



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

Alexandro Barbosa de Azevedo

SUPORTE AOS PACIENTES ONCOLÓGICOS PELA CLÍNICA DE ESTOMATOLOGIA DA
ODONTOCLÍNICA CENTRAL DA MARINHA: uma proposta de intervenção

Rio de Janeiro
2021

Alexandro Barbosa de Azevedo

SUPORTE AOS PACIENTES ONCOLÓGICOS PELA 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.

Orientador(a): Priscilla Caran Contarato

Rio de Janeiro

2021

À minha amada esposa Fábيا, por sempre acreditar nos meus sonhos e sonhar junto comigo, compartilhando momentos bons e ruins para que chegássemos até aqui. Não teria conseguido “navegar” e vencer tantos “mares revoltos” sem você ao meu lado. Te amo muito!

A meu amado filho Nicolás, um milagre em nossas vidas que representa o verdadeiro significado da palavra amor.

À minha Orientadora, Prof^a Dr^a Priscilla Caran Contarato, pela confiança, paciência, ensinamentos, profissionalismo, retidão, sinceridade e fraterna amizade dispensados.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus e à Nossa Senhora Aparecida por todas as bênçãos que me concederam, permitindo que concluísse mais essa jornada em minha vida;

À Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca - FIOCRUZ, na pessoa do Diretor, Marco Menezes;

À Marinha do Brasil, especificamente aqui representada pela Diretoria-Geral do Pessoal da Marinha, Diretoria do Pessoal Militar da Marinha e Diretoria de Saúde da Marinha, pela aquiescência da minha indicação para realização deste curso e por todas as oportunidades profissionais que já me concedeu;

À Escola de Guerra Naval, na figura do seu Diretor, o Contra Almirante Silvio Luís dos Santos, pelo suporte a mim concedido durante todo o período do curso;

Ao Capitão de Mar e Guerra André Luís Martins de Souza, Diretor da Odontoclínica Central da Marinha, pelo apoio para a realização desse curso;

Ao Capitão de Mar e Guerra (RM1-CD) Marco Aurelio Carvalho de Andrade, por toda a parceria necessária para que, juntos, conseguíssemos, há dez anos atrás, implementar o que hoje se tornaria a Clínica de Estomatologia da Odontoclínica Central da Marinha.

Aos amigos e colegas da Odontoclínica Central da Marinha que em menor ou maior grau desejaram o meu sucesso nessa jornada;

A todas as pessoas que participaram direta ou indiretamente para a realização desse trabalho, e especialmente ao “meu paciente”, representado aqui, por todos aqueles que já tratei na Clínica de Estomatologia da Odontoclínica Central da Marinha, razão maior de toda minha dedicação, estudo e esforço. Que os conhecimentos por mim adquiridos e as melhorias na gestão da nossa clínica, sejam plenamente revertidos em vosso favor.

RESUMO

O objetivo desse trabalho foi implementar um suporte adequado, através do atendimento especializado, aos pacientes que recebem diagnóstico de câncer de boca pela Clínica de Estomatologia da Odontoclínica Central da Marinha (OCM), a fim de mitigar as complicações orais não infecciosas após a terapia antineoplásica, possibilitando uma melhor qualidade de sobrevivência a esses pacientes e reduzindo a necessidade de extensas e complexas reabilitações orais após o tratamento oncológico. A Odontoclínica Central da Marinha (OCM) é uma Organização Militar da Marinha do Brasil, que presta Assistência Odontológica no Eixo da Atenção Especializada de Média Complexidade e oferece, entre suas especialidades, atendimento pela sua Clínica de Estomatologia e Patologia Bucal. Atua na prevenção, diagnóstico e tratamento das patologias do sistema estomatognático, aos usuários do Sistema de Saúde da Marinha. O papel da Estomatologia é fundamental para esse paciente, realizando desde o planejamento e realização do tratamento odontológico pré terapia antineoplásica, assim como o seu acompanhamento durante e após o término do tratamento oncológico. Entre as ações implementadas, estão: reunião com a equipe da clínica, que se encontra muito motivada com o projeto; a elaboração de um Protocolo de Atendimento aos Pacientes com Neoplasias malignas de Boca, que já encontra-se sendo utilizado; e o início do monitoramento e acompanhamento desses pacientes. Outras ações ainda estão em fase de implementação.

Palavras-chave: Câncer de Boca, Radioterapia, Quimioterapia Adjuvante, Osteorradioneecrose, Xerostomia.

LISTA DE SIGLAS

OCM – Odontoclínica Central da Marinha

ppm – Concentração de Partes por Milhão

ORN – Osteorradioneecrose

Gy – Gray (Unidade do Sistema Internacional de dose de radiação absorvida)

COVID-19 - Coronavírus 2019 (do inglês coronavirus disease)

HNMD – Hospital Naval Marcílio Dias

OI – Ordem Interna

MB – Marinha do Brasil

COMIMSUP – Comando Imediatamente Superior

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	8
1.1 JUSTIFICATIVA	9
1.2 OBJETIVOS GERAL E ESPECÍFICOS	10
2 REFERENCIAL TEÓRICO	10
2.1 MANEJO ORAL PRÉ TERAPIA.....	11
2.2 MANEJO ORAL DURANTE A TERAPIA.....	13
2.3 MANEJO ORAL PÓS TERAPIA.....	16
3 O PROJETO DE INTERVENÇÃO	20
3.1 DESCRIÇÃO E ANÁLISE DA SITUAÇÃO-PROBLEMA.....	20
3.2 PROGRAMAÇÃO DAS AÇÕES.....	24
3.3 GESTÃO DO PROJETO.....	30
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS	31
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	33

1 INTRODUÇÃO

Em 2018, mais de 350 mil novos casos de câncer de boca foram diagnosticados no mundo (GLOBOCAN, 2021). O manejo desse paciente é complexo e multidisciplinar, podendo envolver apenas cirurgia ou radioterapia, além de tratamentos combinados, como cirurgia, radioterapia e quimioterapia sistêmica (Hong et al., 2018; Levi; Lalla, 2018; Ge et al., 2020; Kawashita et al., 2020). Outras terapias direcionadas, como o uso de inibidores do receptor do fator de crescimento epidérmico ou inibidores da Tirosina Quinase, além de outras imunoterapias emergentes também podem ser utilizadas (Epstein; Barasch, 2018). Embora eficazes, esses tratamentos antineoplásicos podem causar morbidade significativa aos pacientes, através de danos diretos às estruturas da cabeça e pescoço e efeitos indiretos devido à toxicidade sistêmica (Epstein; Barasch, 2018; Hong et al., 2018; Levi; Lalla, 2018). A radioterapia pode resultar em vários efeitos colaterais orais, precoces e tardios. Por outro lado, a quimioterapia sozinha raramente é apropriada para essas formas de câncer, mas os agentes quimioterápicos são cada vez mais usados para aumentar os efeitos da radioterapia; conceito descrito como quimiorradiação (Jawad et al., 2015). Entretanto, ainda não existe um tratamento anticâncer capaz de destruir as células neoplásicas sem causar a morte de pelo menos algumas células normais, sendo que os tecidos com renovação mais rápida, como o epitélio oral, são especialmente suscetíveis, podendo provocar graves problemas orais, e quanto mais potente for o tratamento, maior o risco de produzir complicações (Neville, 2016; Strojan et al., 2017).

