeste (5,29/100 mil), décimo-segundo nas regiões norte (1,76/100 mil) e centro-oeste (2,79/100 mil), e o décimo-quinto na região sul (3,32/100 mil), (FIG.3). O etilismo, o tabagismo e as infecções pelo Vírus Papiloma Humano (HPV), principalmente pelos tipos 16 e 18, são os principais fatores de risco para esse grupo de tumores. Quanto ao câncer de lábio, o fator de risco é a exposição à radiação ultravioleta (INCA, Estimativa 2016 Incidência de Câncer no Brasil).

Segundo Neville (2009), mais de 90% dos tumores malignos da cavidade bucal são de carcinomas espinocelulares (CEC) e a maioria dos casos acomete indivíduos do gênero masculino, com mais de 40 anos de idade, tabagistas e/ou etilistas de longo prazo, com baixo nível de escolaridade e apresentam doença avançada no momento do diagnóstico (BERGAMASCO et al., 2008). A maioria dos casos é diagnosticada em estágios avançados da doença e taxa de sobrevivência em 5 anos (número de pacientes que permanecem vivos após 5 anos do diagnóstico) varia de 43% a 64%. Logo, o câncer bucal é considerado um problema de saúde pública (CARVALHO et al., 2004; REGEZI, 2008). Pacientes com câncer bucal

diagnosticados em seus estágios iniciais apresentam uma chance maior de cura e sobrevida (de até 90%) e com menor morbidade do que os diagnosticados nos estágios avançados da doença (SHIN et al., 2010). Sabe-se que o tabaco e o álcool são os principais fatores de risco envolvidos no aparecimento do câncer de boca (ALSANOSY, 2014) e num esforço integrado de promoção de saúde, a prevenção primária desta doença consiste em programas e medidas de combate ao consumo de tabaco e álcool, (ANTUNES et al., 2007). A nível secundário, a realização de programas de rastreamento visa a possibilidade de detecção precoce de lesões assintomáticas e o aumento da taxa de sobrevida (SANKARANARAYANAN et al., 2000).

O rastreamento para o câncer bucal consiste na realização do exame visual e tátil da cavidade bucal e estruturas adjacentes, sendo considerado um método simples, rápido, fácil, de baixo custo, e sem desconforto para os pacientes (RETHMAN et al., 2010). Antes do aparecimento do câncer bucal, Distúrbios Potencialmente Malignos (DPM) podem estar presentes e sua identificação precoce por meio desta técnica evitaria a progressão/transformação das mesmas para uma lesão de CEC. São consideradas DPM as eritroplasias, leucoplasias, queilite actínica, lesões liquenóides, líquen plano, entre outras (SCULLY, 2009).

3.3 Rastreamento do Câncer Bucal

Em um trabalho clássico, encomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), Wilson e Jungner (1968) definiram de forma clara e simples os princípios da prática do rastreamento, e entre os mais importantes destacam-se: a doença a ser buscada no rastreamento deve ser um importante problema de saúde pública; deve existir um tratamento aceito para esta condição; deve-se levar em conta o custo envolvido e a relação custo-benefício de se tratar estes pacientes desde a detecção precoce, o processo de rastreamento tem que ser contínuo e deve existir um centro de referência para o encaminhamento dos casos diagnosticados.

O câncer bucal é uma doença que satisfaz estes critérios na medida que é reconhecida como um importante problema de saúde pública, pois pode se apresentar clinicamente como lesões assintomáticas, porém já invasivas. É uma doença de relativa baixa incidência, mas com alta morbidade e mortalidade (DOWNER et al., 1995 ; MOLES et al., 2002). Sua detecção precoce e o início mais cedo do tratamento pode melhorar as taxas de mortalidade e a qualidade de vida dos pacientes (SANKARANARAYANAN, 2005). O

tratamento aceito para esta condição existe e a detecção precoce é importante porque os custos envolvidos aumentam se a doença for diagnosticada em estágios mais avançados, quando diminui a chance de cura do paciente. Na Odontoclínica Central da Marinha, o rastreamento pode ser implementado de forma contínua e na Marinha do Brasil, existe um hospital de referência, o HNMD, com uma Clínica de Cabeça e Pescoço, que pode receber os casos de câncer bucal diagnosticados na Força, seja no OCM ou em qualquer outra OM.

Na literatura existem trabalhos importantes que foram realizados com o intuito de provar a importância da técnica do rastreamento para a detecção precoce de lesões de câncer de boca e de DPM. Em um trabalho clássico realizado na Índia (país com a maior incidência desta doença no mundo), os autores chegaram à conclusão que o rastreamento reduziu a mortalidade em indivíduos de alto risco para o desenvolvimento de câncer bucal (SANKARANARAYANAN et al., 2005). Reithman et al. (2010) sugeriram que os clínicos se mantivessem em alerta para os sinais de lesões potencialmente malignas ou lesões de câncer em estágio inicial enquanto procedessem o seu exame clínico visual e tátil de rotina, particularmente em etilistas e tabagistas.

4 DINÂMICA DO ATENDIMENTO NA CLÍNICA DE ESTOMALOGIA DA ODONTOCLÍNICA CENTRAL DA MARINHA

A OCM faz parte do subsistema assistencial do Sistema de Saúde da Marinha (SSM), sendo classificada como um órgão técnico de execução, a quem cabe o efetivo exercício das atividades de saúde. Diretamente subordinada ao Centro Médico Assistencial da Marinha (CMAM), é responsável pelo atendimento odontológico no eixo de atenção especializada de média complexidade, segundo a DGPM-401, publicação que dispõe sobre as normas para a Assistência Médico-Hospitalar na Marinha (Diretoria Geral do Pessoal da Marinha, 2012). Atende os usuários do SSM também no eixo de nível de prevenção e promoção de saúde, participando dos programas de saúde bucal, entre eles o programa de câncer bucal, segundo a publicação DSM-2006, Manual dos Programas de Saúde da Marinha (Diretoria de Saúde da Marinha, 2015).

Em maio de 2011, foi criada a Clínica de Estomatologia e Patologia Bucal da OCM, visando prestar atendimento odontológico especializado em Estomatologia e Patologia Bucal aos usuários do SSM e ser o centro de referência nesta área para as outras clínicas da

OM, Organizações Militares Hospitalares (OMH) e Organizações Militares Facilitadoras Médicas (OMFM), haja vista a posição da OCM dentro da estrutura assistencial do Sistema de Saúde da Marinha, voltada ao atendimento por especialidades odontológicas. Seu funcionamento é regido atualmente pela Ordem Interna nº.11-12 D (Odontoclínica Central da Marinha, 2015). A criação dessa clínica deveu-se à necessidade de se suprir uma demanda por atendimentos já existentes para esta especialidade e que até então ocorriam de forma descentralizada, no próprio Serviço de Semiologia, nas Clínicas de Periodontia e Cirurgia, não existindo entretanto uma clínica só de especialistas para se encaminhar todos os casos, independente de sua origem.

