

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS MÉDICAS
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA - PROFSAUDE**

PEDRO PAULO ALCINO DA SILVA

**CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE TECNOLOGIA EDUCATIVA PARA
USUÁRIOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE SOBRE PREVENÇÃO E
DIAGNÓSTICO PRECOCE DO CÂNCER BUCAL**

**João Pessoa – PB
2024**

PEDRO PAULO ALCINO DA SILVA

**CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE TECNOLOGIA EDUCATIVA PARA USUÁRIOS
DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE SOBRE PREVENÇÃO E DIAGNÓSTICO
PRECOCE DO CÂNCER BUCAL**

Trabalho de conclusão de mestrado
apresentado ao Programa de Mestrado
Profissional em Saúde da Família
(PROFSAUDE) como requisito para obtenção
do título de Mestre em Saúde Coletiva

Eixo Pedagógico: Educação
Linha de Pesquisa: Educação e Saúde

Orientadora: Profa. Dra. Rilva Lopes de Sousa Muñoz
Coorientador: Prof. Dr. Eduardo Sérgio Soares Sousa

**João Pessoa – PB
2024**

Catálogo na publicação
Seção de Catalogação e Classificação

S586c Silva, Pedro Paulo Alcino da.

Construção e validação de tecnologia educativa para usuários da atenção primária à saúde sobre prevenção e diagnóstico precoce do câncer bucal / Pedro Paulo Alcino da Silva. - João Pessoa, 2024.

152 f. : il.

Orientação: Rilva Lopes de Sousa Muñoz.

Coorientação: Eduardo Sérgio Soares Sousa.

Dissertação (Mestrado) - UFPB/CCM.

1. Câncer de boca. 2. Atenção primária à saúde. 3. Educação em saúde. I. Muñoz, Rilva Lopes de Sousa. II. Sousa, Eduardo Sérgio Soares. III. Título.

UFPB/BC

CDU 616.31-002.4(043)

PEDRO PAULO ALCINO DA SILVA

**CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE TECNOLOGIA EDUCATIVA PARA USUÁRIOS
DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE SOBRE PREVENÇÃO E DIAGNÓSTICO
PRECOCE DO CÂNCER BUCAL**

**Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado em Saúde da Família
(Modalidade Profissional) da Universidade Federal da Paraíba para obtenção de
Título de Mestre em Saúde Coletiva, Área de Concentração de Saúde da Família**

Aprovada em 21 de junho de 2024

BANCA EXAMINADORA

Documento assinado digitalmente
 **RILVA LOPES DE SOUSA MUNOZ**
Data: 25/03/2025 10:56:17-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Prof. Dra. Rilva Lopes de Sousa Munoz
Presidente da Comissão (Orientadora)
**Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família – Centro de Ciências
Médicas (CCM), PROFSAUDE/UFPB**

Documento assinado digitalmente
 **VALDEREZ ARAUJO DE LIMA RAMOS**
Data: 25/03/2025 11:06:11-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Prof. Dra. Valderez Araujo de Lima Ramos
Avaliadora Interna
**Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família – Centro de Ciências
Médicas (CCM), PROFSAUDE/UFPB**

Documento assinado digitalmente
 **MARCOS OLIVEIRA DIAS VASCONCELOS**
Data: 25/03/2025 15:13:00-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Prof. Dr. Marcos Oliveira Dias Vasconcelos
Avaliador Externo
**Departamento de Promoção de Saúde, Centro de Ciências Médicas
(CCM)/UFPB**

Dedico este trabalho a minha mãe, uma mulher guerreira que, mesmo enfrentando desafios com sua saúde mental, nunca deixou de estar ao meu lado. Sua força, resiliência e amor incondicional são a razão pela qual cheguei até aqui. A você, minha mãe, toda a minha gratidão e amor.

AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente, a Deus, por me conceder força, sabedoria e saúde para chegar até aqui. Sem sua bênção, esta conquista não seria possível.

A minha orientadora, Prof. Dr^a Rilva Lopes de Sousa Muñoz, expresso minha profunda gratidão pela paciência, orientação, e pelos valiosos ensinamentos transmitidos ao longo dessa jornada. Ademais, ao meu coorientador Prof. Dr. Eduardo Sérgio Soares Sousa cuja presença constante e apoio inabalável foram essenciais nos momentos finais da elaboração desta dissertação.

Ao psicanalista Ezra Corrêa por seu apoio inestimável durante os momentos mais desafiadores do meu percurso acadêmico. Nos momentos iniciais do curso, quando o desânimo e as dúvidas me assombravam, foi sua orientação e encorajamento que me fizeram perceber a importância de persistir e seguir adiante.

Aos meus familiares, especialmente a minha mãe Iranete e a minha irmã Tamires, agradeço pelo amor incondicional, apoio constante e pelas palavras de encorajamento. Vocês são a base que me sustentou e me motivou a continuar.

Aos funcionários da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), em especial aos que trabalham no Centro de Ciências Médicas (CCM), meu sincero agradecimento pela colaboração, suporte administrativo e pelo auxílio prestado durante todo o curso.

Aos meus colegas de turma, em especial Romário Rodrigues e Tatiane Barbosa, agradeço pela parceria, amizade e pelas inúmeras discussões construtivas. Juntos, compartilhamos desafios, vitórias e momentos inesquecíveis que enriqueceram ainda mais essa trajetória acadêmica.

A todos que, de alguma forma, contribuíram para a concretização deste trabalho, meus mais sinceros agradecimentos.

RESUMO

O diagnóstico do câncer de boca geralmente se dá em fases avançadas da doença, o que aumenta o seu perfil de morbimortalidade. Materiais de educação em saúde, tal qual cartilhas educativas, especialmente na Atenção Primária à Saúde (APS), promovem acesso à informação e são mecanismos de promoção de saúde para a população do território. **Objetivo:** Esta dissertação teve como objetivo geral elaborar e validar um material técnico-educativo na forma de uma cartilha direcionada à prevenção e diagnóstico precoce do câncer bucal, voltada para os usuários da APS. **Métodos:** A primeira fase da pesquisa iniciou-se com a definição do público-alvo seguida da realização de uma revisão de narrativa sobre câncer bucal. Após isso, foi elaborado um roteiro detalhado com tópicos relevantes e, a partir dele, desenvolveu-se a cartilha, incluindo ilustrações, diagramação e design gráfico. Finalmente, o material foi validado por 13 especialistas em estomatologia e/ou patologia oral utilizando o Instrumento de Validação de Conteúdo Educativo em Saúde (IVCES), o Índice de Validade de Conteúdo (IVC) e o Índice de Legibilidade Flesch, assegurando a qualidade, clareza e adequação do conteúdo ao público-alvo. **Resultados:** O Índice de Validade de Conteúdo (IVC) global foi de 0,91, superando o padrão mínimo de 0,78. Os itens relacionados aos objetivos receberam uma alta concordância (0,92), destacando a eficácia educacional da cartilha. A estrutura e apresentação foram bem avaliadas, embora a linguagem e o tamanho do texto tivessem índices menores (0,84). A relevância do tema atingiu a pontuação máxima (1,00). Críticas importantes foram levantadas quanto à recomendação do autoexame bucal, levando à sua exclusão na versão final da cartilha. Sugestões adicionais incluíram a simplificação dos textos e a substituição de imagens para melhorar a clareza e a precisão das informações. **Conclusões:** As contribuições dos especialistas, combinadas com a literatura científica, resultaram em refinamentos significativos, garantindo que a cartilha seja compreensível e relevante para diferentes públicos. A cartilha validada é uma ferramenta eficaz para a promoção da saúde bucal e a prevenção do câncer de boca, potencialmente aumentando a conscientização e o autocuidado da população. Este Trabalho de Conclusão de Mestrado é fruto do Programa de Pós-graduação *strictu sensu* Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAÚDE).

Palavras-Chave: Câncer de Boca, Atenção Primária à Saúde, Educação em Saúde.

ABSTRACT

The diagnosis of oral cancer generally occurs in the advanced stages of the disease, which increases its morbidity and mortality profile. Health education materials, such as educational booklets, especially in Primary Health Care (PHC), promote access to information and serve as mechanisms for health promotion for the population of the territory. **Objective:** This dissertation aimed to develop and validate a technical-educational material in the form of a booklet focused on the prevention and early diagnosis of oral cancer, targeted at PHC users. **Methods:** The first phase of the research began with defining the target audience, followed by conducting a narrative review on oral cancer. Subsequently, a detailed outline with relevant topics was developed, and from this, the booklet was created, including illustrations, layout, and graphic design. Finally, the material was validated by experts in stomatology and/or oral pathology using the Health Educational Content Validation Instrument (IVCES), the Content Validity Index (CVI), and the Flesch Reading Ease Index, ensuring the quality, clarity, and appropriateness of the content for the target audience. **Results:** The overall Content Validity Index (CVI) was 0.91, exceeding the minimum standard of 0.78. Items related to objectives received high agreement (0.92), highlighting the educational effectiveness of the booklet. The structure and presentation were well evaluated, although language and text length had lower scores (0.84). The relevance of the topic achieved the maximum score (1.00). Significant critiques were raised regarding the recommendation of oral self-examination, leading to its exclusion in the final version of the booklet. Additional suggestions included simplifying the texts and replacing images to improve the clarity and accuracy of the information. **Conclusions:** The contributions of the specialists, combined with scientific literature, resulted in significant refinements, ensuring that the booklet is understandable and relevant for different audiences. The validated booklet is an effective tool for promoting oral health and preventing oral cancer, potentially increasing awareness and self-care among the population. This Master's Completion Work is the result of the strictu sensu Postgraduate Program Professional Master's in Family Health (PROFSAÚDE).

Keywords: Oral Cancer, Primary Health Care, Health Education.