Os efeitos colaterais da radioterapia, podem ocorrer durante o tratamento, dificultando sua execução e conclusão, mas tendem a desaparecer algumas semanas ou meses após seu término. As complicações tardias, surgem 3 meses ou mais após o tratamento e impactam negativamente a qualidade de vida dos pacientes, sendo principalmente associados ao funcionamento prejudicado das glândulas salivares e do aparelho de deglutição, mas outros tecidos e estruturas também sofrem este risco, dependendo da localização do tumor, como os ossos gnáticos e o aparelho auditivo (Jawad et al., 2015; Strojan et al., 2017). A mucosite e a hemorragia, estão associados à quimioterapia, especialmente os casos que requerem altas doses de quimioterápicos, como a leucemia; já a mucosite aguda dolorosa e a dermatite são efeitos secundários associados à radiação. As consequências possíveis dessas terapias, de acordo com os campos irradiados, a dose e a idade do paciente, podem ser: xerostomia; cáries rampantes por perda de saliva, perda do paladar (hipogeusia); osteorradionecrose; trismo; dermatite crônica;

perda auditiva; e anormalidades do desenvolvimento (Jawad et al., 2015; Neville, 2016; Strojan et al., 2017; Hong et al., 2018; Kawashita et al., 2020).

A prevenção ou redução desses efeitos colaterais têm ganhado uma importância crescente, especialmente devido ao aumento de pacientes idosos e dentados, que desenvolvem câncer de cabeça e pescoço. É imperativo que esses pacientes tenham uma avaliação odontológica pré radioterapia para maximizar sua qualidade de vida após o tratamento antineoplásico. Além disso, a complexidade médica desses pacientes pode afetar o planejamento, a priorização e o momento mais adequados para realização do atendimento odontológico, fazendo com que necessitem de suporte significativo da equipe odontológica antes, durante e após o tratamento antineoplásico (Jawad et al., 2015; Levi; Lalla, 2018; Kawashita et al., 2020).

Baseado em toda essa necessidade dos pacientes com câncer de boca, constatamos uma deficiência em prover o suporte especializado, de forma adequada, aos paciente diagnosticados pela OCM. Dessa forma, foi elaborado um Projeto de Intervenção na Gestão da Clínica de Estomatologia e Patologia Bucal da OCM, visando mitigar ou extinguir essa deficiência no atendimento aos seus pacientes, focando na resolução da seguinte Situação Problema: as complicações orais não infecciosas após a terapia antineoplásica em pacientes diagnosticados com câncer de boca pela OCM.

1.1.JUSTIFICATIVA

A ausência de planejamento especializado para o tratamento odontológico dos nossos pacientes, antes do tratamento antineoplásico, tem sido observada pelos profissionais da Clínica de Estomatologia há alguns anos, devido às condições bucais ruins e à baixa qualidade de vida que estes pacientes nos apresentam ao retornarem após o tratamento oncológico, resultando em maior necessidade de cuidados bucais após a terapia e aumentando o custo do tratamento com extensas reabilitações orais.

O tratamento odontológico especializado, antes da terapia antineoplásica, reduz a possibilidade de desenvolver osteorradionecrose e evita interrupções da terapia antineoplásica devido a quadros infecciosos dentários. Já o acompanhamento especializado durante a terapia, permite o controle da higiene oral do paciente e o tratamento das complicações da sua terapia, evitando a necessidade de uso de sondas nasogástricas para alimentação, além do controle da dermatite cervical pela radiação, controle de candidose e de condições infecciosas periodontais.

O acompanhamento após o tratamento antineoplásico, controla os efeitos da xerostomia severa, como as cáries por ausência de saliva e possibilita o diagnóstico precoce de recidivas da doença.

1.2.OBJETIVOS GERAL E ESPECÍFICOS

O objetivo desse trabalho é implementar o suporte adequado aos pacientes que recebem diagnóstico de câncer de boca pela Clínica de Estomatologia da Odontoclínica Central da Marinha (OCM) para reduzir as complicações orais não infecciosas após a terapia antineoplásica.

Os objetivos específicos desse trabalho são:

- avaliar e indicar o tratamento odontológico pré terapia antineoplásica, através de um estomatologista;
- estabelecer o acompanhamento desse paciente por um estomatologista durante a terapia antineoplásica;
- melhorar a comunicação entre a Clínica de Estomatologia da OCM e as Clínicas de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial e a Clínica de Cirurgia de Cabeça e Pescoço do HNMD.

2.REFERENCIAL TEÓRICO

O Cirurgião Dentista tem um papel fundamental como parte da equipe de manejo multidisciplinar do paciente oncológico, atuando em qualquer problema dentário que possa interromper ou comprometer o curso do tratamento do câncer, além de ajudar a maximizar a possibilidade de reabilitação oral e melhorar a qualidade de vida após o tratamento oncológico. As equipes multidisciplinares são responsáveis por garantir uma odontologia especializada disponível para os pacientes com câncer de cabeça e pescoço, e muitos centros oncológicos, assim como a Associação Britânica de Oncologistas de Cabeça e Pescoço, por exemplo, recomendam que todos os pacientes oncológicos passem por uma avaliação odontológica, já que muitos têm necessidades complexas que não podem ser resolvidas pelos serviços odontológicos de atenção primária, sendo essencial o manejo odontológico especializado antes, durante e após a terapia antineoplásica (Jawad et al., 2015; Epstein; Barasch, 2018; Hong et al., 2018). Diretrizes para cuidados bucais básicos foram desenvolvidas pela Associação Multinacional de Cuidados

de Suporte em Câncer/Sociedade Internacional de Oncologia Oral (MASCC/ISOO) (Elad et al., 2015).

Hong et al. (2018), concluíram em sua revisão sistemática sobre protocolos de manejo odontológico de pacientes com câncer, que os pacientes que se submetem a protocolos de avaliação/tratamento dentário antes da quimioterapia e de transplante de células tronco, através da remoção de patologias dentais moderadas e graves experimentaram nenhuma ou mínima complicação odontogênica durante a terapia antineoplásica e, mesmo os que se submeteram a protocolos mínimos, em que apenas patologias dentais agudas e sintomáticas foram tratadas previamente, apenas 3-4% dos pacientes desenvolveram complicações dentárias. Tal resultado é importante, já que os protocolos de avaliação/tratamento dentário completos, embora ideais, precisam ser reconsiderados nos casos em que o tempo necessário para sua realização, possa resultar em atraso no início do tratamento do câncer, impactando negativamente no seu prognóstico (Hong et al., 2018).

2.1.MANEJO ORAL PRÉ TERAPIA

O momento ideal para elaborar um plano de tratamento odontológico para pacientes com câncer oral é antes da terapia antineoplásica, dessa forma, a avaliação pré radioterapia deve incluir exame radiográfico nos pacientes dentados e uma avaliação cuidadosa de quaisquer próteses em uso, com o objetivo de maximizar sua qualidade de vida após o tratamento oncológico, o que envolve manter os dentes para exercício da função, estética e fala. Entretanto, múltiplas exodontias podem ser indicadas para evitar o desenvolvimento de osteorradionecrose, devido extração de dentes em áreas irradiadas, após a radioterapia (Jawad et al., 2015; Epstein; Barasch, 2018; Levi; Lalla, 2018).

2.1.1.Instrução de higiene oral

A importância da higiene bucal nos pacientes oncológicos, não pode ser subestimada, e nenhuma orientação é possível de ser realizada, abordando seu benefício em relação às complicações orais, durante o tratamento antineoplásico. Inicialmente, é imperativo recomendar o uso de produtos com flúor e reforçar o seu uso, pois a adesão do paciente ao tratamento diminui com o tempo. Para controle da gengivite e manter uma boca relativamente livre de placas, é recomendado que pacientes dentados usem 10 ml de gluconato de clorexidina, com uma concentração de 0,2%, para enxágue bucal duas vezes ao dia, a partir de uma semana antes

da radioterapia e quimioterapia, mantendo seu uso até 1 mês após o término do tratamento (Jawad et al., 2015; Epstein; Barasch, 2018; Hong et al., 2018).