Essa clínica passou a funcionar no mesmo espaço físico do Serviço de Semiologia, no andar térreo, local de entrada dos pacientes. A nova clínica e o antigo Serviço de Semiologia passaram a ficar subordinados a um único chefe, especialista em Estomatologia Bucal e os processos de atendimento no Serviço de Semiologia e na Clínica de Estomatologia ficaram intimamente relacionados, ainda que com características e objetivos distintos, uma vez que o Serviço de Semiologia era composto majoritariamente por especialistas nas áreas de Patologia Bucal e Estomatologia. Os dentistas especialistas trabalhavam num sistema de revezamento na Semiologia e na Estomatologia, o que ocorre até hoje, tendo havido apenas o aumento da capacidade instalada de três para quatro consultórios, sendo três deles designados para o atendimento de triagem na Semiologia, e o último deles, designado para o atendimento pela especialidade de Estomatologia.

Na prática, o Serviço de Semiologia passou a ser o principal provedor de pacientes para a Clínica de Estomatologia, por ser o local de entrada de todos os pacientes, onde já trabalhavam majoritariamente os especialistas na área de Estomatologia e Patologia Bucal e por ser o local onde passam todos os pacientes que receberão tratamento na OCM. Esse Serviço presta atendimento de triagem aos usuários do SSM encaminhados por dentistas de diversas OM e aos pacientes que buscam atendimento de urgência durante o horário de expediente nos dias úteis, com queixa principal de dor e/ou comprometimento estético. São indivíduos de ambos os gêneros, acima dos 10 anos de idade, uma população estimada atualmente em cerca de 1.800 pacientes/mês. Esses pacientes, após exame clínico, são encaminhados, através de guia de encaminhamento interna própria, para atendimento e/ou agendamento nas diversas Clínicas especializadas da OCM.

Com a criação da Clínica de Estomatologia e Patologia Bucal, passou-se a adotar nessa clínica, pelos especialistas e na Semiologia, pelos não especialistas devidamente

capacitados , a técnica do rastreamento bucal, num programa de rastreamento contínuo aos usuários do SSM. O objetivo é identificar lesões malignas assintomáticas, preferencialmente em estágio inicial, DPM e também outras lesões da cavidade bucal, que necessitem remoção ou tratamento/acompanhamento. O rastreamento realizado é classificado como oportunista, pois ocorre quando o paciente vai procurar o profissional no intuito de obter o tratamento dentário. Neste momento, o profissional obtém toda a história clínica do paciente e informações médicas relevantes que contribuam para a avaliação do seu estado geral de saúde, a necessidade de encaminhamento a algum especialista, avaliam-se fatores de risco para o desenvolvimento de doenças e os fatores de risco para o câncer bucal, tabagismo e etilismo, entre outras informações importantes.

Os cirurgiões-dentistas não especialistas na área de Estomatologia e que trabalham na Semiologia receberam demonstração prática da técnica de rastreamento pelos especialistas da Clínica de Estomatologia e Patologia Bucal, passando a realizá-la em todos os pacientes atendidos no Serviço de Semiologia. As lesões detectadas por estes profissionais passaram a ser encaminhadas aos especialistas daquela clínica para avaliação e tratamento. O tratamento, realizado na Clínica de Estomatologia e patologia Bucal, consiste na remoção de toda ou parte da lesão para a obtenção do diagnóstico histopatológico, podendo o paciente receber alta da clínica, caso o laudo revele lesão benigna ou o paciente deverá ser acompanhado a partir de então pelos estomatologistas, caso o laudo histopatológico revele uma DPM, pois esses pacientes com este tipo de lesão podem evoluir para um diagnóstico de câncer bucal, sendo monitorados e constantemente reavaliados.

Caso o laudo histopatológico revele lesão maligna, o tratamento não é realizado pelos estomatologistas, mas o paciente é referenciado para tratamento na Clínica de Cabeça e Pescoço do HNMD, onde será tratado ou encaminhado a oncologistas, caso a lesão em questão venha a se tratar de um sítio secundário (metástase). Pelo exposto, verifica-se a importância da especialidade de Estomatologia para o diagnóstico de uma lesão maligna na cavidade bucal, bem como a instrução e capacitação dos dentistas não especialistas na área para a realização da técnica de rastreamento em sua rotina diária visando uma detecção precoce de uma lesão maligna da cavidade bucal ou uma DPM. O rastreamento é importante se levarmos em conta que as doenças malignas geralmente são assintomáticas até que atinjam determinadas proporções e que na maioria dos casos ocorrem em áreas posteriores, bordo lateral de língua, muitas vezes escondidas e que podem passar despercebidas se os profissionais apenas se preocuparem com o tratamento estético restaurador dos pacientes.

De acordo com a ordem interna do Serviço de Semiologia, nº 12-01D (Odontoclínica Central da marinha, 2015) e por ordem da Direção, todos os oficiais cirurgiões-dentistas que embarcam para servir na OCM passam pelo Serviço de Semiologia, com o intuito de se familiarizarem com a rotina deste Serviço, quanto aos processos envolvidos no atendimento, recebimento, avaliação e encaminhamento dos pacientes para as outras clínicas especializadas ou o reencaminhamento para outras OM para atendimento primário ou especializado médico. Nesse momento, os cirurgiões-dentistas entram em contato com todos os aspectos do Serviço de Semiologia e eventualmente também com a Clínica de Estomatologia e Patologia Bucal, não sendo entretanto capacitados para a técnica do rastreamento, apenas orientados quanto à importância da realização desta técnica para a detecção precoce de lesões malignas da cavidade bucal.

Os pacientes que apresentam fatores de risco para o desenvolvimento de câncer de boca podem não apresentar qualquer alteração visível quando passarem pela Semiologia, mas desenvolverem alguma lesão ao longo do tratamento. O profissional que trata este paciente em outra clínica da OCM pode detectar ou não esta lesão e o paciente, se apresentar algum sintoma, pode buscar por conta própria o atendimento com o especialista. Porém, O paciente com câncer de boca e que apresenta queixa de algum sintoma clínico geralmente apresenta uma lesão de câncer em estágio mais avançado. Com isso, o papel dos cirurgiões-dentistas na detecção precoce dessas lesões é fundamental.