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1	11
1.1 Introdução	11
1.2 Justificativa	15
1.3 Objetivos	17
1.3.1 Objetivo Geral	17
1.3.2 Objetivos Específicos	17
1.4 Revisão De Literatura	18
1.4.1 Panorama do Câncer Bucal: Incidência, Fatores de risco e Impacto na Saúde Pública	18
1.4.2 Características Clínicas do Câncer Bucal	28
1.4.2.1 Úlcera	28
1.4.2.2 Nódulo	29
1.4.2.3 Lesões não características	30
1.4.2.4 Lesões Potencialmente Cancerizáveis	31
1.4.2.5 Leucoplasia	32
1.4.2.6 Eritroplasia	36
1.4.2.7 Líquen Plano	37
1.4.2.8 Queilite Actínica	39
1.4.3 Papel da Atenção Primária à Saúde na Prevenção e Diagnóstico Precoce do Câncer Bucal	41
1.4.4 Importância de Materiais Educativos na Promoção da Saúde Bucal à População	49
1.5 Metodologia	55
1.5.1 Elaboração da Cartilha Educativa	55
1.5.2 Pré-Produção	56
1.5.2.1 Definição do Público-Alvo	56
1.5.3 Produção	59
1.5.3.1 Busca e Organização do Conteúdo	59
1.5.3.2 Processo de Diagramação e Ilustração	59
1.5.4 Validação da Cartilha Educativa	60
1.5.4.1 Índice de Legibilidade de Flesch	61
1.5.4.2 Validação de Conteúdo	67
1.5.5 Disponibilização e Divulgação	69

1.5.6 Considerações Éticas.....	70
CAPÍTULO 2	72
Artigo Original	72
CAPÍTULO 3	90
Produto Técnico Tecnológico	90
CAPÍTULO 4	109
Considerações Finais	109
REFERÊNCIAS	114
APÊNDICES	125
ANEXOS	139

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 - IMAGEM FOTOGRÁFICA DE LESÃO DIAGNOSTICADA COMO CARCINOMA ULCERADO DE LÁBIO INFERIOR EM PACIENTE DO SEXO MASCULINO	29
FIGURA 2 - IMAGEM FOTOGRÁFICA DE CARCINOMA NODULAR MEDINDO 1X1 CM EM REGIÃO DE COMISSURA LABIAL ESQUERDA	30
FIGURA 3 - IMAGEM FOTOGRÁFICA REPRESENTANDO LEUCOPLASIA NÃO HOMOGÊNEA VERRUCOSA EM MUCOSA JUGAL DE UMA PACIENTE DO SEXO FEMININO	31
FIGURA 4 - IMAGEM FOTOGRÁFICA DE LESÃO LEUCOPLÁSICA HOMOGÊNEA EM BORDA LATERAL ESQUERDA DE LÍNGUA EM PACIENTE DO SEXO MASCULINO	35
FIGURA 5 - IMAGEM FOTOGRÁFICA REPRESENTANDO LEUCOPLASIA NÃO HOMOGÊNEA VERRUCOSA NO PALATO E MUCOSA JUGAL ESQUERDOS DE UM PACIENTE DO SEXO MASCULINO	35
FIGURA 6 - IMAGEM FOTOGRÁFICA REPRESENTANDO LESÃO DE ERITROPLASIA EM MUCOSA JUGAL DIREITA DE UM PACIENTE DO SEXO MASCULINO	37
FIGURA 7 - IMAGEM FOTOGRÁFICA REPRESENTANDO LESÃO DE LÍQUEN PLANO EROSIVO DE UM PACIENTE DO SEXO MASCULINO	38
FIGURA 8 - IMAGEM FOTOGRÁFICA REPRESENTANDO LESÃO DE QUEILITE ACTÍNICA EM LÁBIO INFERIOR DE PACIENTE DO SEXO MASCULINO.....	40
FIGURA 9 - ILUSTRAÇÃO ESQUEMÁTICA DE PROCESSO DE PRÉ-PRODUÇÃO, PRODUÇÃO E PÓS-PRODUÇÃO DA CARTILHA.....	57
FIGURA 10 - IMAGEM AÉREA DO GOOGLE EARTH MOSTRANDO A LOCALIZAÇÃO DA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE CIDADE NOVA, NATAL, RN	58
FIGURA 11 - FACHADA DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE	58
FIGURA 12 - TEXTO INSERIDO NO SOFTWARE DE ANÁLISE DE LEGIBILIDADE PARA OBTENÇÃO DO ESCORE DO ÍNDICE DE FLESCH.....	62
FIGURA 13 - RESULTADO DO ÍNDICE DE LEGIBILIDADE	62
FIGURA 14 - READEQUAÇÃO TEXTUAL SUBMETIDA AO SOFTWARE	63
FIGURA 15 - RESULTADO DO ÍNDICE DE LEGIBILIDADE	63
FIGURA 16 - TEXTO INSERIDO NO SOFTWARE DE ANÁLISE DE LEGIBILIDADE DE ACORDO COM O ÍNDICE DE FLESCH.....	64
FIGURA 17 - RESULTADO DO ÍNDICE DE LEGIBILIDADE	64
FIGURA 18 - TEXTO INSERIDO NO SOFTWARE DE ANÁLISE DE LEGIBILIDADE DE ACORDO COM O ÍNDICE DE FLESCH.....	65
FIGURA 19 - RESULTADO DO ÍNDICE DE LEGIBILIDADE	65
FIGURA 20 - TEXTO INSERIDO NO SOFTWARE DE ANÁLISE DE LEGIBILIDADE DE ACORDO COM O ÍNDICE DE FLESCH.....	66
FIGURA 21 - RESULTADO DO ÍNDICE DE LEGIBILIDADE	66
FIGURA 22 - FÓRMULA PARA AVALIAR CADA ITEM INDIVIDUALMENTE	69

FIGURA 23 - ESPECIALIDADE DOS PARTICIPANTES	90
FIGURA 24 - TITULAÇÃO ACADÊMICA DOS PARTICIPANTES	91
FIGURA 25 - VERSÃO DA CARTILHA EDUCATIVA ENVIADA AOS JUÍZES ESPECIALISTAS	92
FIGURA 26 - RESULTADO DO ÍNDICE DE VALIDADE DE CONTEÚDO DE ACORDO COM OS ITENS DO IVCES	98
FIGURA 27 - ITEM TAMANHO DO TEXTO ABORDADO DE FORMA ESTATÍSTICA	99
FIGURA 28 - VERSÃO DA CARTILHA EDUCATIVA APÓS AS MODIFICAÇÕES PROPOSTAS PELOS JUÍZES ESPECIALISTAS	103

CAPÍTULO 1

1.1 Introdução

O câncer de boca é uma neoplasia maligna que afeta os lábios (revestimento interno e estruturas circundantes), mucosa bucal, palato, gengiva, orofaringe e língua (principalmente bordas), correspondendo a 3% de todos os casos de câncer no mundo (WHO, 2023). A Organização Mundial da Saúde (OMS, 2023) estima que a cada ano ocorram mundialmente cerca de 300.000 novos casos de câncer bucal (CB), e que este seja responsável por aproximadamente 177.000 mortes anualmente. Além disso, a taxa de mortalidade global por CB é alta, estimada em 45% (AMARAL et al., 2022).

Ainda que a mortalidade varie dependendo de diversos fatores (estágio do câncer, acesso a tratamento adequado e adesão ao tratamento), o prognóstico é desafiador, o que destaca a necessidade de medidas de prevenção, diagnóstico precoce e tratamento eficaz para reduzir essa alta taxa de mortalidade e melhorar os resultados. Embora o diagnóstico precoce seja relativamente fácil, a apresentação de pacientes com doença avançada não é incomum (MONTERO; PATEL, 2015). Veloso e Cunha (2021, p. 91) destacam que o atraso diagnóstico no CB é antigo e desafiador, considerando-se que

[...] o retardo no diagnóstico é investigado há décadas e várias ações têm sido implementadas no sentido de melhorar os índices relativos a este evento tardio, mas o número elevado de casos avançados quando do diagnóstico é ainda um desafio que precisa ser superado.

O câncer de boca é um problema de saúde pública de grande relevância devido à sua prevalência, mortalidade e impacto na qualidade de vida dos indivíduos afetados (AMARAL et al., 2022; VELOSO; CALDAS, 2021; MONTERO; PATEL, 2015). Calcula-se que ocorreram mais de 11 mil novos casos no Brasil no triênio 2020-2022, sendo que, na maioria desses, o diagnóstico foi realizado em estágios avançados da doença (INCA, 2019). Esta neoplasia é mais comum em homens acima de 40 anos e sua etiologia é multifatorial, resultante da interação de diversos fatores de risco, sobretudo tabagismo e consumo excessivo de álcool (FURTADO et al., 2019).

O diagnóstico tardio do CB deve-se, em parte, ao fato de se tratar de uma neoplasia pouco compreendida e subdiagnosticada. As causas de atraso no diagnóstico do CB podem ser relacionadas ao paciente e aos profissionais de saúde

(LIMA et al., 2021). Dentre as causas de atraso diagnósticos relacionadas ao paciente, destaca-se o desconhecimento geral sobre o câncer bucal, assim como de seus fatores de risco e dos sinais e sintomas da doença. Estes aspectos se devem à dificuldade de visualização e identificação das lesões iniciais, negligência dos sinais e sintomas devido à frequente ausência de dor, o que leva geralmente os pacientes a desconsiderarem sua importância, atribuindo-os incorretamente a infecções ou problemas dentários comuns.

No que diz respeito aos fatores que contribuem para o atraso profissional em relação ao diagnóstico, destacam-se a falta de informação e sensibilização, além de deficiências na própria formação dos profissionais de saúde que podem desempenhar um papel decisivo no diagnóstico, como odontólogos e médicos (MAUCERI et al., 2022). Há necessidade de estudos de cuidados primários em saúde sobre as dificuldades de diagnóstico precoce do CB.

Portanto, há diversos fatores que retardam a detecção precoce do CB, mas a deficiência formativa profissional é capital. Se os sinais e sintomas não fossem frequentemente ignorados nas fases iniciais, quando essa neoplasia é mais responsiva ao tratamento, haveria redução da morbimortalidade, com possibilidade de cirurgias menos invasivas, convalescença mais rápida e melhor sobrevida do paciente (WHO, 2023). Como destacam Rezende et al. (2008, p. 597), “o exame clínico cuidadoso da boca deve ser realizado em todas as consultas, mesmo que a queixa principal não se concentre nessa topografia”.

As áreas essenciais a serem examinadas cuidadosamente pelo cirurgião-dentista incluem a cavidade oral e a orofaringe, especialmente em usuários de tabaco e álcool. O exame clínico e o reconhecimento dos sinais e/ou sintomas são fundamentais para o diagnóstico precoce do câncer bucal, bem como a ação de o profissional empregar uma estratégia de busca ativa de lesões potencialmente cancerizáveis (LPC), pois estas constituem alterações com maior probabilidade de cancerização. As LPC incluem leucoplasia, eritroplasia, leucoeritroplasia e líquen plano na forma erosiva (HUSSAIN; AWAN, 2016). Estas modificações da mucosa oral que devem levantar suspeitas de LPC podem ser representadas por irregularidades na mucosa, alterações de coloração (vermelho, vermelho-branco) e alterações na textura superficial (granular, verrucosa). Estas últimas alterações geralmente possuem a maior taxa de transformação maligna (CHATURVEDI, 2012).

Nesse sentido, a atenção primária à saúde (APS) surge como um importante ponto de partida para a promoção, a prevenção e o diagnóstico precoce do câncer de boca. A APS é responsável por realizar ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação da saúde, sendo a porta de entrada preferencial do Sistema Único de Saúde (SUS). Dessa forma, os profissionais de saúde que atuam na APS têm a oportunidade de identificar precocemente os casos suspeitos de câncer de boca e orientar a população sobre os fatores de risco e medidas preventivas (BRASIL, 2012).

Uma estratégia que pode ser utilizada pelos profissionais de saúde da APS é a elaboração de cartilhas educativas que abordem o tema de forma acessível à população. Essas cartilhas podem ser uma ferramenta eficaz de educação em saúde e servem à comunicação de saberes sobre prevenção e diagnóstico precoce da doença de forma clara para leigos (MARTINS; et al., 2016). É necessário apresentar à comunidade geral a importância do diagnóstico precoce do câncer e como isso pode influenciar positivamente no tratamento e nas chances de cura, explicando que a cartilha tem como objetivo informar a população geral sobre sinais e sintomas de alerta de câncer, fatores de risco e a importância de buscar atendimento precoce.