2.1.2.Exodontias

É necessário extrair todos os dentes com prognóstico de longo prazo duvidoso, que estarão dentro do campo que será irradiado. Quanto menos motivado ao tratamento o paciente estiver, mais agressiva deve ser a indicação para extração de dentes antes da radioterapia. Isso inclui: cáries avançadas com status pulpar questionável ou evidente; lesões periapicais extensas; doença periodontal moderada ou avançada (perda extensa de inserção); raízes residuais; dentes impactados ou com erupção incompleta. As extrações devem ser realizadas de forma atraumática e com cicatrização primária, até três semanas antes do início da radioterapia. Além disso, pacientes que já tenham histórico de radioterapia na cabeça e pescoço podem ter alguns procedimentos odontológicos contraindicados, especialmente procedimentos envolvendo manipulação do osso que recebeu altas doses de radiação; definidas como dose acumulativa superior a 50 Gy (Jawad et al., 2015; Epstein; Barasch, 2018; Levi; Lalla, 2018; Kawashita et al., 2020).

2.1.3.Tratamento restaurador

Além de realizar todas as restaurações necessárias, inclusive em dentes com lesões cariosas menores, é preciso observar que os efeitos da radiação e da quimioterapia tornam os tecidos moles muito sensíveis a traumas, portanto, também é importante que todos os dentes com irregularidades ou áreas afiadas nas restaurações sejam novamente restaurados ou tenham as arestas cortantes suavizadas. Hong et al. (2018) concluíram em sua revisão sistemática que restaurações realizadas com resinas compostas apresentam melhor prognóstico em pacientes que foram submetidos à radiação em cabeça e pescoço (Jawad et al., 2015; Hong et al., 2018; Levi; Lalla, 2018). Pacientes que possuem restaurações metálicas correm o risco de retroespalhamento e difusão da radiação pelo metal, uma preocupação a ser observada durante o tratamento odontológico, porque pode danificar o tecido mole circundante, causando um aumento de até 170% da dose de radiação e aumentando o risco de desenvolver mucosite nessas áreas. Para esses casos, podem ser confeccionados protetores bucais de radiação, para ajudar a combater os efeitos de retroespalhamento (Levi; Lalla, 2018; Kawashita et al., 2020).

2.1.4.Próteses

Avaliação e ajuste das dentaduras e próteses para garantir que não causará trauma à mucosa durante a radioterapia. Na realidade, a maioria dos pacientes deixa de usar suas próteses durante o tratamento e pode ser necessário aconselhamento sobre como superar possíveis dificuldades ao voltar a usá-las (Bonan et al., 2006; Jawad et al., 2015; Levi; Lalla, 2018).

2.2.MANEJO ORAL DURANTE A TERAPIA

Os procedimentos odontológicos eletivos devem ser evitados em pacientes submetidos a quimioterapia e radioterapia concomitantes, idealmente até que os pacientes tenham completado o tratamento. Entretanto, pacientes recebendo somente quimioterapia podem receber atendimento odontológico de rotina quando suas contagens de neutrófilos e plaquetas estiverem estáveis. Já para os pacientes realizando somente radioterapia, os procedimentos odontológicos eletivos devem ser evitados até que a radioterapia seja concluída. Contudo, em ambos os casos, é necessária uma avaliação detalhada dos riscos e benefícios do atendimento odontológico, em conjunto com o paciente e a equipe de oncologia (Epstein; Barasch, 2018; Levi; Lalla, 2018).

2.2.1.Instrução de higiene oral

A higiene oral adequada é essencial, principalmente durante a quimioterapia ou radioterapia, quando a mucosa oral se encontra inflamada e dolorida. Caso a escovação se torne muito dolorosa, o uso de enxaguatório bucal à base de gluconato de clorexidina é uma boa alternativa e a escovação dos dentes deve ser reiniciada na primeira oportunidade. Quando nem o enxaguatório é tolerado, os tecidos orais devem ser esfregados com uma gaze embebida em clorexidina (Jawad et al., 2015; Epstein; Barasch, 2018). Idealmente, os pacientes devem ser atendidos por um higienista dental, pelo menos uma vez por semana até o término da radioterapia, realizando remoção da placa e a remoção suave dos resíduos da mucosa (Epstein; Barasch, 2018; Kawashita et al., 2020).

2.2.2.Mucosite e dor

A mucosite oral se refere à inflamação e ulceração da mucosa oral devido a quimioterapia ou a radioterapia (Epstein; Barasch, 2018; Levi; Lalla, 2018). Caracterizada por úlceras grandes e dolorosas que têm um impacto significativo na qualidade de vida do paciente e que podem restringir consideravelmente suas atividades, como comer, falar e até engolir a saliva. Seu manejo começa por um regime de cuidado oral preventivo que inclui a implementação agressiva de procedimentos de higiene oral, incluindo escovação, uso do fio dental e bochechos (Epstein;

Barasch, 2018; Kawashita et al., 2020). Além disso, várias intervenções foram descritas como fornecendo algum benefício, para prevenir ou reduzir a gravidade da mucosite, como: aloe vera, amifostina, fator estimulador de colônias de granulócitos, glutamina intravenosa, mel, fator de crescimento de queratinócitos, fotobiomodulação com laser de baixa potência, além da crioterapia, cloridrato de benzidamina, lidocaína, dexametasona e clorexidina. Contudo, existem evidências de que a aplicação de gelo (crioterapia) antes da terapia possa reduzir a mucosite, entretanto, raspas de gelo na boca não são bem toleradas para a maioria dos pacientes. O cloridrato de benzidamina proporciona alívio sintomático na mucosite leve a moderada em alguns pacientes, principalmente quando usado antes das refeições, possibilitando a alimentação. O uso de enxaguatório bucal com solução de lidocaína a 2% ajuda quando os sintomas são mais graves, mas, também pode requerer o uso de opiáceos fortes, como a morfina (Jawad et al., 2015; Epstein; Barasch, 2018; Kawashita et al., 2020).

2.2.3. Infecções orais por cândida

Os pacientes em terapia antineoplásica são mais suscetíveis à candidose oral, por isso, garantir próteses e higiene bucal ideais é a primeira linha de ação. É comumente observada nesses pacientes e pode resultar em disfagia, disgeusia e, em alguns casos, sensação de queimação. A infecção persistente deve ser tratada com antifúngicos, evitando-se o uso de nistatina e clorexidina simultaneamente, pois existem evidências que ambas as drogas inibem a ação uma da outra. Antifúngicos que são absorvidos ou parcialmente absorvidos no trato gastrointestinal, como o cetaconazol, são considerados mais eficazes para prevenir e tratar a candidose oral (Jawad et al., 2015; Levi; Lalla, 2018; Kawashita et al., 2020).

2.2.4. Xerostomia

Os pacientes começam a desenvolver os sintomas de xerostomia algumas semanas após o início da radioterapia e a boca seca pode não se recuperar após o tratamento. A estimulação da função da glândula para pacientes com algum grau de parênquima residual pode ser tentada por meio de medicamentos sialagogos, como pilocarpina e cevimelina, contudo, com cautela devido aos efeitos colaterais causados por essas substâncias. Goles frequentes de água tendem a ser a terapia mais popular para a maioria dos pacientes, mas o uso de substitutos da saliva pode ser útil e oferecer alívio sintomático para pacientes com função salivar insuficiente, entre eles: substitutos artificiais de saliva (géis, sprays e enxaguatórios bucais) ou estimulantes salivares (por exemplo, gomas de mascar, comprimidos de ácido cítrico). A acidez de alguns produtos de

saliva artificial pode causar erosão dentária em pacientes dentados; que devem estar usando um produto contendo flúor (Jawad et al., 2015; Mercadante et al., 2017; Epstein; Barasch, 2018).