O profissional não especialista em Estomatologia poderá se deparar com uma lesão benigna, maligna ou uma DPM, cada uma delas requerendo um tipo de abordagem. Muitas vezes estas lesões se confundem no aspecto clínico e o diagnóstico definitivo é obtido através da realização de biópsia. Alguns destes pacientes podem ser encaminhados aos especialistas com uma hipótese diagnóstica de lesão benigna e se tratar de uma DPM ou até mesmo de uma lesão maligna. O inverso pode ocorrer, lesões com hipótese diagnóstica de lesões malignas ou DPM podem se revelar lesões benignas, após a realização de biópsia, o que neste caso, representa o melhor cenário. Todas as lesões que são detectadas nas diversas clínicas da OCM são encaminhadas aos especialistas da Clínica de Estomatologia para diagnóstico e tratamento adequado.

5 METODOLOGIA E RESULTADOS

A Clínica de Estomatologia e Patologia Bucal possui um banco de dados com informações sobre todos os pacientes atendidos e todas as lesões diagnosticadas desde maio

de 2011, quando foi criada. São registrados o nome e o número de identificação pessoal dos pacientes, sua situação funcional na MB, sexo, idade, gênero, cor de pele, se o paciente é etilista ou ex-etilista, tabagista ou ex-tabagista e a quantidade de cigarros e bebidas alcoólicas consumidas. Em relação às lesões diagnosticadas, são registradas a hipótese diagnóstica inicial atribuída pelo especialista, diagnóstico final, localização da lesão, data de biópsia (caso tenha sido realizada), natureza ou tipo da lesão (benigna, DPM ou maligna) e a origem do encaminhamento deste paciente. Os dados utilizados neste trabalho são a origem do encaminhamento do paciente e o tipo de lesão diagnosticada (benigna, DPM ou maligna). Procura-se analisar a participação dos cirurgiões-dentistas não especialistas em Estomatologia do Serviço de Semiologia e das diversas clínicas da OCM no total de lesões detectadas, o que irá sugerir o nível de capacitação destes profissionais para o diagnóstico dessas lesões.

Analisando-se o referido banco de dados da Clínica de Estomatologia da OCM, no período de cinco anos de atendimento, de maio de 2011 a abril de 2016, verificou-se o registro de 1098 lesões, abrangendo lesões malignas, DPM e benignas. Diversas entidades patológicas, com diferentes tipos clínicos foram diagnosticadas e apresentaram diferentes origens quanto ao seu encaminhamento. Quanto à sua natureza, do total de 1098 lesões, 904 lesões eram benignas (82,3%), 162 eram DPM (14,75%) e 32 eram malignas (2,95%) (GRÁF.1). Quanto à origem de seu encaminhamento, do total das 194 lesões malignas e DPM somadas, 65,5% ou 127 lesões (117 DPM e 10 malignas) foram detectadas primeiro na OCM (diagnosticadas na Clínica de Estomatologia, seja por biópsia ou por diagnóstico) e 67 pacientes foram encaminhados por profissionais de fora da OCM ou buscaram atendimento por conta própria. Não foi feito o levantamento da origem das 904 lesões benignas registradas.

Foi aplicada aos dados obtidos uma estatística descritiva e os resultados serão apresentados de forma mais detalhada, levando-se em conta os tipos de lesões e origem do encaminhamento. Para melhor compreensão, os cirurgiões-dentistas serão divididos em grupos, da seguinte forma: Grupo A, formado pelos especialistas em Estomatologia; Grupo B, formado pelos dentistas não especialistas em Estomatologia e que trabalham no Serviço de Semiologia (aqueles profissionais que receberam a capacitação para a técnica de rastreamento pelos especialistas); Grupo C, os cirurgiões-dentistas das outras clínicas da OCM e Grupo D, formado pelos profissionais de outras OMs ou extra-MB que encaminharam pacientes para a OCM.

5.1 Lesões Malignas

Passaram pela Clínica de Estomatologia, no período de cinco anos, o total de 32 pacientes com lesão maligna, sendo 22 casos de CEC, que é a lesão maligna mais comum (Neville, 2009). Destes 32 pacientes, quatorze (43,75%) foram encaminhados pelo grupo D: quatro pacientes já apresentavam o diagnóstico de câncer bucal e foram encaminhados para tratamento dentário enquanto que dez pacientes foram encaminhados para avaliação na Estomatologia, com hipótese diagnóstica de câncer de boca, tendo o diagnóstico confirmado por biópsia. Entre os dezoito pacientes restantes (56,25%), três pacientes buscaram atendimento dentário na OCM já com diagnóstico de lesão maligna e cinco pacientes buscaram o atendimento devido à doença, em estágio clínico não inicial. Portanto, apenas dez entre os 32 pacientes tiveram suas lesões descobertas na OCM (31,25%), dois casos detectados pelo grupo A (6,25%), sete pelo grupo B (21,9%) e um encaminhado por um dentista do grupo C (3,1%) com hipótese diagnóstica de câncer de lábio. Em outras palavras, entre os pacientes com lesões malignas que tiveram suas lesões detectadas na OCM, 20% foram detectados pelo grupo A, 70% pelo grupo B e 10% pelo grupo C, 90% dos casos utilizando-se a técnica do rastreamento.

5.2 Desordens Potencialmente Malignas

Constava no banco de dados o registro de 162 pacientes com diagnóstico de DPM da cavidade bucal, sendo que doze pacientes tiveram o diagnóstico feito por médico dermatologista e 150 pelos especialistas da OCM, 95 por meio de biópsia e 55 pacientes pela característica clínica apresentada pela lesão (diagnóstico clínico). O líquen plano mucocutâneo, uma das DPM, apresenta lesões em cavidade bucal e em pele, sendo possível o diagnóstico por meio de biópsia realizada por médico dermatologista.

Quanto à origem do encaminhamento, dos doze pacientes diagnosticados pelo médico dermatologista, nove pacientes já tinham o laudo de DPM quando chegaram para atendimento e foram encaminhados para acompanhamento pelo grupo A, dois pacientes foram detectados pelo grupo B e um paciente pelo grupo C. As lesões desses últimos três pacientes foram detectadas primeiro na OCM, apenas o diagnóstico foi obtido fora da OCM. Entre os 150 pacientes, trinta tiveram como origem o grupo D (um paciente fora encaminhado por dentista particular (extra-MB), 29 pacientes vieram de outras OMs) e 120 pacientes tiveram suas lesões vistas pela primeira vez na OCM, 27 pelo grupo C e entre os 93 pacientes vistos no Serviço de Semiologia, seis buscaram atendimento devido à lesão e 87

desconheciam sua presença, sendo descobertas por meio de rastreamento, 79 pacientes pelo grupo B e oito pelo grupo A. Portanto, do total das 162 DPM, 117 lesões (72,2% do total) foram detectadas na OCM e dessas lesões, oito (6,8%) lesões foram detectadas pelo grupo A, 81 (69,2%) pelo grupo B e 28 (24%) pelo grupo C. Todos estes 162 pacientes são acompanhados na clínica de Estomatologia, pois as DPM são lesões que podem se transformar em lesões malignas, principalmente na persistência de fatores de risco, como o tabagismo e o etilismo no caso do CEC em mucosa da cavidade bucal e a exposição à radiação solar sem proteção adequada, no caso de câncer de lábio.