Destaca-se, assim, a complexidade de lidar com um problema que requer soluções abrangentes que envolvem várias áreas, desde a prevenção até o diagnóstico e tratamento. Trata-se de um desafio complexo que exige uma abordagem holística, considerando diferentes aspectos e etapas do problema em questão. Nesse contexto, a educação em saúde é um pilar fundamental para promover mudanças significativas e efetivas. Por meio da disseminação de conhecimento e informações relevantes, a educação em saúde capacita as pessoas a tomarem decisões informadas sobre sua saúde, promovendo comportamentos saudáveis, prevenção de doenças e acesso aos cuidados adequados. Este é um papel transformador da educação da comunidade, para impulsionar mudanças de paradigma e abordagens mais efetivas, no sentido de estabelecer uma compreensão mais ampla do problema.

Dessa forma, para resolver problemas complexos de saúde, é essencial investir na educação em saúde como uma ferramenta fundamental. Isso permite que as pessoas sejam proativas na prevenção de doenças, impulsionando transformações significativas e duradouras na promoção da saúde e no bem-estar da população.

Isso posto, questiona-se, como pergunta desta monografia: Como elaborar uma cartilha para usuários da ESF para promover a prevenção do câncer de boca? Quais

são as propriedades psicométricas desta cartilha, no que se refere ao conteúdo e à aparência, segundo avaliação de juízes especialistas?

1.2 Justificativa

A importância do tema do câncer bucal, destacando sua incidência crescente, os fatores de risco associados e o impacto na saúde pública fornecem uma base para justificar a relevância do objeto de estudo proposto na presente dissertação, assim como a necessidade de estratégias de prevenção e diagnóstico precoce. Projetos para explorar estratégias específicas para o desenvolvimento e distribuição de materiais educativos eficazes na promoção da saúde bucal são iniciativas relevantes.

O presente trabalho nasceu da dificuldade, corroborada pela literatura, de diagnósticos de lesões potencialmente malignas de cavidade oral e do câncer de boca pelos cirurgiões-dentistas, além do desconhecimento dos usuários da Atenção Primária à Saúde (APS) em reconhecer fatores de risco associados ao carcinoma oral e sua aparência clínica. A prevenção e o diagnóstico precoce do câncer de boca são essenciais para a redução da morbimortalidade relacionada a essa neoplasia. No entanto, muitos casos ainda são diagnosticados em estágios avançados, o que compromete o prognóstico e aumenta a complexidade do tratamento. Frequentemente, os pacientes com CB diagnosticado relatam que perceberam o surgimento das primeiras alterações no período de 8 a 24 meses antes, o que representa atraso significativo na busca por atendimento profissional, postergando o diagnóstico e piorando o prognóstico (SOARES; ALBUQUERQUE, MACENA, 2021).

Nesse contexto, a APS tem um papel fundamental na detecção precoce e no acompanhamento dos casos de câncer bucal, como porta de entrada do sistema público de saúde e tem como objetivo oferecer uma assistência integral e resolutiva aos usuários, por meio de ações de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação. Soares, Albuquerque e Macena (2021, p. 68) afirmam a centralidade da APS nessa prevenção:

A prevenção primária é possível por meio da educação da população sobre os sintomas e pela redução do uso do tabaco por meio de ações de conscientização e legislação. Em segundo lugar, este tipo de câncer é precedido por lesão cancerizável que geralmente não cicatriza, sendo um sinal de alerta precoce. Em terceiro lugar, é curável quando detectado em estágio inicial da doença.

Os profissionais que atuam na APS podem identificar sinais e sintomas sugestivos de câncer bucal durante as consultas de rotina. Ademais, esses profissionais também podem orientar os pacientes sobre hábitos saudáveis e fatores de risco relacionados ao câncer de boca, como o tabagismo e o consumo excessivo

de álcool. No entanto, apesar da importância da APS no controle desse tipo de câncer, ainda existem desafios a serem superados nessa área. Muitos profissionais ainda têm pouco conhecimento sobre o câncer oral e suas peculiaridades, o que pode comprometer a qualidade do atendimento e a detecção precoce da doença.

Atividades de Educação em Saúde são de fundamental importância para empoderamento e protagonismo dos usuários nos cuidados com sua própria saúde. As cartilhas educativas são instrumentos muito valiosos para aproximar a população da ciência e do meio acadêmico. Quando bem elaboradas, com linguagem adaptada ao público ao qual se destina, estimula o aprendizado e serve como mecanismo de empoderamento de usuários, o que pode gerar responsabilização deles com sua própria saúde. As cartilhas educativas são uma estratégia simples e eficaz para promover educação em saúde e contribuir para a prevenção e detecção precoce do câncer de boca. Ao utilizar essas ferramentas, os profissionais de saúde podem contribuir para a melhoria da qualidade de vida e para a redução da morbimortalidade causada pela doença.

Diante desse cenário, esta dissertação de mestrado tem como objetivo desenvolver e validar uma cartilha educativa com foco na prevenção e diagnóstico precoce do câncer bucal, e espera-se que esse material possa contribuir para o fortalecimento da educação em saúde no SUS, em especial, na APS. Especificamente, espera-se que essa cartilha educativa seja uma ferramenta eficaz para promover a conscientização sobre o câncer de boca, fornecendo informações relevantes sobre prevenção, sintomas, diagnóstico precoce e autoexame. Além disso, espera-se que essa iniciativa contribua para o fortalecimento da relação entre usuários e profissionais de saúde, incentivando a busca regular por cuidados orais e a adoção de hábitos saudáveis.

Os resultados do processo de validação inicial podem fornecer subsídios para aprimorar a cartilha educativa, tornando-a ainda mais efetiva na disseminação de informações sobre prevenção e diagnóstico precoce do câncer de boca. Ademais, os profissionais de saúde que atuam na APS poderão utilizar a cartilha como uma ferramenta de educação em saúde, contribuindo para a promoção da saúde oral e a redução da incidência e da morbimortalidade pelo câncer bucal.

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo Geral

Descrever a elaboração e validação de conteúdo de material técnico-educativo sob a forma de cartilha com foco na prevenção e diagnóstico precoce do câncer bucal, voltado aos usuários da Atenção Primária à Saúde (APS).

1.3.2 Objetivos Específicos

- Elaborar o conteúdo de uma cartilha educativa sobre prevenção e diagnóstico precoce do câncer bucal com base em evidências da literatura;
- Analisar melhores metodologias para elaboração do material técnico-educativo;
- Fornecer dados para criação do layout de uma cartilha educativa; e
- Promover um processo de validação da cartilha como material técnico-educativo para usuários da APS por meio da análise de especialistas na área.

1.4 Revisão De Literatura

1.4.1 Panorama do Câncer Bucal: Incidência, Fatores de risco e Impacto na Saúde Pública

O câncer bucal representa um sério problema de saúde pública em todo o mundo, representando uma preocupação global (AMARAL et al., 2022; VELOSO; CALDAS, 2021; MONTERO; PATEL, 2015). Além das consequências para a saúde e qualidade de vida dos indivíduos afetados e suas famílias, essa doença tem um impacto socioeconômico significativo. O tratamento do câncer bucal é complexo, envolvendo cirurgias, radioterapia, quimioterapia e reabilitação. Isso resulta em altos custos médicos e impactos financeiros tanto para os pacientes quanto para os sistemas de saúde (BRASIL, 2014).

O câncer é caracterizado pela proliferação desordenada de células defeituosas ou atípicas que não são completamente eliminadas pelo sistema imunológico por razões ainda desconhecidas. Esse crescimento celular descontrolado pode levar ao comprometimento de tecidos e órgãos (DOMINGOS; PASSALACQUA; OLIVEIRA, 2014). O carcinoma de células escamosas (CCE), conhecido também como carcinoma epidermóide, carcinoma escamocelular e carcinoma espinocelular, é uma forma comum de câncer originado do tecido epitelial. Sua incidência é especialmente alta em regiões como a cavidade oral e a orofaringe (PAULA; et al., 2021). O CCE é responsável por mais de 90% dos casos de neoplasias malignas identificadas na região da boca (LEMOS JUNIOR et al., 2013).

Segundo a Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer (PNPCC), o câncer é reconhecido como uma condição crônica, e a política estabelece diretrizes que abrangem a promoção da saúde, a prevenção primária, a detecção precoce, o diagnóstico, o tratamento e os cuidados paliativos. Conforme as normas estabelecidas, é fundamental assegurar uma abordagem abrangente em toda a rede de atenção à saúde, embasada em evidências científicas (BRASIL, 2013).

A origem do CCE é influenciada por vários fatores de risco, dos quais o tabaco e o consumo de álcool são considerados os principais. Além disso, indivíduos de baixo nível socioeconômico e com menor grau de escolaridade apresentam uma maior incidência e uma maior taxa de mortalidade. Esses grupos também enfrentam desafios em termos de qualidade de vida e sobrevida reduzida (CARTAXO et al., 2017). As atividades ocupacionais manuais, baixa renda, baixa posição social, baixa

escolaridade e desemprego estão correlacionados a um maior risco de desenvolvimento da doença. Indivíduos que trabalham em atividades rurais estão frequentemente expostos à luz solar e em contato com substâncias carcinogênicas, o que contribui para o desenvolvimento de câncer na cavidade oral (GALBIATTI et al., 2013).

A alta incidência está associada a fatores de risco conhecidos, como tabagismo, consumo excessivo de álcool, exposição ao vírus do papiloma humano (HPV), má higiene bucal e dieta desequilibrada. A relação entre esses fatores de risco e o desenvolvimento do câncer bucal é bem estabelecida (SILVA et al., 2020; RIBEIRO et al., 2015; GALBIATTI et al., 2013).

O tabagismo é considerado um dos principais contribuintes para o desenvolvimento do CB. Além disso, o consumo excessivo de álcool potencializa ainda mais esse risco (LEITE et al., 2021). Persistir no hábito de fumar após o diagnóstico de câncer contribui para um aumento do risco de complicações durante o tratamento, redução das respostas à radioterapia e quimioterapia, além de agravar outras doenças relacionadas ao tabaco e se associa a um maior risco de recidiva do câncer e desenvolvimento de um segundo tumor primário (ALMEIDA et al., 2014).

Também é importante considerar a susceptibilidade genética como um possível fator, seja de forma isolada ou associada ao tabagismo. Isso pode se manifestar na herança de síndromes de susceptibilidade ao câncer, defeitos no reparo do DNA, alterações na capacidade de metabolização do carcinógeno ou mudanças nas respostas imunológicas do hospedeiro (BONOMO et al., 2018).

No que diz respeito aos cigarros eletrônicos, embora tenham sido detectadas substâncias cancerígenas, como hidrocarbonetos aromáticos policíclicos, nitrosaminas, aldeídos voláteis e aminas aromáticas - que estão ligadas a processos carcinogênicos, incluindo mutações genéticas em diversos genes, perda de mecanismos de controle do ciclo celular, diminuição da apoptose e aumento da angiogênese - ainda não há evidências científicas que comprovem a associação desses dispositivos ao câncer de boca (MELLO et al., 2019).