2.2.5. Aconselhamento de dieta

O aconselhamento dietético é idealmente dado após consulta com um nutricionista, pois o reforço regular do conselho dietético clínico é mais eficaz. Enquanto a sensação gustativa está ausente, é um bom momento para abrir mão do açúcar, pois existe menos tentação de comidas e bebidas doces. A disfagia ou dificuldade de engolir, faz com que o paciente com incapacidade de receber nutrição e hidratação adequadas por via oral seja considerado de alto risco nutricional. A disfagia não tratada ou mal administrada afeta negativamente a qualidade de vida, interfere no tratamento do câncer e pode levar a condições de risco de vida, como pneumonia por aspiração, além de poder significar a necessidade do uso de alimentação enteral (sonda nasogástrica) ou suplementos nutricionais por longo prazo. Os nutricionistas incentivam pequenas refeições frequentes porque o apetite pode ser insuficiente nesta fase e, posteriormente, uma dieta doce com alto teor calórico para manutenção do peso, o que requer vigilância cuidadosa para garantir que a saúde bucal não seja afetada, pois, combinado com a falta de uma boa higiene oral e baixa tolerância ou adesão aos cremes dentais com flúor e enxaguatórios bucais, inevitavelmente torna-se um período de alto risco de cárie (Jawad et al., 2015; Epstein; Barasch, 2018).

2.2.6. Trismo

A rigidez progressiva da mandíbula e a limitação da abertura de boca continuam sendo uma complicação comum durante a terapia oncológica. Sua prevenção é feita através de exercícios em casa para manutenção da abertura máxima de boca e mobilidade da mandíbula. Uma cunha feita ao empilhar gradativamente espátulas abaixadores de língua pode ser usada pelo paciente, tanto como um guia para melhorar a abertura bucal quanto como um alvo para exercícios, pelo menos três a quatro vezes ao dia. O sistema de reabilitação de movimento mandibular TheraBite® usa movimento passivo repetitivo e alongamento para restaurar a mobilidade e flexibilidade da musculatura da mandíbula, articulações associadas e tecidos conjuntivos (Jawad et al., 2015; Levi; Lalla, 2018).

2.2.7. Neurotoxicidade/Neuropatia periférica induzida por quimioterapia

Pacientes submetidos à quimioterapia podem se queixar de dor latejante, sem causa odontogênica ou periodontal, especialmente na mandíbula, associado a certos quimioterápicos. A

revisão do histórico médico e uma avaliação abrangente com imagens são necessárias para um diagnóstico adequado, além da avaliação endodôntica e o teste pulpar para distinguir entre a dor mandibular aguda e a dor neurotóxica ou neuropática, entretanto, é importante reconhecer que o teste pulpar pode estar alterado em pacientes com dor neuropática (Epstein; Barasch, 2018; Levi; Lalla, 2018).

2.3.MANEJO ORAL PÓS TERAPIA

2.3.1.Regime preventivo

Após o término do tratamento, a xerostomia pode continuar a ser um problema para o paciente e o trismo pode piorar progressivamente, por isso, é preconizado o uso de creme dental com maior teor de flúor (5.000 ppm) e enxaguatório bucal sem álcool com fluoreto de sódio (0,05%) em pacientes xerostômicos, afim de ajudar a deter qualquer lesão inicial de cárie. Estudos combinando o uso de flúor e clorexidina têm obtido sucesso no controle da cárie após a radioterapia, e o uso do gel de clorexidina 1%, aplicado em moldeira individual durante 14 dias, a cada três a quatro meses, demonstrou manter o nível de *Streptococos mutans* sob controle, por pelo menos três meses, já que ocorre um aumento da colonização de *Streptococcus mutans* e *Lactobacillus* no periodonto, após a radiação de cabeça e pescoço. Sem restrições dietéticas, a cárie também pode ser controlada através de autoaplicações diárias de gel de fluoreto de sódio a 1%, em moldeiras individuais. Contudo, esse nível de compromisso do paciente é difícil de atingir, e a cárie pode ficar descontrolada, particularmente quando ambas as parótidas foram irradiadas, já que a adesão da paciente ao uso de flúor diminuiu drasticamente com o tempo (Jawad et al., 2015; Hong et al., 2018; Levi; Lalla, 2018; Kawashita et al., 2020).

2.3.2.Tratamento restaurador/periodontal

O periodonto irradiado torna-se mais suscetível às doenças, pois a vascularização passa a ser reduzida, a capacidade de remodelação e reparo do osso de suporte fica prejudicada e a redução do fluxo salivar favorece a deposição de placa e à doença periodontal descontrolada, especialmente nas áreas de furca, onde pode predispor ao desenvolvimento de osteorradionecrose (ORN). Qualquer evidência de doença periodontal deve ser tratada vigorosamente e o tratamento restaurador e periodontal não cirúrgico podem ser realizados normalmente. Os dentes que estão no campo da radioterapia de alta dose, devem ser tratados de

forma conservadora para minimizar o risco do paciente de desenvolver ORN (Jawad et al., 2015; Levi; Lalla, 2018).

2.3.3.Extrações

Extrações dentárias ou intervenções cirúrgicas envolvendo osso, após a radioterapia, possuem risco de desenvolver ORN e devem ser evitadas. Caso necessárias, devem ser realizadas em ambiente hospitalar, usando colutório com gluconato de clorexidina 0,2% antes da cirurgia, realizadas com o mínimo de trauma e garantindo o fechamento primário do tecido mole. Múltiplas extrações possuem recomendação de oxigenoterapia hiperbárica antes e depois do procedimento, contudo, sua eficácia na prevenção de ORN ainda é ambígua (Bonan et al., 2006; Jawad et al., 2015; Levi; Lalla, 2018).

2.3.4.Osteorradionecrose

A extração dentária de paciente submetido à radioterapia deve ser evitada, mesmo após vários anos do tratamento, pois a radiação promove uma diminuição da vascularização e, conseqüentemente, torna prejudicada a capacidade de cicatrização óssea, principalmente na mandíbula, sendo a principal causa da osteorradionecrose (Bonan et al., 2006). Quando forem necessárias extrações, as doses específicas dessas áreas devem ser determinadas com cautela, porque a maioria dos casos de ORN ocorre em doses superiores a 60 Gy. A ORN geralmente começa como uma pequena área de ruptura da mucosa com exposição do osso subjacente, caracterizada por dor óssea profunda, muitas vezes com secreção purulenta que pode incluir osso sequestrado e pode resultar em perda óssea significativa. É de difícil tratamento e pode ser muito debilitante, prejudicando significativamente a qualidade de vida. Excisão de osso necrosado com fechamento primário e oxigenoterapia hiperbárica pode ser recomendada, além da hemimandibulectomia, em casos graves. Recentemente, foi observado um efeito sinérgico entre a pentoxifilina e o tocoferol (vitamina E) para o tratamento da ORN, em que a pentoxifilina facilita a microcirculação, inibe os mecanismos inflamatórios, promove a proliferação de fibroblastos e a formação de matriz extracelular, e o tocoferol protege a membrana celular contra a peroxidação. Embora a incidência da ORN seja baixa, raramente diminui espontaneamente após sua ocorrência; em pacientes com lesões avançadas, a ressecção cirúrgica da mandíbula torna-se necessária (Jawad et al., 2015; Levi; Lalla, 2018; Kawashita et al., 2020).

2.3.5.Reabilitação por próteses maxilofaciais

Muitas vezes a ressecção cirúrgica de tumores de cabeça e pescoço, podem exigir a fabricação de próteses maxilofaciais, incluindo obturadores palatinos, próteses nasais, orbitais ou oculares. Os obturadores palatinos restauram o assoalho da cavidade nasal, bem como o teto da cavidade oral, auxiliando na deglutição e na fala. Idealmente, esses obturadores palatinos devem ser planejados com a equipe de oncologia antes do paciente ser submetido à cirurgia, permitindo que o dentista crie modelos de diagnóstico para a fabricação do obturador palatino cirúrgico, do obturador provisório e para o tratamento restaurador definitivo do paciente (Levi; Lalla, 2018).