Resumindo, foram detectadas pela técnica de rastreamento um total de nove lesões malignas (duas pelo grupo A e sete pelo grupo B) e 89 DPM (oito pelo grupo A e 81 pelo grupo B). Portanto, o grupo A detectou 10 lesões do total das 194 lesões (5,2%), o grupo B 88 lesões (45,4%), O grupo C, que não foi capacitado para a técnica do rastreamento, encontrou 29 lesões (14,9%), uma maligna e 28 DPM. Sessenta e sete (34,5%) pacientes foram encaminhados por profissionais de fora da OCM ou buscaram atendimento por conta própria (GRÁF.2).

6 A IMPORTÂNCIA DA CAPACITAÇÃO DO CIRURGIÃO-DENTISTA DO CSM PARA A TÉCNICA DE RASTRAMENTO DO CANCER BUCAL

Ao analisarmos os resultados encontrados, verificamos que os dentistas clínicos do Serviço de Semiologia, o chamado grupo B, foram responsáveis pela detecção de 88 lesões malignas ou DPM entre as 127 encontradas na OCM ao longo de cinco anos de rastreamento, o que corresponde a aproximadamente 69,3% do total dos casos encontrados na OCM. Os dentistas do grupo C detectaram apenas 22,8% do total de lesões no mesmo período, enquanto que os especialistas foram responsáveis por apenas 7,9% dos casos. Passaram pelos dentistas do grupo B, 70% das lesões malignas rastreadas (sete lesões) e 69,2% das DPM (81 lesões), enquanto que o grupo C detectou 10% das lesões malignas (um caso) e 24% das DPM (28 casos). O grupo A detectou, por sua vez, 20% dos casos de lesões malignas (dois casos) e 6,8% das DPM (oito casos).

A maioria dos profissionais no Serviço de Semiologia são os não especialistas em Estomatologia, o grupo B, sendo muito mais fácil que o paciente seja atendido primeiramente por um este profissional não especializado em Estomatologia. Todos os pacientes que buscam atendimento na OCM deverão passar pelo Serviço de Semiologia e a maioria deles será

examinado pela primeira vez por um dentista não especializado, que fará uma busca ativa de lesões nestes pacientes, sendo importante que estes profissionais estejam devidamente capacitados na técnica do rastreamento. Geralmente, após a detecção da lesão, o clínico busca o apoio do especialista que estiver no horário e este paciente é agendado para atendimento na Clínica de Estomatologia para avaliação e tratamento. O apoio de um especialista na hora da detecção da lesão é de extrema importância, uma vez que se a lesão apresenta a hipótese diagnóstica de uma lesão maligna, o paciente deve ser agendado o mais rápido possível para avaliação e biópsia, de preferência até o dia seguinte. Nesta consulta com o especialista, será feita abertura de uma ficha clínica à parte, biópsia da lesão e encaminhamento da peça cirúrgica ao patologista para exame histopatológico e obtenção de diagnóstico definitivo da lesão. Caso o diagnóstico corresponda à lesão benigna, o paciente receberá alta da clínica, se for uma DPM será acompanhado pelos especialistas e se for lesão maligna será encaminhado para o hospital de referência da MB, no caso o HNMD.

Caso um paciente não apresente lesão no exame inicial no Serviço de Semiologia, não significa que não possa desenvolver qualquer lesão ao longo do tratamento, o qual pode demorar um tempo considerável, dependendo das necessidades apresentadas. A não ser que o paciente apresente uma lesão sintomática ou o dentista especialista de qualquer outra clínica esteja atento ou faça o rastreamento ao longo do tratamento, este paciente não terá sua lesão diagnosticada. Esse paciente pode ainda receber alta odontológica e retornar apenas quando apresentar alguma sintomatologia dolorosa. Sabe-se que as lesões malignas podem não apresentar qualquer sintomatologia até que estejam bastante avançadas e já foi estimado que 50% dos pacientes com câncer de boca fazem sua primeira visita profissional um ou dois meses depois do aparecimento dos sintomas, enquanto de vinte ou 30% deles buscam por ajuda profissional após três meses (ALLISON et al., 1998). Consequentemente, é imprescindível que os profissionais de todas as clínicas da OCM sejam capacitados para realizar a técnica de rastreamento dos pacientes ao longo do tratamento.

A detecção de lesões pelas outras clínicas demonstra que lesões podem surgir ao longo do tratamento, porém o encaminhamento feito pelos dentistas do grupo C não se deveu ao rastreamento, uma vez que os profissionais que trabalham nas clínicas da OCM não foram capacitados para esta técnica. Aqueles profissionais que passaram pelo Serviço de Semiologia podem ter tido contato com a técnica, mas não foram devidamente capacitados. Uma parte das lesões deveu-se a encaminhamento realizado por profissionais de outras OM, os do grupo D. Todos os profissionais que saem do CIAW anualmente vêm recebendo informação, por meio

de aula expositiva, sobre o rastreamento realizado no serviço de semiologia da OCM e sua importância na prática clínica diária. Da mesma forma que o grupo C, os pacientes encaminhadas pelo grupo D deveu-se à queixa clínica apresentada pelo paciente ou por esses profissionais terem detectados suas lesões e saberem da existência do Serviço, mas não devido à técnica do rastreamento, uma vez que não foram capacitados.

A necessidade de capacitação dos profissionais de qualquer especialidade odontológica para a técnica do rastreamento dos pacientes pode ainda ser explicada de outra forma. Os dados registrados mostram que entre as sete lesões malignas que foram detectadas através do rastreamento pelos dentistas do grupo B, quatro delas (mais de 50% dos casos) tiveram a hipótese diagnóstica de uma lesão benigna a partir do aspecto clínico, o que foi desmentido pelo diagnóstico final obtido pela biópsia. Estes profissionais acertaram o diagnóstico de câncer bucal das outras três lesões detectadas pela técnica de rastreamento, bem como o dentista do grupo C, que encaminhou um paciente com hipótese diagnóstica de câncer de lábio. Com isso, os profissionais não podem deixar de detectar qualquer lesão em cavidade bucal e não se deve negligenciar a importância de qualquer lesão, uma vez que as lesões benignas e malignas se confundem no aspecto clínico.