O cigarro é a forma mais comum de tabaco consumida em todo o mundo. No entanto, também é fumado em outras formas, como charutos, cachimbos e bidis (tabaco em uma folha de tendu ou temburni que é amarrada com um fio de algodão). O uso de bidis é mais generalizado no subcontinente indiano, que inclui países como Índia, Paquistão, Bangladesh, Butão, Nepal e Sri Lanka. Além dos bidis, várias outras

formas de tabaco são consumidas, como tabaco solto para mastigar e quido (uma mistura de tabaco, nozes-de-areca trituradas, também chamadas de nozes de betel, especiarias e outros ingredientes; o quido é usado como tabaco de mascar e é colocado na boca, geralmente entre a gengiva e a bochecha) (GIOVINO et al., 2019).

Outra forma comum de tabaco consumida no subcontinente asiático é o pan (folha de betel) recheado com noz de betel picada, cal hidratada (chuna; hidróxido de cálcio) e jarda. Jarda é um tabaco de mascar úmido ou seco misturado com uma variedade de corantes, essências de especiarias e perfumes (MECNEILL et al., 2006).

O tabaco é o carcinógeno mais importante envolvido na causa do CCE e é conhecido por conter mais de 60 carcinógenos estabelecidos ou potenciais. Esses carcinógenos, com suas múltiplas facetas, têm a propensão de aumentar o risco relativo de câncer por meio de vários modos de ação, como estresse oxidativo nos tecidos, interrupção de mutações reguladas pelo ciclo celular e espécies reativas de oxigênio persistentes ou através de efeitos sobre o sistema imunológico (JIANG et al., 2019).

A associação do consumo de álcool quando combinado ao do tabagismo é especialmente significativa, resultando em um aumento de até 20 vezes no risco de desenvolvimento de câncer em comparação com indivíduos não dependentes (RIBEIRO; et al., 2015). Entre os que não são consumidores de álcool, o maior fator de risco para CB é o tabagismo, enquanto entre os fumantes, o consumo de álcool é o principal fator de risco. O risco de desenvolver câncer oral pode aumentar de forma proporcional à concentração de álcool consumido, como por exemplo, o consumo de bebidas destiladas em comparação com cerveja ou vinho (GALBIATTI et al., 2013).

As pessoas que consomem mais de 40 cigarros por dia e que bebem mais de 30 "drinks" por semana têm 38 vezes mais risco de desenvolver câncer oral em comparação com aquelas que se abstêm dessas substâncias. O tabagismo e o álcool são os fatores potencialmente mais cancerígenos, apesar de a doença ser multifatorial (VILA et al., 2020).

Aproximadamente metade da população adulta global consome bebidas alcoólicas, tornando o consumo de álcool um dos principais fatores de risco para a saúde pública e a terceira causa principal de morte em alguns países. Além disso, diversos outros fatores, como histórico genético, gênero, idade, etnia, dieta, hormônios, bem como tabagismo e obesidade, podem influenciar na forma como o organismo responde ao álcool. Estima-se que quase metade da população com 15

anos ou mais (44,5%) nunca tenha consumido álcool mundialmente, enquanto cerca de 43% são consumidores atuais (SILVA et al., 2020).

No mundo todo, o consumo nocivo de álcool causa 3 milhões de mortes a cada ano (5% de todas as mortes) e é responsável por aproximadamente 5% da carga global de doenças e lesões. Em particular, o consumo de álcool tem sido consistentemente associado ao risco de câncer em vários locais. Combinado ao tabagismo, o consumo de álcool é um dos principais fatores de risco para o câncer de cabeça e pescoço e é responsável por aproximadamente um terço dos casos em todo o mundo (CREDICO et al., 2020).

Estudos epidemiológicos estabeleceram firmemente uma clara relação dose-resposta entre a ingestão de etanol e o risco de câncer de cabeça e pescoço. No entanto, o consumo de álcool possui duas dimensões relacionadas que impactam os resultados de saúde: além da quantidade de álcool consumida, os padrões de consumo ao longo do tempo, como a idade em que se começa a beber e a duração do consumo, têm um papel relevante e podem modificar a associação relatada entre a intensidade do consumo e o risco de câncer (BAGNARDI et al., 2015).

A associação direta entre a intensidade do consumo de álcool e o risco de câncer de cabeça e pescoço tem sido extensivamente descrita e mecanismos potenciais foram propostos. O etanol é oxidado a acetaldeído (AA), que é um carcinógeno reconhecido. O álcool também pode ter um efeito local, atuando como solvente das membranas celulares para aumentar a penetração de carcinógenos, especialmente aqueles provenientes do tabagismo, na mucosa. Além disso, podem ocorrer deficiências nutricionais em alcoólatras (CREDICO et al., 2020).

Estudos indicam que aproximadamente 11,2% dos homens e 5,2% das mulheres no Brasil são consumidores e dependentes de álcool. No ambiente da cavidade oral, o etanol é convertido em AA por bactérias presentes na microbiota. Como o metabolismo adicional do acetaldeído-acetato é limitado por bactérias orais, a concentração de AA na saliva pode ser de 10 a 100 vezes maior do que no sangue (SILVA et al., 2020).

Os pacientes com histórico de consumo de álcool também exibem tumores maiores e uma maior propensão a metástases linfonodais, resultando na maioria dos casos tratados com radioterapia combinada com quimioterapia. Além de servir como um fator de risco para o desenvolvimento de câncer, estudos epidemiológicos também indicaram uma associação entre o consumo de álcool, invasão e disseminação do

câncer, o que resulta em um prognóstico desfavorável. É amplamente reconhecido que o estágio do tumor é um dos fatores prognósticos mais significativos (SILVA et al., 2020).

O HPV também desempenha um papel significativo como fator de risco, principalmente em casos de câncer de orofaringe. O papilomavírus humano (HPV) é um vírus sexualmente transmissível pertencente à família *Papillomaviridae*. O HPV-16 possui uma maior capacidade patogênica e está associado ao desenvolvimento de carcinomas de células escamosas (PEREIRA et al., 2022). Há registros de que existe também um risco aumentado de malignidades bucais em pacientes com infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) (PINHO NETO; SALDANHA, SANTOS, 2021).

Anteriormente, o HPV era associado principalmente ao câncer do colo do útero, sendo reconhecido como sua principal causa até os dias de hoje. No entanto, desde 1983, também tem sido reconhecido como um agente causador de outras malignidades relacionadas à região da cabeça e pescoço (CONTRERAS; VENEGAS, 2015).

Atualmente, o HPV é a Infecção Sexualmente Transmissível (IST) mais prevalente entre a população sexualmente ativa em todo o mundo. O vírus HPV possui vários subtipos, classificados como de alto e baixo risco oncogênico. Os subtipos 16 e 18 estão frequentemente associados aos cânceres de colo do útero, anal, peniano, vaginal, oral, entre outros. Enquanto isso, os subtipos 6 e 11 são os principais responsáveis por lesões benignas, como as verrugas anogenitais (Sousa et al., 2018).

O potencial oncogênico do HPV é explicado pela sua habilidade de integrar fragmentos específicos de seu DNA, como os genes E6 e E7, no genoma das células infectadas. Essa integração resulta na desativação de importantes genes supressores de tumor, provocando mudanças na regulação da proliferação celular, na apoptose e na estabilidade genética (MELO, et al., 2020).

As vacinas atualmente em uso contra os subtipos do HPV são profiláticas, com o objetivo de prevenir a infecção e a persistência desse vírus em várias áreas do corpo. No Brasil, a vacina disponível no sistema público é a vacina tetravalente (contra os subtipos 6, 11, 16 e 18), fornecida atualmente pelo Sistema Único de Saúde (DRUMOND et al., 2023).

Essas vacinas apresentam elevada eficácia na proteção contra a infecção dos subtipos nela incluídos. Revisões sistemáticas e meta-análises confirmam o impacto positivo da vacinação (FEBRASGO, 2010).

Má higiene bucal, história pregressa de neoplasia do trato aerodigestivo, exposição excessiva à luz ultravioleta (câncer de lábio) e uma dieta pobre em frutas e vegetais também são fatores que aumentam a probabilidade de desenvolvimento do CB (ZHOU et al., 2016). Além disso, qualquer espécie de processo inflamatório, infeccioso ou traumático de evolução crônica também é incluída entre os fatores de risco para CB. A irritação crônica do revestimento da boca, o histórico familiar de CB e o baixo índice de massa corporal também figuram como fatores de risco (GALBIATTI et al., 2013; REZENDE et al., 2008).

Nos países de baixa e média renda, o câncer relacionado a infecções virais, como o HPV, é responsável por até 20% das mortes. Essa alta taxa de mortalidade pode ser atribuída à detecção tardia da doença, atrasos no início do tratamento e à falta de acesso a medicamentos avançados, o que contribui significativamente para o número de óbitos (OLIVEIRA et al., 2019). Esse vírus possui uma alta afinidade pelo epitélio da mucosa e pode ser adquirido através da transmissão sexual, como também pode ser transmitido precocemente durante o parto, do trato genital da mãe para a cavidade bucal do recém-nascido (MORAIS et al., 2018).

Há evidências sólidas de que uma alimentação saudável pode reduzir o risco de doenças, incluindo o câncer. Estudos indicam que dietas ricas em frutas, alimentos contendo carotenoides e vegetais com baixo teor de amido estão associadas a uma redução no risco de carcinoma de células escamosas (GALBIATTI et al., 2013). Em relação ao câncer labial, os principais responsáveis são a exposição à luz ultravioleta e o tabagismo. Além disso, há a possibilidade de uma combinação de múltiplos fatores estar envolvida no desenvolvimento da doença (VASCONCELOS, 2019).

A placa supragengival polimicrobiana, resultante da falta de higiene oral adequada, pode ser considerada um possível fator independente devido à sua interação mutagênica significativa com a saliva. A higiene oral inadequada pode contribuir para o desenvolvimento de carcinomas na cavidade oral. Além disso, doenças periodontais resultantes da má higiene oral podem levar a infecções e à liberação de mediadores inflamatórios, como citocinas. As reações inflamatórias podem promover o desenvolvimento de câncer (GALBIATTI et al., 2013).

O número de casos de câncer bucal na população idosa tem aumentado consideravelmente, em parte devido ao aumento da longevidade dessa população. Estima-se que nos próximos 20 anos haverá um aumento global de 66,2% no número de novos casos na população idosa (LIMA et al., 2021). Em países desenvolvidos, como Estados Unidos da América, França, Reino Unido, Japão, Itália e Austrália, estima-se um aumento de 24,9% a 50,5% no período de 2020 a 2040. Já em países em desenvolvimento, como China, Índia e Brasil, projeta-se um aumento ainda maior no número de novos casos, variando de 80,1% a 97,8%, considerando esse mesmo período (SOARES; ALBUQUERQUE, MACENA, 2021).