2.3.6.Frequência de acompanhamento

A frequência de acompanhamento odontológico desses pacientes depende dos seus fatores de risco, pois a evolução descontrolada de cárie após o tratamento do câncer continua indefinidamente após a radioterapia, assim como o risco de desenvolver ORN. É imperativo enfatizar o uso contínuo de flúor para prevenção da cárie, pois a adesão do paciente vai se perdendo, com o tempo, e sem o acompanhamento regular dos regimes preventivos, a destruição da dentição pode ser rápida e difícil de controlar e, por isso, o monitoramento regular da saúde oral desse paciente é importante, através de três avaliações mensais, inicialmente, até que seja constatado que o paciente está mantendo sua própria dentição (Jawad et al., 2015). Para Epstein & Barasch (2018), essa frequência deve ser personalizada, de acordo com as condições de cada paciente, no mínimo duas vezes por ano, embora o retorno a cada 3 meses possa ser indicado para casos com complicações orais/dentais em andamento (Epstein; Barasch, 2018).

Esse acompanhamento é difícil e extremamente desgastante para o paciente em terapia. Contudo, em decorrência do cenário de pandemia causada pelo novo coronavírus (Covid-19), que estamos vivendo, o Conselho Federal de Odontologia regulamentou o exercício da Odontologia a distância, permitindo o acompanhamento entre consultas presenciais, de acordo com a resolução 226/2020. Com isso, permitiu a prática do telemonitoramento e da teleorientação. Na teleorientação, podemos realizar o atendimento pré-clínico por meio de questionário, com o objetivo de definir o melhor momento para a consulta presencial. Já o telemonitoramento é caracterizado pelo atendimento remoto entre consultas presenciais, ou seja, permite a assistência a distância, por intermédio do uso de tecnologia, dos pacientes que já estão em tratamento e encontram-se impossibilitados de voltar ao consultório, como no caso dos pacientes em terapia antineoplásica que possuem dificuldade de locomoção ou encontram-se acamados, por exemplo (CFO, 2020).

A qualidade de vida do paciente oncológico vem se tornando um tema cada vez mais relevante, e o estreito relacionamento e boa comunicação entre as especialidades da equipe multiprofissional, vem se mostrando primordiais para obter melhores resultados e melhor qualidade de sobrevivência para esses pacientes. Epstein e Barasch (2018), concluíram que para os sobreviventes do câncer de cabeça e pescoço, os médicos oncologistas devem reconhecer o papel dos odontólogos, especialmente os especializados e experientes, quanto aos cuidados que podem fornecer como parte integrante da equipe de oncologia, contribuindo para a prevenção, detecção e tratamento de complicações orais, melhorando consideravelmente sua qualidade de vida (Epstein; Barasch, 2018). Além desse trabalho, a Estomatologia também vêm sendo citada e recomendada por vários estudos e diretrizes, como importante especialidade que deve estar integrada à equipe multiprofissional dos centros de oncologia (Elad et al., 2015; Jawad et al., 2015; Epstein; Barasch, 2018). Para Jawad et al. (2015), o estomatologista deve manter um contato estreito com os dentistas restauradores e a equipe de oncologia, para estabelecer o melhor caminho para o cuidado bucal (Jawad et al., 2015). A importância dessa integração, não somente entre as especialidades da equipe multidisciplinar, mas, também, entre instituições que prestam suporte ao paciente oncológico, têm sido preconizadas em vários países. De acordo com De Felice et al. (2018), baseados na política da Organização dos Institutos Europeus do Câncer, a Sociedade Italiana de Oncologia de Cabeça e Pescoço realiza um processo de certificação voluntária dos centros oncológicos, através de um cronograma de critérios estruturais e de qualidade que devem ser cumpridos para obter a certificação dessa entidade. Dessa forma, para avaliação da eficácia da equipe multidisciplinar de cada centro, devem ser observados alguns critérios de qualidade e desempenho de prática clínica, entre eles, a existência de um modelo Hub-and-Spoke, o qual posiciona uma unidade de equipe multidisciplinar especializada como um hub central e cria uma rede de relacionamento com hospitais e instituições de saúde vizinhas para fornecer tratamento e cuidados adequados ao paciente com câncer de cabeça e pescoço. Este sistema gera benefícios de curva de aprendizado, além da otimização de recursos e bem-estar ao paciente, que pode realizar consultas pela web, substituindo as visitas físicas quando houver dificuldades logísticas, trazendo casos complexos para o hub central, onde podem ser gerenciados no mais alto nível de competência (De Felice et al., 2018). Por isso, esse Projeto de Intervenção também possui como meta a ser alcançada, a melhoria da comunicação e o estreitamento da relação entre a Clínica de Estomatologia da OCM e as Clínicas de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial e a Clínica de Cirurgia de Cabeça e Pescoço do HNMD, com o objetivo de inserir nossa especialidade, como parte integrante da equipe multidisciplinar de tratamento, controle e suporte ao paciente com câncer de boca.

3.0 PROJETO DE INTERVENÇÃO

O projeto de intervenção está ancorado nos conceitos e estrutura do enfoque estratégico situacional. A OCM é uma Organização Militar da Marinha do Brasil localizada na cidade do Rio de Janeiro, pertencente ao Subsistema Assistencial do Sistema de Saúde da Marinha, que presta Assistência Odontológica no Eixo da Atenção Especializada de Média Complexidade (BRASIL, 2012). Sua Clínica de Estomatologia iniciou as atividades em 2011, atuando na prevenção, diagnóstico e tratamento das patologias que acometem o sistema estomatognático. Atualmente conta com quatro estomatologistas, atendendo em dois consultórios e uma praça higienista dental para auxiliar a clínica; realizamos cerca de 300 atendimentos/mês e diagnosticamos entre 5 a 6 novos casos de câncer de boca a cada ano.

3.1.DESCRICÃO E ANÁLISE DA SITUAÇÃO-PROBLEMA

A constatação de complicações orais não infecciosas após a terapia antineoplásica em pacientes diagnosticados com câncer de boca pela OCM, foi identificada como situação problema. Ao realizar um diagnóstico de câncer de boca, a clínica tem encaminhado o paciente com a maior brevidade possível para a Clínica de Cirurgia de Cabeça e Pescoço do Hospital Naval Marcílio Dias (HNMD), para realizar o Estadiamento do caso e indicar o tratamento preconizado. Como o estágio em que se encontra a doença, ou seja, sua classificação ou seu estadiamento ainda não foi realizado, até o momento em que deixa a OCM, não é possível realizar o tratamento odontológico pré terapia antineoplásica, pois ainda não se sabe qual será o tratamento indicado. Por outro lado, o HNMD possui uma Clínica de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial que, de acordo com sua Ordem Interna (OI) 12-02/A, também presta os serviços de “Clínica Odontológica” e “Odontologia Hospitalar” aos pacientes encaminhados por outras clínicas ou serviços do hospital, mas, como essa clínica não possui um serviço de estomatologia, todo tratamento odontológico e de suporte ao paciente oncológico, quando solicitado, é prestado por profissionais não especializados na área (BRASIL, 2020). Além disso, o longo período de tratamento oncológico faz com que os pacientes se esqueçam de retornar para acompanhamento e o médico esqueça de contra referenciá-lo para a OCM.