Os cinco pacientes que buscaram atendimento por conta própria foram atendidos diretamente pelos dentistas especialistas. Devido ao aspecto clínico característico da lesão e à presença de fatores de risco em quatro casos, a hipótese diagnóstica foi lesão maligna. Porém, uma das pacientes era jovem e não apresentava fator de risco, apenas o aspecto clínico sugestivo de lesão maligna, o que confirma a importância da capacitação para a técnica de rastreamento em todos os pacientes, na presença ou na ausência de fatores de risco. A literatura relata câncer de boca em pacientes jovens, sem fatores de risco e neste caso a lesão maligna parece estar associada ao vírus HPV.

Apesar da grande maioria dos trabalhos existentes na literatura odontológica preconizarem a prática do rastreamento bucal com foco na população de risco, ou seja, pacientes acima dos 40 anos de idade, etilistas/tabagistas, ex-etilistas/ex-tabagistas (SANKARANARAYARANAN et al., 2000; DOWNER et al., 2006), o rastreamento bucal realizado na Clínica de Estomatologia da OCM é baseado na recomendação atual da Associação Americana de Odontologia (ADA- *American Dental Association*), que preconiza a inspeção visual e exames táteis de todos os indivíduos que se apresentarem para uma consulta dentária, dando-se maior atenção para os indivíduos de risco, ou seja, que fazem uso de tabaco, álcool, ou ambos (RETHMAN et al., 2010). O objetivo é a detecção de qualquer

lesão da cavidade bucal, visando seu tratamento e acompanhamento do paciente, dependendo do diagnóstico das lesões encontradas. Tratando-se de uma DPM, o paciente é acompanhado pela clínica de Estomatologia e Patologia Bucal no máximo a cada seis meses e os casos de lesão maligna são encaminhados ao centro de referência para o tratamento adequado (Clínicas de Cirurgia de Cabeça e Pescoço ou Oncologia do HNMD).

A implementação da técnica do rastreamento da cavidade bucal atende ao Programa de Saúde Bucal da Diretoria de Saúde da Marinha, uma vez que a publicação DSM-2006 (Diretoria de Saúde da Marinha, 2015) preconiza que seja desenvolvido um conjunto articulado e contínuo de ações preventivas e curativas, individuais e coletivas, em todos os níveis do SSM, voltadas para a promoção de saúde bucal, visando a prevenção do câncer bucal. Segundo esta mesma publicação, os procedimentos preventivos devem receber total atenção dos profissionais de saúde, pois a eficácia da sua aplicação contribuirá para uma melhora na saúde e na qualidade de vida dos usuários, com a consequente redução do número de procedimentos curativos, proporcionando assim, economia ao SSM. Ainda segundo essa publicação, todo usuário do SSM que se submete a exame odontológico inicial ou dá sequência a tratamento prévio, deveria ser rotineiramente submetido a uma avaliação cuidadosa e sistemática de todas as estruturas anatômicas da cavidade bucal. Esse procedimento é realizado na consulta inicial no Serviço de Semiologia mas o rastreamento não é realizado continuamente pelas outras clínicas, uma vez que os profissionais que não trabalham no Serviço de Semiologia não foram capacitados na técnica de rastreamento. Esse procedimento deve ser realizado em todos os pacientes e os principais fatores de risco envolvidos no aparecimento do câncer de boca devem ser conhecidos.

O diagnóstico de tumores de boca em estágio inicial implica em um melhor prognóstico para os pacientes, mas a técnica de rastreamento deve ser realizada por profissionais treinados, com o suporte de um centro de referência, para onde possam ser encaminhados os pacientes. Deve-se também ter controle dos dados obtidos, a fim de se avaliar a efetividade do rastreamento (CARVALHO et al., 2004; ANTUNES et al., 2007).

O conhecimento sobre o câncer de boca é inadequado entre os clínicos, podendo contribuir para a demora no diagnóstico, devendo estes serem instruídos sobre os fatores de risco do câncer de boca e capacitados para o rastreamento. A educação continuada apresenta uma influência positiva na habilidade destes profissionais na detecção de lesões de câncer da cavidade bucal em estágio inicial (SILVERMAN et al., 2010).

7 CONCLUSÕES

Diante do exposto, recomenda-se a capacitação periódica para todos os dentistas da OCM na técnica do rastreamento, visando o diagnóstico de toda e qualquer lesão da cavidade bucal. Apesar da maior preocupação em relação à detecção das lesões malignas, toda e qualquer lesão necessita tratamento e uma lesão maligna pode se confundir com uma lesão benigna, requerendo um nível elevado de atenção dos profissionais para a detecção de qualquer lesão em cavidade bucal. Ao longo do tratamento, os profissionais de qualquer clínica devem estar aptos a realizar a técnica do rastreamento e o paciente não deverá receber alta da OCM sem a realização de um rastreamento. Os pacientes deverão ser incentivados para o abandono do tabagismo, etilismo e da excessiva exposição solar, sendo orientados sobre estes fatores de risco para o aparecimento de câncer de boca.

Equivalente importância deve ter o estímulo aos pacientes para a realização do auto-exame da cavidade bucal a fim de se familiarizarem com as estruturas anatômicas e estarem atentos ao aparecimento de qualquer alteração. Caso seja inviável a realização de rastreamento de todos os pacientes por todos os dentistas da OCM, os mesmos deverão receber alta da OCM por um especialista estomatologista, que esclarecerá qualquer dúvida e os orientará quanto ao câncer de boca e seus fatores de risco. Após a efetivação das mudanças sugeridas, deve-se avaliar o resultado alcançado em relação ao número e tipo de lesões diagnosticadas, a fim de se aferir o grau de capacitação dos oficiais e a necessidade de melhoria ou não desse processo de capacitação. A avaliação, dessa forma, funcionará como um mecanismo de *feedback* para a tomada de novas decisões importantes para o gerenciamento do problema câncer de boca.

A técnica do rastreamento é simples de ser executada e de baixo custo, existe demanda para sua realização, e na da Marinha do Brasil, existe um centro de referência para o encaminhamento dos pacientes que necessitem de um tratamento mais especializado, no caso o Hospital Naval Marcílio Dias. Portanto, não existe motivo para não se realizar a técnica em questão e deve-se buscar o controle da capacitação dos profissionais da OCM na técnica do rastreamento.