O câncer oral é um dos mais incidentes no Brasil, sobretudo em homens. Grande parte dos casos têm seu diagnóstico realizado em estágios avançados da doença, entretanto é possível que se adotem estratégias preventivas eficazes para o alcance de um diagnóstico precoce. O câncer de boca é definido como um grupo de neoplasias malignas que acometem diversas áreas anatômicas intraorais (INCA, 2022). A doença afeta, de forma mais frequente, homens acima de 40 anos, tabagistas, com baixo nível de escolaridade e baixa renda. O carcinoma de células escamosas é o tipo mais frequente histologicamente (RUTKOWSKA et al., 2020). No entanto, tem sido observado um aumento na incidência do carcinoma de células escamosas em pacientes mais jovens ao longo das últimas décadas (MELO et al., 2020).

Não há um consenso na literatura sobre a etiologia e a patogênese do CCE em adultos jovens, especialmente devido à ausência ou ao curto período de exposição aos principais fatores de risco para a doença, à provável ausência de lesões potencialmente malignas e ao possível comportamento biológico diferenciado dos CCE diagnosticados nesses pacientes. Além disso, as diferenças metodológicas e na definição da faixa etária para classificar um adulto jovem, que varia de 30 a 45 anos, complicam a compreensão da relação desses fatores com a doença nesse grupo etário (LISBOA et al., 2022).

O estudo de Hilly et al. (2013) revelou que a taxa de metástases a distância e a recorrência do CCE são significativamente maiores em pacientes adultos jovens. Os pesquisadores concluíram que o câncer de boca em jovens é mais agressivo, resultando em menores chances de cura em comparação com pacientes mais velhos. Portanto, o diagnóstico precoce torna-se ainda mais crucial nesses casos.

Algumas pesquisas indicam que a infecção pelo HPV oncogênico, especialmente o HPV 16, parece desempenhar um papel significativo no surgimento de CCE em pacientes jovens, frequentemente entre aqueles que não fumam, têm um histórico ocasional de tabagismo e não consomem álcool (KAMINAGAKURA et al., 2012).

Um estudo com adolescentes brasileiros, conduzido por Santos et al. (2020), acerca da exposição ao tabaco, álcool e sexo, além da aferição dos conhecimentos sobre câncer oral e orofaríngeo demonstrou que os adolescentes já experimentaram os principais fatores de risco para o câncer oral. O uso de uma versão em língua portuguesa do questionário de vigilância de comportamento de risco entre jovens permitiu verificar alguns padrões comportamentais: Metade dos adolescentes pesquisados já consumiu álcool em suas vidas e pelo menos 1 em cada 10 indivíduos já experimentou fumar. A exposição sexual entre os adolescentes foi uma realidade para um terço dos entrevistados. Não foram encontradas diferenças comportamentais significativas entre meninos e meninas em relação ao tabagismo / álcool / exposição sexual. No modelo estatístico final, houve significância para algumas questões relacionadas ao conhecimento sobre HPV e câncer oral / orofaríngeo. Os meninos tinham mais conhecimento sobre o HPV e o identificaram como uma causa potencial de câncer oral; no entanto, muitos deles relataram não saber da existência de câncer oral, o que gera dúvidas sobre seu conhecimento real sobre o assunto.

Há evidências de que pessoas em piores condições socioeconômicas utilizam menos os serviços de saúde e são menos expostas a informações em saúde, aumentando suas chances de assumir ações e comportamento deletérios, mostrando que grupos socialmente desprivilegiados tendem a ter um maior contato com os fatores de risco (tabaco e álcool), bem como precárias condições de saúde bucal e carências nutricionais (AMORIM; SOUSA, ALVES, 2019).

Com relação à incidência do carcinoma oral no Brasil, o Instituto Nacional do Câncer (INCA, 2019, p. 38) destaca que

O número de casos novos de câncer da cavidade oral esperados para o Brasil, para cada ano do triênio 2020-2022, será de 11.180 casos em homens e de 4.010 em mulheres. Esses valores correspondem a um risco estimado de 10,69 casos novos a cada 100 mil homens, ocupando a quinta posição. Para as mulheres, corresponde a 3,71 para cada 100 mil mulheres, sendo a décima terceira mais frequente entre todos os cânceres.

No mundo, de acordo com as estimativas, a incidência anual de câncer bucal é de aproximadamente 324 mil casos, estimando-se um aumento de casos até o ano de 2020. Em relação à mortalidade, estima-se que tenham ocorrido cerca de 157.000 óbitos relacionados à doença em 2015 (GLOBAL CANCER OBSERVATORY, 2023).

A taxa de incidência de câncer oral varia amplamente entre os diferentes países, o que é sugerido pelas diferenças na distribuição dos fatores etiológicos. Globalmente, o câncer oral e orofaríngeo representa cerca de 5% de todos os cânceres em homens e 2,5% dos cânceres em mulheres. As maiores taxas são geralmente registradas em alguns países em desenvolvimento, especialmente no Sudeste Asiático e no subcontinente indiano, onde a doença representa até 40% de todas as malignidades nessas áreas (OYAPERO; ERINOSO; OLATOSI, 2024).

Um terço dos casos mundiais de CCE é observada na Índia e possui uma taxa de mortalidade global de 30%, com uma diferença significativa na incidência entre homens (11,3%) e mulheres (4,3%). Além da Índia, a predominância de cânceres orais é observada na Europa Central, Oriental e Meridional, bem como em partes da França, América do Sul e Oceania (BAKSHI et al., 2020).

Um estudo conduzido por Atty et al. (2022) avaliando o impacto da pandemia no diagnóstico do câncer de boca mostrou uma diminuição nos exames de investigação diagnóstica do câncer de lábio e cavidade oral no Brasil durante o ano de 2020. Isso pode resultar em um aumento na proporção de casos diagnosticados em estágios avançados nos próximos anos, uma situação que já era preocupante no país.

Para reduzir os impactos da pandemia de covid-19 no atraso do diagnóstico do câncer de boca, é essencial que os gestores priorizem: o fortalecimento das estratégias de comunicação que destacam os principais sinais de alerta da doença, alertando a população sobre a importância de buscar atendimento imediato em caso de qualquer lesão suspeita na cavidade oral, assim como a organização da Rede de Atenção à Saúde para otimizar o encaminhamento e o atendimento de indivíduos com lesões suspeitas (ATTY et al., 2022).

O câncer bucal tem sido alvo de estudos de rastreamento, pois, além da possibilidade de intervir em desordens potencialmente malignas e no câncer em fase inicial, a cavidade oral é uma região anatômica de fácil acesso, e a inspeção visual é um procedimento de simples execução (INCA, 2022).

No entanto, de acordo com os resultados das revisões sistemáticas divulgadas pela Cochrane (BROCKLEHURST et al., 2013) e pela Força-Tarefa Americana de Serviços Preventivos dos Estados Unidos (MOYER; U.S. PREVENTIVE SERVICES TASK FORCE, 2014), não há evidências científicas suficientes para avaliar de maneira conclusiva os riscos e benefícios do rastreamento do câncer oral em pessoas sem sintomas. Isso se deve ao fato de que apenas um ensaio clínico, conduzido na Índia, um dos países com maior incidência de câncer bucal no mundo, identificou que até três rodadas de rastreamento trienal com inspeção visual por profissionais capacitados para detectar lesões suspeitas pré-cancerígenas ou câncer não resultaram em uma redução significativa na mortalidade da população em geral.

Com base nas evidências disponíveis até 2015, o Comitê Nacional de Triagem do Reino Unido também não recomendou triagem para o CB e atualmente está reavaliando a questão (Warnakulasuriya; Kerr, 2021).

Uma análise recente dos dados do ensaio clínico realizado na Índia, divulgada em 2021, concluiu que o rastreamento para câncer oral, baseado em critérios de risco, pode aumentar significativamente a eficácia dos programas de rastreamento. No estudo, os pesquisadores estimaram que o rastreamento de 100% da população resultaria em uma redução de 27% na mortalidade por câncer oral, enquanto o rastreamento de 43% da população, limitado a indivíduos que consomem ou já consumiram álcool e/ou tabaco, resultaria em uma redução de 23% na mortalidade por câncer oral. Os autores sugeriram que o uso de uma abordagem de avaliação individualizada do risco para selecionar os participantes do rastreamento poderia aumentar a eficácia do programa, com apenas uma pequena perda de sensibilidade (CHEUNG et al., 2021).

Além da inspeção visual, foram explorados outros métodos como auxiliares no rastreamento, como a coloração com azul de toluidina, dispositivos de iluminação quimioluminescente e autofluorescente, e citologia esfoliativa. Contudo, ainda não existem evidências conclusivas sobre os benefícios dessas técnicas na redução da mortalidade por câncer bucal (MOYER; U.S. PREVENTIVE SERVICES TASK FORCE, 2014).

Com base nessas evidências, a estratégia de detecção precoce recomendada atualmente no Brasil para o câncer bucal é o diagnóstico precoce de lesões suspeitas. No entanto, é crucial acompanhar novas evidências e ensaios clínicos, pois a

estratégia de rastreamento em populações de alto risco tem demonstrado eficácia (INCA, 2022).

1.4.2 Características Clínicas do Câncer Bucal

O câncer bucal afeta principalmente a cavidade oral, incluindo lábios, língua, gengivas, palato e mucosa bucal. O carcinoma de células escamosas pode surgir em diferentes regiões da boca, mas algumas áreas são mais comumente afetadas, como a língua, o assoalho bucal e os lábios, representando cerca de 50% dos casos. Por outro lado, áreas menos frequentes incluem a mucosa jugal, região retromolar, gengiva, palato mole e palato duro. Devido à sua menor ocorrência, essas áreas podem ser diagnosticadas tardiamente (LEMOS JUNIOR et al., 2013).

Nos estágios iniciais, as manifestações podem aparecer na forma de manchas ou placas que variam de coloração, podendo ser esbranquiçadas ou avermelhadas, ou seja, lesões leuco e/ou eritroplásicas. Essas lesões geralmente têm uma consistência mais firme do que os tecidos normais, devido à perda parcial da elasticidade da mucosa. Também podem ser observadas áreas ulceradas, caracterizadas por bordas irregulares e elevadas, bem como uma base endurecida, devido à invasão do tumor nos tecidos adjacentes. Nessa fase inicial, as lesões costumam ser assintomáticas, tornando sua detecção clínica desafiadora. Além disso, as lesões iniciais também podem exibir áreas de crescimento exofítico. Todas essas características clínicas, ou seja, áreas brancas e vermelhas, úlceras e áreas exofíticas, podem coexistir na mesma lesão. É importante notar que a presença de bordas elevadas e consistência endurecida são as características mais significativas de malignidade. (WARNAKULASURIYA; GREENSPAN, 2020).

1.4.2.1 Úlcera

Essa lesão fundamental é frequentemente observada como uma úlcera que apresenta um assoalho necrótico, margens irregulares e elevadas. Ao ser palpada, é possível sentir um endurecimento característico. Em estágios avançados, a dor pode se tornar irradiante e espontânea (LEMOS JUNIOR et al., 2013). **(Figura 1)**

Figura 1 - Imagem fotográfica de lesão diagnosticada como carcinoma ulcerado de lábio inferior em paciente do sexo masculino



Fonte: World Health Organization (WHO, 2023)

1.4.2.2 Nódulo

Algumas neoplasias exibem um padrão de crescimento exófito, manifestando-se como nódulos com bordas pouco definidas e de consistência endurecida ao toque (LEMOS JUNIOR; et al., 2013). (**Figura 2**).