A avaliação odontológica pré terapia desses pacientes é extremamente difícil, mesmo para estomatologistas experientes. Segundo Jawad et al. (2015), a Associação Britânica de Oncologistas de Cabeça e Pescoço, recomenda que todos os pacientes oncológicos passem por uma avaliação odontológica especializada pré terapia antineoplásica, pois muitos têm

necessidades complexas que não podem ser resolvidas pelos serviços odontológicos de atenção primária, sendo essencial o manejo odontológico especializado antes, durante e após a terapia antineoplásica (Jawad et al., 2015). Extrações dos dentes sem possibilidade de tratamento restaurador e com doença periodontal avançada, reduzirão as chances de desenvolver osteorradionecrose, além de evitar possíveis interrupções da terapia antineoplásica provocada por quadros infecciosos dentários durante o tratamento, o que prejudica o combate às células neoplásicas. A indicação para realização dessas exodontias múltiplas, por exemplo, realizada por profissional não capacitado ou sem experiência em pacientes oncológicos, pode provocar maior morbidade e consequente baixa qualidade de vida após o tratamento.

Durante a terapia, toda mucosa bucal encontra-se inflamada e dolorida; extremamente sensível a qualquer agente agressor. O acompanhamento especializado, possibilita o controle adequado da higiene oral do paciente, instituindo uma mentalidade que reconheça a importância de manter essa condição, aconselhamento da dieta menos traumática à mucosa sensível, além de permitir a intervenção e tratamento adequado das complicações relacionadas à terapia, como a mucosite, dermatite de radiação, candidose e condições infecciosas dentárias, de forma mais efetiva e pró ativa (Jawad et al., 2015).

Ao retornar para acompanhamento após o tratamento antineoplásico, o paciente que tiver desenvolvido um quadro de xerostomia severa, poderá ter seu desconforto mitigado, além de evitar o desenvolvimento de lesões cáries generalizadas devido à ausência de saliva. Para Jawad et al. (2015), sem o acompanhamento regular dos regimes preventivos, a destruição da dentição pode ser rápida e de difícil controle (Jawad et al., 2015). Outra consequência importante em não ter um estomatologista acompanhando esse paciente, através de exames bucais periódicos, é que pode ser mais difícil para um dentista sem experiência na área, localizar alterações teciduais precoces que representem recidivas do câncer; as quais serão descobertas em fases mais avançadas da doença.

Para realização desse trabalho, foram selecionados todos os casos de neoplasias malignas desde a criação da Clínica de Estomatologia da OCM, ocorrida em março de 2011, até o mês de junho de 2021; período em que foram diagnosticados 50 casos de neoplasias malignas. O critério para inclusão do caso, foi que o paciente tivesse sido diagnosticado com câncer de boca pela Clínica de Estomatologia da OCM, sendo excluídos os casos que já compareceram com histórico de câncer. Ato contínuo, foi realizada a busca ativa de todos os pacientes e coletadas as informações clínicas de cada caso, através de: contato telefônico; exame clínico; análise de informações em fichas clínicas impressas do arquivo da Clínica de Estomatologia; além de

lançamentos no prontuário informatizado da OCM. Após a análise de todas as informações coletadas, observamos que entre os 50 casos selecionados (n=50), 23 (46%) pacientes realizaram tratamento cirúrgico, 11 realizaram radioterapia e 3 quimioterapia. Entre os 11 pacientes que realizaram radioterapia, 10 deles (90,9%) apresentaram xerostomia, 1 (9,1%) paciente desenvolveu osteorradionecrose e 4 (36,4%) desenvolveram cárie de radiação. Entre todos os casos selecionados (n=50), somente 2 pacientes (4%) foram submetidos às duas terapias antineoplásicas (radioterapia e quimioterapia), e ambos desenvolveram xerostomia, sendo que um deles também desenvolveu osteorradionecrose e o segundo também desenvolveu cárie de radiação. Constatamos que da nossa amostra, 25 pacientes (50%) não retornaram para acompanhamento em nossa clínica, após o tratamento realizado no HNMD. Até o momento, 9 pacientes (18%) do total da nossa amostra já faleceram, sendo que, 6 deles (66% dos óbitos) fazem parte do grupo que não retornou para acompanhamento após o tratamento no HNMD, portanto, não é possível afirmar se esse foi o motivo para que não retornassem.

Dessa forma, foi realizado o seguinte questionamento: quais seriam as causas para que os pacientes diagnosticados com câncer de boca na OCM, desenvolvam complicações orais não infecciosas após a terapia antineoplásica?

As situações observadas como sendo as possíveis causas do problema são: a falta de um protocolo de atendimento da Clínica da Estomatologia da OCM, descrevendo os cuidados com a higiene oral para os pacientes, durante e após a terapia antineoplásica; dificuldade para o desenvolvimento de uma mentalidade de prevenção de complicações orais nos pacientes em tratamento antineoplásico, pois, comumente apresentam pouco interesse em atividades de prevenção/promoção de saúde, durante o tratamento, focando essencialmente na doença, em si; ausência de acompanhamento do paciente por um estomatologista durante a terapia antineoplásica, que possa prevenir complicações durante o tratamento e implementar cuidados que irão refletir após o tratamento antineoplásico; ausência de comunicação entre a Clínica de Estomatologia da OCM e as Clínicas de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial e a Clínica de Cirurgia de Cabeça e Pescoço do HNMD. Entre elas, selecionamos as seguintes causas críticas: a ausência de acompanhamento do paciente por um estomatologista durante a terapia antineoplásica, que possa prevenir complicações durante o tratamento e implementar cuidados que irão refletir após o tratamento antineoplásico; e a ausência de comunicação entre a Clínica de Estomatologia da OCM e as Clínicas de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial e a Clínica de Cirurgia de Cabeça e Pescoço do HNMD.

O problema selecionado para intervenção possui os seguintes descritores: 0% dos pacientes diagnosticados na OCM com câncer de boca realizam tratamento odontológico pré terapia antineoplásica; 0% dos pacientes recebem acompanhamento de um estomatologista durante a terapia antineoplásica; 50% dos casos diagnosticados com neoplasias malignas na OCM NÃO retornam para acompanhamento após a terapia antineoplásica.

3.2.PROGRAMAÇÃO DAS AÇÕES

Problema a ser enfrentado:	Complicações orais não infecciosas após a terapia antineoplásica em pacientes diagnosticados com câncer de boca na Odontoclínica Central da Marinha (OCM).
Descritor:	<ul style="list-style-type: none"> - 0% dos pacientes diagnosticados na OCM com câncer de boca realizam tratamento odontológico pré terapia antineoplásica. - 0% dos pacientes recebem acompanhamento por um estomatologista durante a terapia antineoplásica. - 50% dos casos diagnosticados com neoplasias malignas na OCM NÃO retornam para acompanhamento após a terapia antineoplásica.
Indicador:	<ul style="list-style-type: none"> - % dos pacientes que realizam tratamento odontológico pré terapia antineoplásica na OCM - % dos pacientes acompanhados por um estomatologista durante a terapia antineoplásica. - % dos pacientes que retornam para acompanhamento na Clínica de Estomatologia da OCM após a terapia antineoplásica.
Meta:	<ul style="list-style-type: none"> - Aumentar para 70% o percentual de pacientes que são submetidos a tratamento odontológico pré terapia

	<p>antineoplásica na OCM</p> <ul style="list-style-type: none">- Aumentar para 90% o percentual de pacientes acompanhados pela Clínica de Estomatologia da OCM durante a terapia antineoplásica.- Aumentar para 90% o percentual de pacientes que retornam para acompanhamento na Clínica de Estomatologia da OCM, após a terapia antineoplásica.
Resultado esperado:	<ul style="list-style-type: none">- Melhorar o controle e a conscientização da higiene oral; evitar o agravamento das complicações orais relacionadas à terapia; evitar interrupções do tratamento antineoplásico ou necessidade de instalação de sondas nasogástricas, devido às complicações orais; prevenir desconforto e complicações da xerostomia, como as “cáries de radiação”; diagnóstico precoce de recidiva da doença; prevenir a osteorradiocrose; reduzir custos do tratamento antineoplásico.