Respondendo-se às questões iniciais do trabalho, a capacitação dos dentistas clínicos do serviço de Semiologia mostrou-se muito importante, haja vista as lesões que foram detectadas neste Serviço após a capacitação dos profissionais que lá trabalham e da mesma forma há a necessidade de capacitação de todos os cirurgiões-dentistas da OCM na mesma

técnica. Uma melhor capacitação dos profissionais poderia ser obtida através da criação de uma rotina de capacitação, primeiro buscando a realização de aula expositiva a todas as clínicas, mostrando o porquê da necessidade da realização da técnica de rastreamento, focando a importância do câncer bucal e os fatores de risco envolvidos. Em seguida, poderia-se realizar a demonstração prática da técnica por estomatologista, seja na clínica de Estomatologia e Patologia Bucal ou em cada clínica da OCM. Aula expositiva anual e demonstração prática a cada cirurgião-dentista que fosse trabalhar na OCM ajudariam a criar uma cultura voltada para a capacitação do pessoal para a técnica de rastreamento ou para qualquer outro desafio que se apresente.

Caso essas modificações sejam acolhidas pela Direção da OCM, cabe a sugestão quanto à realização de uma revisão do trabalho atual para se aferir alguma mudança em termos da quantidade e tipos de lesões detectadas e a sua origem em toda a OCM. Esta segunda avaliação estará então assentada em bases mais sólidas, pois se estará trabalhando com um processo de capacitação controlado de todos os profissionais e o resultado obtido, além de mais fidedigno, servirá como base para a tomada de decisões tecnicamente mais seguras. Por extensão, há que se pensar na possibilidade de capacitação dos profissionais recém formados na Força, pois eles serão os braços da OCM nas OM que lotam cirurgiões-dentistas de diversas especialidades e que estarão aptos a oferecer um serviço de melhor qualidade aos pacientes que estiverem sob seus cuidados.

REFERÊNCIAS

- ALLISON, P; FRANCO, E.; BLACK, M.; FEINE, J.: The role of professional diagnostic delays in the prognosis of upper aerodigestive tract carcinoma. *Oral Oncol.* n.34, p. 147-153, 1998.
- ALSANOSY, R.M. Smokeless tobacco in Saudi Arabia: a review of its pattern of use, prevalence and potential role in oral cancer. *Asian Pac. J. Cancer Prev.*, n.15, p. 6477-83, 2014.
- ANTUNES, J. L. F.; TOPORCOV, T. N.; FILHO, V.W. :Resolutividade da Campanha de prevenção e diagnóstico precoce do câncer bucal em São Paulo, Brasil. *Pan. Am. J. Public health*, v.21, n.1, p. 30-36, jan. 2007.
- BERGAMASCO, V.D.; MARTA, G.N.; KOWALSKI, L.P.; CARVALHO, A.L. Perfil epidemiológico do câncer de cabeça e pescoço no estado de São Paulo. *Rev. Bras. Cir. Cabeça Pescoço*, v.1, n.37, p.15-19, 2008.
- BRASIL. Marinha. *PCOM - Plano de Carreira de oficiais da Marinha*. Brasília, DF, 8ª Revisão, 2007. Disponível em: <http://www.dgpm.mb/pcom.html>. Acesso em 22mai.2016.
- BRASIL. Diretoria Geral do Pessoal da Marinha. *Circular nº 03/2014, anexo C*. Rio de Janeiro, 2014. Glossário Básico para a Gestão de Pessoal.
- BRASIL. Diretoria de Saúde da marinha. *DSM-2006: Manual dos Programas de Saúde da Marinha*. Rio de Janeiro, 2015.
- BRASIL. Diretoria de Ensino da Marinha. *Currículo Curso de Formação de Oficiais (CFO) e Estágio de Aplicação de Oficiais (EAO)*. Rio de Janeiro, 2009.
- BRASIL. Diretoria Geral do Pessoal da Marinha. *DGPM-101: Normas Para os Cursos e Estágios do Sistema de Ensino Naval (SEN)*, 6ª Revisão. Rio de Janeiro, 2010.
- BRASIL. Diretoria Geral do Pessoal da Marinha. *DGPM-401: Normas Para Assistência Médico-Hospitalar*, 3ª Revisão. Rio de Janeiro, 2012.
- BRASIL. Lei no 11.279, de 9 de fevereiro de 2006. Dispõe sobre o Ensino na Marinha. Disponível em: <<http://www.densm.mb/sitenovo/html/Documentos/Documentos/Lei%2011279%20Alterada.zip> – 1k>. Acesso em:22mai.2016
- BRASIL. Decreto no 6.883, de 25 de junho de 2009. Regulamenta a lei nº 11.279 de 9 de fevereiro de 2006 que dispõe sobre o Ensino na Marinha. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2009/Decreto/D6883.htm>. Acesso em 22mai.2016.
- BRASIL. Hospital Naval Marcílio Dias. *Ordem Interna n. 21-07A de 27 de maio de 2014*. Normatização para cursos de Aperfeiçoamento de Oficiais. Rio de Janeiro, RJ, 2014.

BRASIL. Odontoclínica Central da Marinha. *Ordem Interna n. 12-01D de 21 de janeiro de 2015*. Normatização do Serviço de Semiologia. Rio de Janeiro, RJ, 2015.

BRASIL. Odontoclínica Central da Marinha. *Ordem Interna n. 11-12 de 19 de fevereiro de 2015*. Normatização da Clínica de Estomatologia e patologia Bucal. Rio de Janeiro, RJ, 2015.

BRASIL. Odontoclínica Central da Marinha. *Ordem Interna n. 30-01B de maio de 2016*. Normatização da Divisão de Cursos e Estágios. Rio de Janeiro, RJ, 2016.

BRASIL. Ministério da Defesa. Portaria n. 431/MB de 8 de dezembro de 2009. Brasília, 2009. [Aprova a Política de Ensino da Marinha (PoEnsM)]. Disponível em: <<http://www.densm/sitenovo/html/Documentos/Publicacoes/PoEnsM%20-%20Portaria%20431-2009-MB.zip-1k>>.

CARVALHO, A.L.; SINGH, B.; SPIRO, R.H.; KOWALSKI, L.P.; SHAH, J.P. Cancer of the oral cavity: A comparison between institutions in a developed area and an underdeveloped nation. *Head Neck*. v.1, n.26, p.31-38, 2004.

DOWNER, M.C.; EVANS, A.W.; HUGHES HALLET, C.M.; JULIEN, J.A.; SPEIGHT, P.M.; ZAKRZEWSKA, J.M. Evaluation of screening oral cancer and precancer in a company headquarters. *Community Dent Oral Epidemiol.*, v.2, n.23, p.84-88, 1995.

DOWNER, M.C.; MOLES, D.R.; PALMER, S.; SPEIGHT, P.M. A systematic review of measures of effectiveness in screening for oral cancer and pre-cancer. *Oral Oncol*. v.6, n.42, p. 551-560, 2006.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. *Estimativa 2016-2017: Incidência de Câncer no Brasil*. Rio de Janeiro, INCA, 2016.