Figura 2 - Imagem fotográfica de carcinoma nodular medindo 1x1 cm em região de comissura labial esquerda



Fonte: World Health Organization (WHO, 2023)

1.4.2.3 Lesões não características

Uma das principais dificuldades encontradas é quando a lesão não apresenta características clínicas suspeitas, o que é bastante comum em estágios iniciais, levando o profissional a adiar a realização da biópsia. As lesões precoces geralmente se manifestam como manchas branco-avermelhadas com uma superfície levemente rugosa, conhecidas como leucoeritroplasia (LEMOS JUNIOR et al., 2013). Nestas lesões, a elasticidade do tecido é alterada e, à palpação, pode-se notar uma discreta rigidez na área em comparação com a mucosa normal (**Figura 3**).

Figura 3 - Imagem fotográfica representando leucoplasia não homogênea verrucosa em mucosa jugal de uma paciente do sexo feminino



Fonte: World Health Organization (WHO, 2023)

1.4.2.4 Lesões Potencialmente Cancerizáveis

Desde 2005, a Organização Mundial da Saúde (OMS) tem recomendado o uso do termo “lesões potencialmente cancerizáveis” (LPC) para descrever condições ou lesões que apresentam maior probabilidade de se tornarem malignas. LPC refere-se àquelas lesões cujo tecido possui maior chance de ocorrer transformação em tumor maligno do que o tecido normal. Lembrar que este tipo de lesão pode permanecer em estágio não maligno por tempo indefinido, e até mesmo não malignizar, principalmente se forem evitados estímulos nocivos (SOARES; ALBUQUERQUE, MACENA, 2021), então, identificar, diagnosticar e acompanhar clinicamente as LPC é muito importante para prevenção do câncer bucal.

As LPC incluem leucoplasias, eritroplasias, líquen plano e queilite actínica. Essas lesões são consideradas de interesse clínico significativo devido ao risco aumentado de desenvolvimento de câncer. A utilização desse termo auxilia na identificação precoce e na adoção de medidas preventivas e de acompanhamento adequado (LEMOS JÚNIOR et al., 2013).

As LPC apresentam prevalências distintas na população, frequentemente associadas a diferenças ambientais e comportamentais, o que afeta a exposição a

fatores etiológicos. Muitos dos agentes relacionados ao desenvolvimento do câncer oral também estão envolvidos no surgimento de lesões com potencial maligno, tais como exposição crônica à radiação ultravioleta, consumo excessivo de álcool, tabagismo, deficiências nutricionais, predisposição genética e infecção por HPV (MAIA et al., 2016).

Em um estudo de revisão sistemática recente, foi calculada uma taxa global de prevalência de LPC em 4,47% (com um intervalo de confiança de 95% entre 2,43% e 7,08%), sendo observado um número mais elevado de casos entre asiáticos e homens (PIRES et al., 2023).

A grande parte das LPC pode não evoluir para um carcinoma, mas em vez disso, estabelece um terreno de anormalidades onde o surgimento do câncer se torna mais provável. A mucosa que parece normal clinicamente pode, na verdade, apresentar anormalidades moleculares. Um desafio significativo para os profissionais que lidam com pacientes que têm LPC é a capacidade de identificar aqueles que têm maior probabilidade de desenvolver malignidades no futuro (PIRES et al., 2023).

Quando ocorre a transformação maligna das lesões mencionadas, o diagnóstico mais comum é o carcinoma de células escamosas, uma neoplasia invasiva do epitélio escamoso que pode apresentar diferentes graus de diferenciação. Essa forma de câncer tem propensão a metástases linfáticas precoces e extensas (MAIA; et al., 2016).

1.4.2.5 Leucoplasia

Leucoplasia é um termo clínico definido como uma “mancha ou placa branca que não pode ser caracterizada clínica ou patologicamente como qualquer outra doença” (NEVILLE; DAY, 2002, p. 199). Essa lesão geralmente está associada ao tabagismo e ao consumo de álcool. O termo leucoplasia deve ser usado apenas como um termo clínico, pois não tem conotação histopatológica específica e nunca deve ser utilizada como diagnóstico microscópico. Além disso, no exame clínico do paciente, a leucoplasia é um diagnóstico clínico de exclusão. Se uma mancha branca oral puder ser diagnosticada como alguma outra condição (por exemplo, candidíase, líquen plano, leucoedema, etc.), então a lesão não deve ser considerada como um exemplo de leucoplasia (SOUSA-MUÑOZ et al., 2010).

Trata-se de uma lesão com risco aumentado de desenvolvimento de câncer, com prevalência global de aproximadamente 2%, embora haja variações regionais.

As evidências sobre a associação entre leucoplasia e o HPV ainda são controversas (LEMOS JUNIOR et al., 2013).

A etiologia das LPC é multifatorial, com muitas causas sendo de origem idiopática. Tradicionalmente, a leucoplasia é mais prevalente em homens adultos que consomem tabaco e/ou álcool, além daqueles que mastigam betel de areca. Estudos demonstram uma relação sinérgica entre o álcool e o tabaco no processo de transformação maligna das lesões. Também é observada uma associação entre indivíduos que mastigam betel e o desenvolvimento de transformação maligna da leucoplasia (PIRES et al., 2023).

Em fumantes, as leucoplasias são principalmente encontradas no assoalho da bucal. Possui como outros fatores causais a deficiência de ferro ou infecções crônicas por *Candida albicans* ou HPV (principalmente os subtipos 16 e 18) (PALMERÍN-DONOSO; CANTERO-MACEDO; TEJERO-MAS, 2019).

Os locais anatômicos mais frequentemente afetados pela leucoplasia incluem a borda lateral da língua e o assoalho da boca, seguidos pela mucosa jugal, pelo palato duro e mole, e pela mucosa gengival/alveolar (WETZEL; WOLLENBERG, 2020).

A importância dessa lesão (devido à sua alta incidência e à importância da possível transformação metaplásica) e suas características complexas, especialmente sua aparência amplamente variável, têm sido motivo para a realização de várias classificações. A maioria delas foi elaborada com base na apresentação macroscópica, mas também foram feitas classificações com base na etiopatogenia, na clínica ou na relação clínico-histológica (VALLEJO; MARTÍN; LESTON, 2015).

As leucoplasias são classificadas de acordo com sua aparência, em homogêneas e não homogêneas (**Figuras 4 e 5**). As primeiras são as mais comuns, uniformes, brancas, de pequena espessura, com sulcos pouco profundos ocasionalmente e geralmente apresentam poucos sintomas (sensação de rugosidade, no máximo). As segundas são predominantemente brancas, mas não uniformes. O aspecto pode ser erosivo, verrucoso, nodular ou eritroleucoplásico (DONOSO; MACEDO, 2019).

Uma metanálise, recentemente publicada, revelou um risco de malignização 4,06 vezes maior para as leucoplasias não homogêneas. Foi observado um aumento do risco em casos de leucoplasia salpicada (misto de cor branca e vermelha). A detecção de carcinoma in situ em áreas eritematosas sugere que o comportamento

biológico da lesão, predispondo à transformação, está relacionado à sua maior permeabilidade a carcinógenos através do epitélio fino (PIRES et al., 2023).

Uma variante menos comum de leucoplasia não homogênea, denominada leucoplasia verrucosa proliferativa (LVP), é caracterizada por sua disseminação e envolvimento de diversas áreas da cavidade bucal, sendo mais prevalente em mulheres (CARRARD; VAN DER WAAL, 2018). O relato inicial dessa forma rara remonta a apenas algumas décadas atrás. Suas características distintivas incluem um comportamento biológico mais agressivo em comparação com outras formas de leucoplasia, evidenciado pela tendência à multifocalidade, uma alta taxa de recorrência e uma probabilidade significativa de transformação maligna (WETZEL; WOLLENBERG, 2020).

Inicialmente essas lesões se manifestam como manchas ou placas brancas, geralmente pequenas e bem definidas, e são assintomáticas. À medida que a doença avança, essas lesões podem se tornar mais proeminentes e verrucosas, afetando diversos locais da cavidade bucal, como gengiva, mucosa alveolar, língua, palato e mucosa jugal. A gengiva é frequentemente a área mais afetada (WETZEL; WOLLENBERG, 2020). A taxa de transformação maligna observada em lesões de LVP varia de 63,3% a 100% (MAYMONE et al., 2019).

A leucoplasia pode não apresentar sintomas e sua aparência clínica pode se assemelhar à de certos distúrbios reativos ou inflamatórios da mucosa bucal, como ceratose friccional, ceratose da crista alveolar, leucoedema e morsicatum buccarum (WARNAKULASURIYA, 2018).

A regressão espontânea da leucoplasia é pouco comum. É recomendado realizar biópsias de todas as lesões de leucoplasia, independentemente da presença de sintomas, do tipo clínico (homogêneo ou não homogêneo) e de sua localização. Em casos de leucoplasias extensas, considera-se a obtenção de múltiplas biópsias. É essencial eliminar todos os possíveis fatores de risco que aumentam o risco de transformação maligna. Para lesões com displasia moderada a grave, a excisão cirúrgica ou cirurgia a laser é a primeira opção de tratamento. É recomendado um acompanhamento rigoroso e cuidadoso dos pacientes (NADEAU; KERR, 2018).

Figura 4 - Imagem fotográfica de lesão leucoplásica homogênea em borda lateral esquerda de língua em paciente do sexo masculino



Fonte: World Health Organization (WHO, 2023)

Figura 5 - Imagem fotográfica representando leucoplasia não homogênea verrucosa no palato e mucosa jugal esquerdos de um paciente do sexo masculino



Fonte: World Health Organization (WHO, 2023)

1.4.2.6 Eritroplasia

A eritroplasia é uma mancha vermelha que não pode ser classificada como outra lesão específica e apresenta um risco aumentado de desenvolvimento de câncer (LEMOS JUNIOR et al., 2013). O tabaco e o álcool também são considerados fatores de risco importantes para o seu desenvolvimento. Geralmente, a eritroplasia se manifesta como uma lesão única. A prevalência dessa condição varia de 0,02% a 0,83% sendo, portanto mais rara que a leucoplasia, porém seu risco de malignização é consideravelmente mais alto (**Figura 6**).

Um estudo realizado com trabalhadores rurais brasileiros encontrou uma prevalência de 0,3% (FERREIRA et al., 2016). Esta condição é mais comum em pacientes que estão na faixa etária entre a sexta e sétima décadas de vida (WETZEL; WOLLENBERG, 2020). As lesões geralmente apresentam contornos irregulares, mas são bem definidas, com uma superfície aveludada e vermelho brilhante. O palato mole é frequentemente o local anatômico afetado (WARNAKULASURIYA, 2018). Quando há uma combinação de lesões brancas e vermelhas, o termo eritroleucoplasia é preferido (SPEIGHT; KHURRAM; KUJAN, 2018).