Matriz de Programação de Ações da Causa Crítica 1

Causa crítica 1: ausência de acompanhamento do paciente oncológico por um estomatologista durante a terapia antineoplásica.				
Ações	Recursos necessários	Produtos a serem alcançados	Prazo de conclusão	Responsável
Elaborar um Protocolo de Atendimento aos Pacientes com Neoplasias malignas de Boca na Clínica de Estomatologia da OCM.	Humanos, Organizativos e Cognitivos Sala, computador, livros e artigos científicos.	Protocolo Elaborado	Até outubro de 2021	CC(CD) Azevedo
Reunir com os profissionais da clínica para determinar os serviços que serão realizados	Humanos, Organizativos Sala, computador.	Serviços Determinados	Até outubro de 2021	CF(CD) Hiran
Submeter o Protocolo de Atendimento aos Pacientes com Neoplasias malignas de Boca à direção da OCM, afim de que seja incluído na Ordem Interna da Clínica de	Humanos e Administrativos Sala, computador,	Protocolo Submetido	Até outubro de 2021	CF(CD) Hiran (Chefe da Clínica)

Estomatologia.	Intranet			
Elaborar material informativo digital, sobre a prevenção das complicações orais durante e após a terapia antineoplásica, aos pacientes com câncer de boca.	Humanos e Cognitivos Sala, computador, livros, artigos científicos.	Material informativo elaborado	Até outubro de 2021	CC(CD) Azevedo
Submeter o material informativo digital à apreciação da chefia para publicação nos sites Saúde Naval e OCM.	Administrativos Sala, computador, Intranet	Material informativo publicado	Até outubro de 2021	CF(CD) Hiran e CC(CD) Azevedo
Elaborar um protocolo para acompanhamento dos pacientes, através da TELESTOMATOLOGIA, para acompanhamento virtual dos pacientes com dificuldade de locomoção, durante a terapia antineoplásica.	Humanos, Organizativos e Cognitivos Sala, computador, Internet, Intranet e plataforma Cisco Webex	Protocolo Elaborado	Até outubro de 2021	CF(CD) Hiran e CC(CD) Azevedo
Reservar na agenda da clínica um turno fixo semanal para atendimento de pacientes através da	Organizativo Agenda da clínica, sala,	Turno de atendimento	Até outubro	CF(CD) Hiran, CC(CD) Azevedo,

TELESTOMATOLOGIA ou consulta na clínica, quando for necessário exame local	computador, Intranet e plataforma Cisco Webex	reservado	de 2021	CT (CD) Nívea, CB-HD Jennifer
Monitorar o acompanhamento aos pacientes oncológicos	Humanos e Organizativos Sala, computador	Monitoramento Realizado	Até novembro de 2021	CB-HD Jennifer

Matriz de Programação de Ações da Causa Crítica 2

Causa crítica 2: ausência de comunicação entre a Clínica de Estomatologia da OCM e as Clínicas de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial e a Clínica de Cirurgia de Cabeça e Pescoço do HNMD.				
Ações	Recursos necessários	Produtos a serem alcançados	Prazo de conclusão	Responsável
Elaborar Circular para oferecer os serviços da Clínica de Estomatologia da OCM, aprovados pelo Protocolo de Atendimento aos Pacientes com Neoplasias malignas de	Humanos, Cognitivos, Físicos	Circular Elaborada	Até novembro de 2021	CC(CD) Azevedo

Boca, às OMs da MB	Sala, computador, Intranet			
Encaminhar Circular, via COMIMSUP, oferecendo os serviços da Estomatologia da OCM, aprovados em Protocolo de Atendimento aos Pacientes com Neoplasias malignas de Boca, às OMs da MB.	Administrativo Sala, computador, Intranet	Circular Encaminhada	Até novembro de 2021	CF(CD) Hiran e CC(CD) Azevedo
Realizar contato com os Chefes das Clínicas que atendem os pacientes com neoplasias malignas do HNMD, solicitando o contrareferenciamento dos casos da OCM.	Humanos, Físicos Sala, computador, Intranet	Contato Realizado	Até novembro de 2021	CF(CD) Hiran
Divulgar por e-mail o serviço de TELESTOMATOLOGIA da OCM aos chefes de clínica do HNMD	Humanos Sala, computador, Intranet	E-mail enviado	Até dezembro de 2021	CC(CD) Azevedo
Disponibilizar um canal de comunicação no site da OCM para dúvidas de profissionais sobre as complicações da terapia antineoplásica	Humanos Sala, computador, Intranet	Canal disponível	Até dezembro de 2021	CT(CD) Nívea

3.3.GESTÃO DO PROJETO

Em setembro do corrente ano, foi realizada a reunião com todos os profissionais da equipe da Clínica de Estomatologia da OCM e apresentado esse Projeto de Intervenção, o qual foi muito bem aceito por todos, que demonstraram interesse em resolver o problema. Nessa ocasião, foi decidido que a gestão do projeto será realizada pelo Ajudante da Clínica de Estomatologia (CC(CD) Azevedo), em conjunto com o chefe da Clínica de Estomatologia e Patologia Bucal (CF(CD) Hiran), que deverão acompanhar e avaliar semestralmente, a eficácia das ações propostas. Entre os objetivos dessas reuniões semestrais, estarão a análise dos resultados obtidos com as ações implementadas, além de identificação de possíveis falhas que possam ter ocorrido, a fim de corrigi-las e evitar reincidências.

As ações que já foram realizadas são as que só precisavam da aprovação do Chefe da Clínica, como a reunião com os profissionais da clínica para determinar os serviços que seriam oferecidos, a elaboração de um Protocolo de Atendimento aos Pacientes com Neoplasias malignas de Boca, além da sua submissão à direção da OCM para que seja incluído em Ordem Interna da Clínica, e a elaboração de material informativo digital sobre a prevenção de complicações orais provenientes da terapia nesses pacientes. O monitoramento e acompanhamento dos pacientes oncológicos da nossa clínica teve início, a partir do mês de setembro, quando conseguimos que a maior parte dos pacientes da nossa amostra retornassem para controle, após a busca ativa realizada para esse projeto. Além desses casos que já passaram pelo tratamento oncológico no HNMD, também tivemos o primeiro diagnóstico de neoplasia maligna em nossa clínica, que foi submetido a todo o protocolo, recentemente elaborado, para seu acompanhamento desde o momento do seu diagnóstico. Todos os casos da amostra, mais o último caso diagnosticado, estão sendo monitorados pelo Ajudante da clínica de Estomatologia (CC(CD) Azevedo), da seguinte forma: com a elaboração desse projeto de intervenção, foi criado um novo arquivo de fichas clínicas impressas, separado do arquivo geral da clínica, somente para os pacientes diagnosticados com neoplasias malignas, facilitando a localização e controle das fichas desses pacientes; as informações dos casos dessa amostra originaram uma planilha digital no computador da clínica, que já está sendo atualizada, com as informações clínicas obtidas em cada visita de controle; e os novos casos diagnosticados já estão sendo incluídos nessa Planilha de Neoplasias Malignas. Os descritores do projeto, assim como os indicadores e as metas estipuladas nesse projeto, também se encontram detalhadas na Planilha de Neoplasias Malignas, a fim de facilitar o controle periódico dos resultados obtidos.

A principal dificuldade encontrada para implementação das ações do projeto está na morosidade para a sua apresentação e autorização à direção da OCM. Isso se deve ao fato de que, para a implantação de novas ações de trabalho na OCM, principalmente as que envolvam outras Organizações Militares, devemos seguir uma cadeia hierárquica de autorizações, ou seja, Chefia de Divisão de Clínicas, Chefia de Departamento Odontológico e, por último, a Vice Direção, até que possamos apresentar o projeto à Direção da OCM. Por isso, todas as propostas do projeto, que ultrapassam a capacidade de ação do Chefe da Clínica de Estomatologia, estão previstas para serem apresentadas para a apreciação e aprovação da direção da OCM, em novembro de 2021.