MOLES, D.R.; DOWNER, M.C.; SPEIGHT, P.M. Meta-analysis of measures of performance report in oral cancer and pre-cancer screening studies. *Brit. Dent. J*. v.6, n.192, p.340-344, 2002.

NEVILLE, B.W.; DAMN, D.D.; ALLEN, C.M.; BOUQUOT, J.E. *Patologia Oral e Maxilofacial*. 3.ed. , Elsevier, 2009. 972p.

REGEZI, J.A.; CIUBBA, J.J.; JORDAN, R.C.K.; *Patologia Oral: Correlações Clinicopatológicas*. 5ed. , Elsevier, 2008. 407p.

RETHMAN, M. P.; CARPENTER, W.; COHEN, E. E. W.; EPSTEIN, J.; EVANS, C.A.; FLAITZ, C. M.; GRAHAM, F. J. Evidence-Based Clinical Recommendations Regarding Screening for Oral Squamous Cell Carcinomas. *The Journal of The American Dental Association*, vol. 141, n.5, p. 509-520, mai. 2010.

SANKARANARAYANAN, R.; MATHEW, B.; JACOB, B.J.; THOMAS, G.; SOMATHAN, T.; PISANI, P. Early Findings from a community-based, cluster-randomized, controlled oral cancer screening trial in Kerala, India. *Cancer* 2000, n.88, p.664-73, 2000.

SANKARANARAYANAN, R.; RAMADAS, K.; THOMAS, G.; MUWONGE, R.; THARA, S.; MATHEW, B.; RAJAN, B. Effect of screening on oral cancer mortality in Kerala, India: a cluster-randomised controlled trial. *Lancet*, v.4, n. 365, p. 1927-1933, Jun. 2005.

SCULLY, C. *Medicina Oral e Maxilofacial. Bases do Diagnóstico e tratamento*. 2.ed. Elsevier, 2009. 394p.

SHIN, D.; VIGNESWARAN, N.; GILLENWATER, A. Advances in fluorescence imaging techniques to detect oral cancer and its precursors. *Future Oncol.*, v.7, n.6, p.1143-1154, 2010.

SILVERMAN Jr. S.; KERR, A.R.; EPSTEIN J.B.: Oral and pharyngeal cancer control and early detection. *J Cancer Educ*. V.3, n.25, p.279-281, 2010.

WILSON, J.M.G.; JUNGNER, G. Principles and practice of screening for disease. Geneve, WHO, 1968. Disponível em: <http://www.who.int/bulletin/volumes/86/4/07-050112BP.pdf>.

ANEXO A

Tabela 1

Estimativas para o ano de 2016 das taxas brutas de incidência por 100 mil habitantes e do número de casos novos de câncer, segundo sexo e localização primária*

Localização Primária Neoplasia Maligna	Estimativa dos Casos Novos							
	Homens				Mulheres			
	Estados		Capitais		Estados		Capitais	
	Casos	Taxa Bruta	Casos	Taxa Bruta	Casos	Taxa Bruta	Casos	Taxa Bruta
Próstata	61.200	61,82	13.940	64,93	-	-	-	-
Mama Feminina	-	-	-	-	57.960	56,20	18.990	79,37
Colo do Útero	-	-	-	-	16.340	15,85	4.550	19,07
Traqueia, Brônquio e Pulmão	17.330	17,49	4.430	20,59	10.890	10,54	3.230	13,49
Cólon e Reto	16.660	16,84	5.560	25,80	17.620	17,10	6.210	25,95
Estômago	12.920	13,04	3.130	14,54	7.600	7,37	2.180	9,07
Cavidade Oral	11.140	11,27	2.780	12,95	4.350	4,21	1.230	5,04
Laringe	6.360	6,43	1.600	7,50	990	0,94	320	0,97
Bexiga	7.200	7,26	2.110	9,79	2.470	2,39	830	3,21
Esôfago	7.950	8,04	1.460	6,75	2.860	2,76	610	2,27
Ovário	-	-	-	-	6.150	5,95	2.170	8,92
Linfoma de Hodgkin	1.460	1,46	450	1,74	1.010	0,93	400	1,33
Linfoma não Hodgkin	5.210	5,27	1.550	7,15	5.030	4,88	1.670	7,02
Glândula Tireoide	1.090	1,08	350	1,27	5.870	5,70	1.800	7,46
Sistema Nervoso Central	5.440	5,50	1.290	5,86	4.830	4,68	1.250	5,20
Leucemias	5.540	5,63	1.370	6,38	4.530	4,38	1.180	4,88
Corpo do Útero	-	-	-	-	6.950	6,74	2.530	10,47
Pele Melanoma	3.000	3,03	840	3,86	2.670	2,59	740	2,96
Outras Localizações	51.850	52,38	11.890	55,45	47.840	46,36	11.820	49,33
Subtotal	214.350	216,48	52.750	245,63	205.960	199,57	61.710	257,55
Pele não Melanoma	80.850	81,66	17.370	80,90	94.910	91,98	21.910	91,65
Todas as Neoplasias	295.200	298,13	70.120	326,51	300.870	291,54	83.620	348,99

*Números arredondados para múltiplos de 10.

Fonte: Instituto Nacional de Câncer, Estimativa 2016-2017: Incidência de Câncer no Brasil. Rio de Janeiro, 2016, p.57.

Figura 1

Distribuição proporcional dos dez tipos de câncer mais incidentes estimados para 2016 por sexo, exceto pele não melanoma*

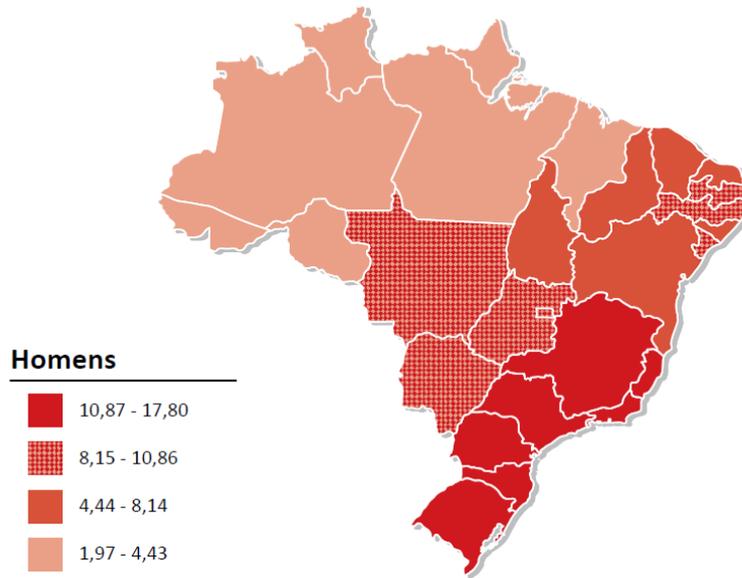
Localização Primária	Casos	%			Localização Primária	Casos	%
Próstata	61.200	28,6%		Homens Mulheres	Mama feminina	57.960	28,1%
Traqueia, Brônquio e Pulmão	17.330	8,1%			Cólon e Reto	17.620	8,6%
Cólon e Reto	16.660	7,8%			Colo do útero	16.340	7,9%
Estômago	12.920	6,0%			Traqueia, Brônquio e Pulmão	10.890	5,3%
Cavidade Oral	11.140	5,2%			Estômago	7.600	3,7%
Esôfago	7.950	3,7%			Corpo do útero	6.950	3,4%
Bexiga	7.200	3,4%			Ovário	6.150	3,0%
Laringe	6.360	3,0%			Glândula Tireoide	5.870	2,9%
Leucemias	5.540	2,6%			Linfoma não Hodgkin	5.030	2,4%
Sistema Nervoso Central	5.440	2,5%			Sistema Nervoso Central	4.830	2,3%