A eritroplasia oral pode afetar indivíduos de ambos os sexos, porém apresenta uma incidência maior em homens. Além disso, é mais comum em pessoas com idade entre 40 e 60 anos (MAIA et al., 2016). A eritroplasia apresenta um risco significativo de progressão para carcinoma. De fato, muitas lesões vermelhas na mucosa bucal podem já conter carcinoma in situ ou doença invasiva no momento do diagnóstico. Devido ao alto risco de transformação maligna, é recomendável realizar biópsia de qualquer lesão vermelha e remover completamente as lesões sempre que possível. Um acompanhamento rigoroso dos pacientes continua sendo fundamental (IOCCA et al., 2020).

Figura 6 - Imagem fotográfica representando lesão de eritroplasia em mucosa jugal direita de um paciente do sexo masculino



Fonte: World Health Organization (WHO, 2023)

1.4.2.7 Líquen Plano

O Líquen Plano (LP) é uma condição inflamatória crônica mediada pelo sistema imunológico, que pode afetar tanto a pele como as membranas mucosas, incluindo a mucosa bucal (SHAVIT; KLIEB; SHEAR, 2020). Estima-se que o LP afete de 1,01% a 2% da população geral, sendo mais comum em mulheres de meia-idade (GONZÁLEZ-MOLES et al., 2021).

A etiologia do líquen plano oral ainda é desconhecida, porém é observada uma resposta imunológica que agride o epitélio de revestimento. Diversos estudos prospectivos e retrospectivos têm relatado taxas de transformação maligna do líquen plano oral, variando de 0 a 9% (MAIA et al., 2016).

Alguns estudos têm investigado fatores psicológicos e sua possível relação com o desenvolvimento do LP (CERQUEIRA et al., 2018; PIRES et al., 2020). Uma metanálise recente conduzida por Jalenques et al. (2020) demonstrou que a prevalência de depressão e ansiedade em pacientes com LP foi de 27% e 28%, respectivamente.

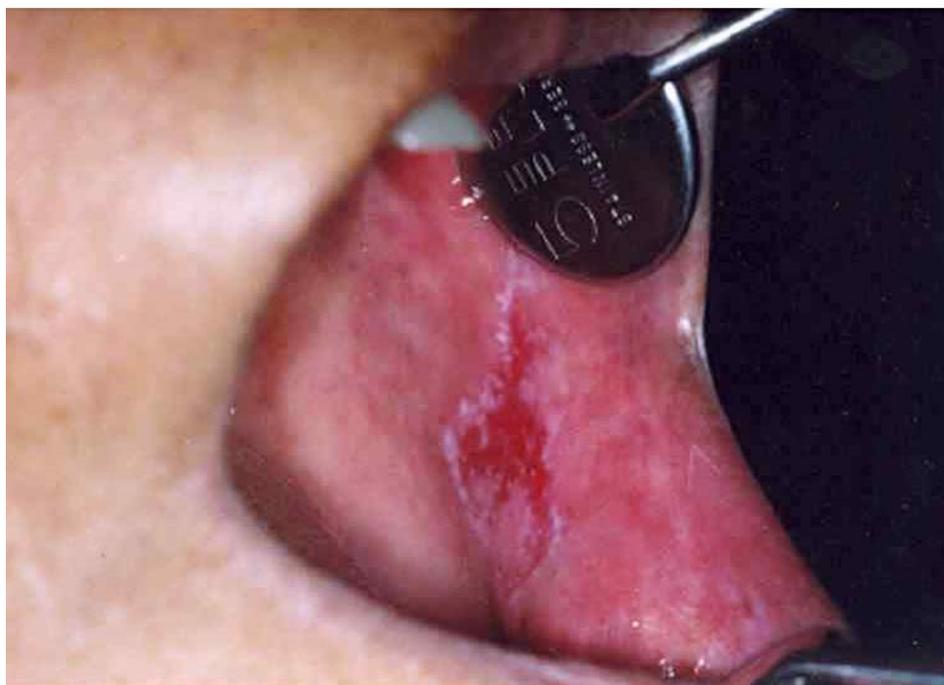
A apresentação clínica mais comum do LP é na forma reticular, onde são observadas estrias esbranquiçadas (conhecidas como estrias de Wickham) entrelaçadas, formando uma rede. Geralmente assintomática, essa lesão tem predileção pela mucosa jugal, bilateralmente, embora também possa surgir em outras

regiões da cavidade bucal. A forma erosiva manifesta-se por ulcerações (GONZÁLEZ-MOLES et al., 2019).

As lesões do LP geralmente persistem ao longo de anos, com períodos de aumento e diminuição da gravidade dos sintomas. O tipo erosivo pode estar associado a diferentes graus de dor (CARROZZO et al., 2019). Quando as lesões são dolorosas, podem causar dificuldades durante a alimentação, deglutição e fala, impactando negativamente na qualidade de vida dos pacientes afetados pela doença (WIRIYAKIJJA et al., 2020; ADAMO et al., 2021).

Embora haja controvérsias, a maioria dos autores considera o líquen plano uma lesão com potencial de desenvolver câncer. Essa malignização pode ocorrer em todos os tipos clínicos do líquen plano, mas o tipo erosivo parece ser mais relevante nesse aspecto (**Figura 7**). É sempre recomendada a realização de biópsia para diagnóstico e, embora haja falta de evidências científicas, sugere-se acompanhamento ao longo da vida (LEMOS JUNIOR; et al., 2013).

Figura 7 - Imagem fotográfica representando lesão de líquen plano erosivo de um paciente do sexo masculino



Fonte: World Health Organization (WHO, 2023)

1.4.2.8 Queilite Actínica

A queilite actínica (QA) é uma condição que afeta principalmente o lábio inferior de homens com mais de 60 anos de idade e pele clara. Esses indivíduos estão frequentemente expostos de maneira crônica e excessiva à radiação ultravioleta (UV). A QA é clinicamente significativa devido ao seu potencial reconhecido de transformação maligna, que pode ocorrer em até 17% dos casos, resultando no desenvolvimento lento de um carcinoma que tende a metastizar tardiamente (ARNAUD et al., 2016).

A prevalência exata de QA não é conhecida, porém estima-se que possa variar entre 4,4% e 5,1% (GHENO et al., 2015). A exposição solar, sua intensidade, a idade do paciente, predisposição genética, ocupações ao ar livre e falta de uso de agentes de proteção labial estão associados à sua ocorrência (JADOTTE; SCHWARTZ, 2012).

Do ponto de vista clínico, a queilite actínica pode se manifestar de duas formas: aguda e crônica. Na forma aguda, observa-se um quadro caracterizado por edema e eritema leves, fissuras e úlceras graves, que ocorrem após exposição intensa ao sol em um curto período de tempo. Geralmente, essas alterações clínicas tendem a se resolver. Já na forma crônica, há uma exposição prolongada e cumulativa aos raios ultravioleta, resultando em alterações epiteliais irreversíveis. A apresentação clínica mais comum inclui lábios ressecados, fissuras, discreto aumento difuso de volume, perda do limite entre a mucosa labial e a pele, além de pápulas e/ou manchas esbranquiçadas (ARNAUD et al., 2016). **(Figura 8)**

Figura 8 - Imagem fotográfica representando lesão de queilite actínica em lábio inferior de paciente do sexo masculino



Fonte: World Health Organization (WHO, 2023)

A biópsia continua sendo considerada o padrão ouro para o diagnóstico do câncer bucal, mesmo com os esforços de encontrar outros métodos de diagnóstico (LEMOS JUNIOR et al., 2013).

Apesar de subsídios para o diagnóstico precoce, tais como a realização de exames visuais e táteis, além de fatores de riscos bem estabelecidos na literatura, mais da metade dos diagnósticos de câncer bucal são realizados tardiamente (BARROS; CASOTTI; GOUVÊA, 2017).

A taxa de mortalidade relacionada ao CCE tem se mantido estável ao longo das décadas, com uma média de sobrevida em torno de 55% após cinco anos do diagnóstico (LEMOS JUNIOR et al., 2013).

O tratamento do CCE é abordado de maneira multidisciplinar, geralmente envolvendo técnicas cirúrgicas, quimioterapia e radioterapia. Essas abordagens terapêuticas podem ser aplicadas de forma isolada ou combinada, dependendo das características do caso (PAULA; et al., 2021). A cirurgia pode ter um impacto desfigurante e ser psicologicamente traumática, mas existem métodos que visam preservar órgãos, como a mandíbula, devido ao seu papel funcional, estético e psicológico para o paciente. As técnicas conservadoras de mandibulectomia têm

apresentado resultados promissores. Além disso, existem outras opções de reabilitação, como reconstrução de defeitos cervicofaciais pós-excisionais e reconstrução utilizando enxertos osteomiocutâneos e microanastomose. No entanto, as opções cirúrgicas com preservação de órgãos ainda têm limitações e requerem mais estudos para aprimoramento (GALBIATTI et al., 2013).

O câncer bucal e seu tratamento podem ter um impacto significativo na qualidade de vida dos pacientes, afetando várias funções do sistema estomatognático. Além da dor física, os pacientes enfrentam problemas de autoestima devido à alteração de sua aparência e dificuldades em realizar atividades diárias. Funções essenciais, como engolir, mastigar, falar e apreciar o sabor dos alimentos, podem ser prejudicadas. É importante considerar esses aspectos antes, durante e após o tratamento, pois muitos pacientes podem lidar com sequelas que afetarão sua qualidade de vida por longos períodos de tempo (LEMOS JUNIOR et al., 2013).

Atualmente, a prevenção e o diagnóstico precoce são as medidas mais eficazes para melhorar o prognóstico de tumores malignos. A detecção precoce e o tratamento inicial adequado podem levar a uma resolução bem-sucedida da doença (GALBIATTI et al., 2013).

1.4.3 Papel da Atenção Primária à Saúde na Prevenção e Diagnóstico Precoce do Câncer Bucal

A Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, organizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em Alma-Ata, na República do Cazaquistão, completou mais de quatro décadas. No mês de setembro de 1978, essa conferência destacou a urgência de ação por parte de todos os governos, profissionais da saúde, do desenvolvimento e a comunidade global para promover a saúde de todas as pessoas ao redor do mundo. A Declaração de Alma-Ata sublinhou a importância da Atenção Primária à Saúde (APS), com ênfase na necessidade de prioridade especial para os países em desenvolvimento, uma mensagem reiterada na Conferência de Astana. (PINTO et al., 2020).

A reconfiguração dos serviços de saúde em direção à abordagem da promoção, além da oferta de serviços de assistência, está entre as medidas preconizadas na Carta de Ottawa emanada na I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde (Canadá), uma proposta que busca claramente superar o modelo biomédico, que se concentra na doença como um fenômeno individual e na assistência médica curativa

como foco essencial da intervenção (KESSLER et al., 2018). Após décadas desde a divulgação da Carta de Ottawa, a promoção da saúde aparece como associada a um conjunto de valores, como qualidade de vida, saúde, solidariedade, equidade, democracia, cidadania, desenvolvimento, participação e parceria (RABELLO, 2010).

A Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) foi desenvolvida no contexto das transformações político-institucionais que ocorreram no Brasil nas décadas de 1980 e 1990, marcadas pelo fim da ditadura militar e pelo início da Nova República. Durante esse período de mudanças no regime político, foram estabelecidas as bases do Sistema Único de Saúde (SUS), conforme delineado nos artigos 196 a 200 da Constituição Federal de 1988. Apesar do extenso ordenamento legal e do arcabouço jurídico criado a partir da Constituição de 1988 para a implementação do SUS, a odontologia permaneceu em uma posição periférica até 2003 (TAVARES et al., 2020).