As facilidades que observamos na implantação do projeto foram associadas ao otimismo da equipe da Clínica de Estomatologia, especialmente o Chefe da Clínica, que sabendo da importância que tais ações podem promover ao paciente com câncer de boca, prontamente aceitaram a sua implantação e encontram-se motivados em seguir o protocolo de atendimento para esses pacientes.

Os objetivos propostos nesse projeto de intervenção serão identificados, de acordo com a realização das ações implementadas. Contudo, a sobrecarga imposta sobre os militares envolvidos no projeto, devido ao acúmulo de várias funções na organização militar, denominados encargos colaterais, fez com que fosse necessário estender os prazos para implementação das ações propostas. Por outro lado, a equipe da clínica está motivada e ansiosa para iniciar as ações, a fim de aperfeiçoar o atendimento ao paciente oncológico e buscar melhores resultados no seu tratamento.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A qualidade de vida para um paciente submetido ao tratamento do câncer de boca é a parte mais importante para a manutenção psicológica e, por conseguinte, da sua saúde geral, após a terapia. O período denominado pela área de saúde como “sobrevida” da doença, por si só, já despeja uma carga psicológica muito pesada sobre esses pacientes, e a obtenção de uma melhor qualidade de vida precisa começar desde o momento do seu diagnóstico. A implementação das ações propostas irá permitir uma melhora significativa da qualidade de vida e a redução dos custos de reabilitações odontológicas para os pacientes diagnosticados com câncer de boca na Clínica de Estomatologia da OCM. Essa disseminação do aprendizado e da cultura sobre Gestão em Saúde, nos torna críticos do nosso próprio trabalho, criando profissionais que passam a buscar, constantemente, a melhoria nos resultados obtidos na prestação dos serviços de saúde.

Espero que as ideias e ações, aqui propostas, possam amadurecer e evoluir entre os profissionais do Corpo de Saúde da Marinha, para que se estendam para todos os serviços de saúde da Marinha do Brasil, oferecendo um suporte adequado de saúde estomatológica aos nossos pacientes oncológicos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Bonan P.R., Lopes M.A., Pires F.R., Almeida O.P. **Dental management of low socioeconomic level patients before radiotherapy of the head and neck with special emphasis on the prevention of osteoradionecrosis.** Braz Dent J. 2006;17(4):336-42. DOI: 10.1590/s0103-64402006000400013. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17262149/>. Acesso em: 01 out. 2021.

BRASIL (2012). Diretoria Geral do Pessoal da Marinha. **DGPM-401 (3a Revisão): Normas para assistência médico-hospitalar.** Rio de Janeiro, 2012

BRASIL (2020). Diretoria de Saúde da Marinha. Hospital naval Marcílio Dias. **Ordem Interna N° 12-02A - Normas para o funcionamento da Clínica de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial.** Rio de Janeiro, 2020.

CFO – CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA. **RESOLUÇÃO CFO-226, de 04 de junho de 2020. Dispõe sobre o exercício da Odontologia a distância, mediado por tecnologias, e dá outras providências.** 2020.

De Felice F., Tombolini V., de Vincentiis M., Magliulo G., Greco A., Valentini V., Polimeni A. **Multidisciplinary team in head and neck cancer: a management model.** Med Oncol. 2018 Nov 13;36(1):2. DOI: 10.1007/s12032-018-1227-z. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30426243/>. Acesso em 04 nov. 2021.

Elad S., Raber-Durlacher J.E., Brennan M.T., Saunders D.P., Mank A.P., Zadik Y., Quinn B., Epstein J.B., Blijlevens N.M., Waltimo T., Passweg J.R., Correa M.E., Dahllöf G., Garming-Legert K.U., Logan R.M., Potting C.M., Shapira M.Y., Soga Y., Stringer J., Stokman M.A., Vokurka S., Wallhult E., Yarom N., Jensen S.B. **Basic oral care for hematology-oncology patients and hematopoietic stem cell transplantation recipients: a position paper from the joint task force of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer/International Society of Oral Oncology (MASCC/ISOO) and the European Society for Blood and Marrow Transplantation (EBMT).** Support Care Cancer. 2015 Jan;23(1):223-36. DOI: 10.1007/s00520-014-2378-x. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25189149/>. Acesso em: 01 out. 2021.

Epstein J.B., Barasch A. **Oral and Dental Health in Head and Neck Cancer Patients.** Cancer Treat Res. 2018;174:43-57. DOI: 10.1007/978-3-319-65421-8_4. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29435836/>. Acesso em: 01 out. 2021.

Ge X., Liao Z., Yuan J., Mao D., Li Y., Yu E., Wang X., Ding Z. **Radiotherapy-related quality of life in patients with head and neck cancers: a meta-analysis.** Support Care Cancer. 2020 Jun;28(6):2701-2712. DOI: 10.1007/s00520-019-05077-5. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31673782/>. Acesso em: 01 out. 2021.

GLOBOCAN - **Global Cancer Observatory: Cancer Today.** Lyon, France: International Agency for Research on Cancer. 2018. Disponível em: <https://gco.iarc.fr/today>. Acesso em: 07 jul 2021.

Hong C.H.L., Hu S., Haverman T., Stokman M., Napeñas J.J., Braber J.B., Gerber E., Geuke M., Vardas E., Waltimo T., Jensen S.B., Saunders D.P. **A systematic review of dental disease**

management in cancer patients. Support Care Cancer. 2018 Jan;26(1):155-174. DOI: 10.1007/s00520-017-3829-y. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28735355/>. Acesso em: 01 out. 2021.

Jawad H., Hodson N.A., Nixon P.J. **A review of dental treatment of head and neck cancer patients, before, during and after radiotherapy: part 1.** Br Dent J. 2015 Jan;218(2):65-8. DOI: 10.1038/sj.bdj.2015.28. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25613260/>. Acesso em: 01 out. 2021.

Jawad H., Hodson N.A., Nixon P.J. **A review of dental treatment of head and neck cancer patients, before, during and after radiotherapy: part 2.** Br Dent J. 2015 Jan;218(2):69-74. DOI: 10.1038/sj.bdj.2015.29. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25613261/>. Acesso em: 01 out. 2021.

Kawashita Y., Soutome S., Umeda M., Saito T. **Oral management strategies for radiotherapy of head and neck cancer.** Jpn Dent Sci Rev. 2020 Dec;56(1):62-67. DOI: 10.1016/j.jdsr.2020.02.001. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32123547/>. Acesso em: 01 out. 2021.

Levi L.E., Lalla R.V. **Dental Treatment Planning for the Patient with Oral Cancer.** Dent Clin North Am. 2018 Jan;62(1):121-130. DOI: 10.1016/j.cden.2017.08.009. Disponível em; <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29126489/>. Acesso em: 01 out. 2021.

Mercadante V., Al Hamad A., Lodi G., Porter S., Fedele S. **Interventions for the management of radiotherapy-induced xerostomia and hyposalivation: A systematic review and meta-analysis.** Oral Oncol. 2017 Mar; 66:64-74. DOI: 10.1016/j.oraloncology.2016.12.031. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28249650/>. Acesso em: 01 out. 2021.

Neville B.W., Damm D.D., Allen C.M., Chi A.C. **Patologia Oral e Maxilofacial.** 4. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016. 523-32 p.

Strojan P., Hutcheson K.A., Eisbruch A., Beitler J.J., Langendijk J.A., Lee A.W.M., Corry J., Mendenhall W.M., Smee R., Rinaldo A., Ferlito A. **Treatment of late sequelae after radiotherapy for head and neck cancer.** Cancer Treat Rev. 2017 Sep; 59:79-92. DOI:10.1016/j.ctrv.2017.07.003. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28759822/>. Acesso em: 01 out. 2021.