*Números arredondados para múltiplos de 10.

Fonte: Instituto Nacional de Câncer, Estimativa 2016-2017: Incidência de Câncer no Brasil. Rio de Janeiro, 2016, p.57.

Figura 2

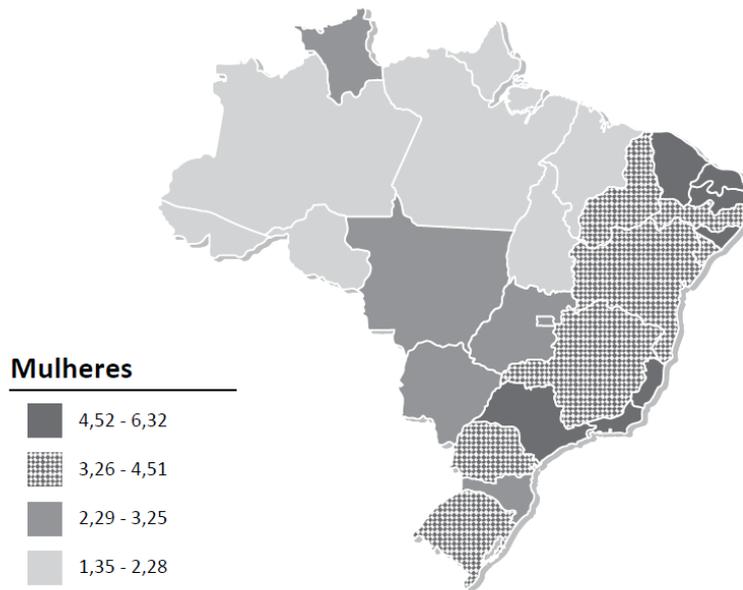
Representação espacial das taxas brutas de incidência por 100 mil homens, estimadas para o ano de 2016, segundo Unidade da Federação (neoplasia maligna da cavidade oral)



Fonte: Instituto Nacional de Câncer, Estimativa 2016-2017: Incidência de Câncer no Brasil. Rio de Janeiro, 2016, p.97.

Figura 3

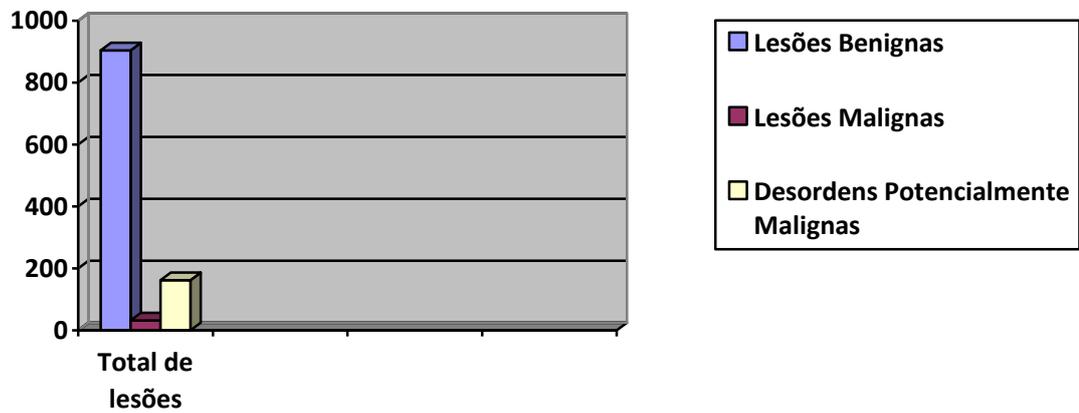
Representação espacial das taxas brutas de incidência por 100 mil mulheres, estimadas para o ano de 2016, segundo Unidade da Federação (neoplasia maligna da cavidade oral)



Fonte: Instituto Nacional de Câncer, Estimativa 2016-2017: Incidência de Câncer no Brasil. Rio de Janeiro, 2016, p.97.

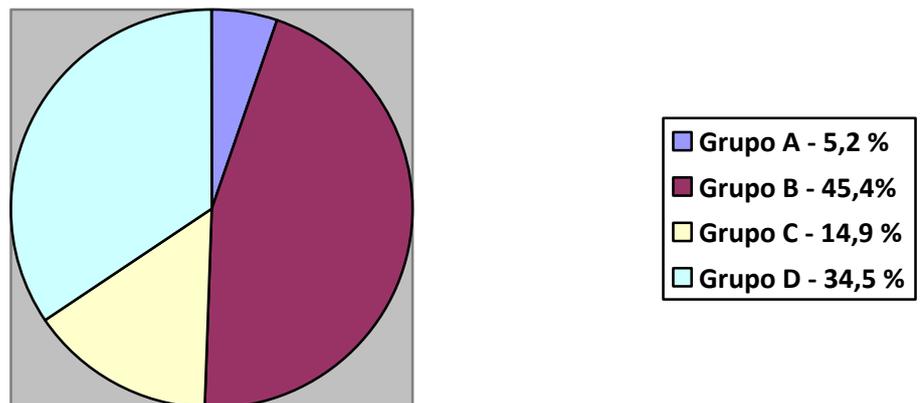
APÊNDICE A

Gráfico 1 – Total e Tipos de lesões registradas



Fonte: Registro do banco de dados da Clínica de Estomatologia e Patologia Bucal da Odontoclínica Central da Marinha.

Gráfico 2 – Origem da lesões malignas e desordens potencialmente malignas registradas



Fonte: Registro do banco de dados da Clínica de Estomatologia e Patologia Bucal da Odontoclínica Central da Marinha.