A inclusão da odontologia no Programa Saúde da Família (PSF) ocorreu através da Portaria Ministerial nº 1.444, mais de cinco anos após a criação do programa. Isso resultou em um impacto negativo evidente para a integração da saúde bucal nas equipes de saúde (NARVAI, 2011).

Embora a portaria mencionada tenha sido implementada, a efetiva integração da saúde bucal no SUS só se concretizou em 2003 com o lançamento do programa Brasil Sorridente. Esse programa, amparado por um abrangente arcabouço legal e jurídico, resultou em um aumento significativo de recursos destinados à ampliação de serviços e à criação de equipamentos públicos inéditos até então. Isso possibilitou o estabelecimento de uma rede integral de cuidados em saúde bucal (TAVARES et al., 2020).

A inclusão das Equipes de Saúde Bucal (ESB) na Estratégia de Saúde da Família (ESF) marcou a reorientação do modelo de Atenção Primária à Saúde (APS) na Odontologia, trazendo um enfoque coletivo e preventivo para a saúde bucal. Juntamente com a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), foram estabelecidas diretrizes que possibilitaram grandes avanços na Odontologia, especialmente no que diz respeito ao acesso, à assistência e ao processo de trabalho. As práticas da PNSB são executadas por equipes interdisciplinares e englobam prevenção, promoção, tratamento e reabilitação da saúde bucal. Espera-se que as ESB sejam capazes de compreender o perfil epidemiológico, as condições socioeconômicas e os hábitos da população, visando criar vínculos que ajudem na autonomia da comunidade em relação ao entendimento do processo saúde-doença-cuidado (ALMEIDA et al., 2022).

É essencial que a ESB defina processos de trabalho alinhados às necessidades individuais e coletivas de cada território. Essas ações devem seguir padrões de excelência tanto técnicos quanto de gerenciamento de serviços. Além disso, é importante considerar a avaliação da estrutura e dos resultados como base para novos planejamentos em saúde na APS (ALMEIDA et al., 2022).

Na região nordeste, uma pesquisa revelou que menos de 60% das equipes de APS realizaram ações para detectar lesões bucais malignas, destacando que esse e outros processos estão fortemente ligados ao aumento no número de casos na área. Cabe ao cirurgião-dentista da ESB diagnosticar lesões malignas, realizar os procedimentos iniciais de encaminhamento dos pacientes e documentar essas informações para fins epidemiológicos (RODRIGUES et al., 2019).

A Atenção Primária à Saúde (APS) desempenha um papel fundamental na prevenção e diagnóstico precoce do câncer bucal (BRASIL, 2018). Como o primeiro ponto de contato entre os pacientes e o sistema de saúde, a APS tem a oportunidade de identificar fatores de risco, promover a conscientização sobre hábitos saudáveis e realizar triagem para detecção precoce da doença. Mediante estratégias de educação em saúde, os profissionais de APS podem fornecer informações sobre os fatores de risco do câncer bucal, incluindo tabagismo, consumo excessivo de álcool e má higiene da cavidade oral (CADORIN et al., 2022).

Diante desse cenário, surgiu o projeto “Maio Vermelho” que é uma campanha dedicada à conscientização sobre o câncer de boca e à promoção de treinamentos para o diagnóstico de lesões bucais. Realizada anualmente desde 2011, a iniciativa foi criada por meio de uma colaboração entre as Secretarias Estadual e Municipal de Saúde, faculdades de odontologia, entidades profissionais da área odontológica do Rio Grande do Sul e o Projeto Telessaúde/RS-UFRGS. Entre os objetivos do projeto estão o incentivo à realização de exames bucais completos como parte da rotina e o oferecimento de treinamento para aprimorar as habilidades diagnósticas de estudantes e profissionais de saúde em relação a lesões bucais (HERPICH, 2022).

Cabe ressaltar, ainda, que a Lei nº 13.230/2015 instituiu a Semana Nacional de Prevenção do Câncer Bucal, realizada anualmente na primeira semana de novembro, estabelecendo como objetivos: o estímulo a ações preventivas e campanhas educativas relacionadas ao câncer bucal; a promoção de debates e outros eventos sobre as políticas públicas de atenção integral aos portadores de câncer bucal; apoio às atividades organizadas e desenvolvidas pela sociedade civil em prol do controle do

câncer bucal e a difusão dos avanços técnico-científicos relacionados ao câncer bucal, estabelecendo dessa forma um novo marco para o combate ao CB, porém, ainda necessita de uma atenção especial com relação a sua aplicação. Dessa forma, ações de monitoramento devem ser instituídas nas esferas federal, estadual e municipal, possibilitando que os objetivos desta lei sejam alcançados, acompanhados e avaliados de forma contínua e permanente (BRASIL, 2015).

No âmbito normativo, tanto a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) quanto a Política Nacional para Prevenção e Controle do Câncer (PNPCC) estabelecem que os serviços de atenção básica são responsáveis por identificar lesões suspeitas de câncer bucal e encaminhá-las para confirmação diagnóstica. O diagnóstico é prioritariamente realizado em serviços de atenção ambulatorial especializada, como os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO). Esses centros devem realizar todas as atividades necessárias para o diagnóstico bucal, dispondo de estrutura adequada para exames clínicos, biópsias e encaminhamentos para análise em laboratórios de patologia, que funcionam como suporte. Após a confirmação do diagnóstico de câncer bucal, o paciente é direcionado a uma unidade hospitalar especializada para receber o tratamento adequado (LIMA; O'DWYER, 2023).

No entanto, Destaca-se que a assistência odontológica secundária no Brasil ainda enfrenta problemas de cobertura insuficiente ou ineficiência dos serviços onde há CEO, o que compromete o acesso dos usuários ao tratamento. Essa situação é particularmente grave na especialidade de Estomatologia em comparação com outras especialidades obrigatórias, tanto pelas iniquidades mais significativas quanto pela importância crucial da especialidade no diagnóstico do câncer de boca (LEAL; EMMI; ARAÚJO, 2021).

Existe financiamento federal específico para a implantação e custeio dos CEO, variando conforme a modalidade do serviço: CEO Tipo I (3 consultórios), CEO Tipo II (4 a 6 consultórios) e CEO Tipo III (7 ou mais consultórios). Os CEO desempenham um papel estratégico na detecção do câncer bucal no SUS, sendo responsáveis, entre outras funções, pelo diagnóstico e detecção dessa doença. De maneira geral, os CEO são considerados um avanço significativo, pois representam uma ruptura com a histórica limitação na oferta de cuidados especializados em saúde bucal (LIMA; O'DWYER, 2020).

Uma vez identificada qualquer alteração nos tecidos moles que indique a necessidade de biópsia, o paciente é encaminhado para um centro odontológico

especializado, que deve realizar a biópsia. Como já identificado em vários estudos, o sistema de referência e contrarreferência, ao incluir outra etapa no atendimento ao paciente, aumenta a possibilidade de absenteísmo do paciente ao serviço de saúde. Por causa disso, seria essencial que o paciente pudesse, se possível, realizar esse procedimento na Atenção Primária à Saúde, o que provavelmente aumentaria a resolução e a eficácia do SUS (NORO et al., 2017).

O combate ao câncer bucal no Brasil tem sido abordado por meio de ações desde a década de 1930. No entanto, essas iniciativas foram esporádicas e de alcance limitado, o que impediu o controle eficaz da doença conforme os padrões esperados. Entre os fatores historicamente responsáveis por esse cenário estão a subutilização dos serviços de saúde pela população, a formação inadequada dos profissionais para o diagnóstico do câncer bucal e a percepção de que apenas os dentes merecem atenção dentro da cavidade bucal (LIMA; O'DWYER, 2020).

A realização de exames bucais regulares é uma prática essencial na APS para a identificação precoce de lesões suspeitas. O odontólogo na APS pode realizar uma avaliação clínica cuidadosa da cavidade oral, identificando possíveis sinais e sintomas do câncer bucal, como úlceras que não cicatrizam, manchas brancas ou vermelhas e nódulos. O encaminhamento rápido para um especialista é crucial quando lesões suspeitas são encontradas (BASTOS et al., 2018). Além disso, a APS desempenha um papel importante na promoção de hábitos saudáveis e na conscientização sobre a importância da higiene bucal adequada. Orientações sobre escovação regular dos dentes, uso do fio dental, alimentação equilibrada e cessação do tabagismo e consumo de álcool são ações que podem ser realizadas na APS para reduzir os fatores de risco e promover a saúde bucal (MATOS et al., 2020). Na APS, enfatiza-se esta importância da educação em saúde, triagem regular, encaminhamento adequado e integração com outros serviços de saúde para garantir o cuidado abrangente dos pacientes.

Contudo, segundo estudo realizado em um município do Rio de Janeiro, cirurgiões-dentistas demonstraram dificuldades para realização de um diagnóstico precoce no cotidiano da APS (BARROS; CASOTTI; GOUVÊA, 2017). A identificação do câncer de boca não deveria representar dificuldades, considerando a facilidade de acesso à cavidade bucal e a simplicidade do exame oral, entretanto, o fato de o diagnóstico frequentemente ocorrer em estágios mais avançados da doença pode estar relacionado à ausência de sintomas dolorosos nessa fase ou à falta de

realização de um exame clínico detalhado da cavidade bucal durante consultas de rotina por parte dos cirurgiões-dentistas. Santos et al. (2011, p. 208) expressam esse aspecto como fator contribuinte para a demora no diagnóstico da doença:

De uma maneira geral, pressupõe-se que todo cirurgião-dentista, independente de sua inserção na rede pública ou particular odontológica, deva ter conhecimentos sobre os fatores de risco e diagnóstico precoce do câncer bucal e articular esses conhecimentos em sua prática rotineira. Entretanto, vários indícios, como a persistência do câncer de boca como problema relevante de saúde, indicam que tal pressuposto não tem se mantido no cotidiano dos serviços odontológicos de atenção básica nem em consultórios particulares.

De acordo com outro estudo realizado no município de Mossoró, A maioria dos cirurgiões-dentistas possui um conhecimento que varia entre regular (escore C) e bom (escore B) sobre o câncer bucal, e uma parte significativa deles sente-se insegura para realizar o diagnóstico. Portanto, são necessários treinamentos e atualizações sobre o câncer bucal para aumentar a autoconfiança desses profissionais (OLIVEIRA; GONZAGA, 2020).

A atuação dos odontólogos da Atenção Primária à Saúde é de suma importância para o manejo dos casos de câncer de boca. É imprescindível que estejam capacitados e motivados para o desenvolvimento de ações de prevenção e diagnóstico precoce, contribuindo, dessa forma, com o tratamento em tempo adequado (INCA, 2022). A importância desses profissionais é destacada pela sua capacidade de detectar lesões assintomáticas durante exames de rotina, permitindo o diagnóstico precoce da doença antes que ela se desenvolva (SPAULONCI et al., 2018). Portanto, é essencial avaliar o conhecimento desses profissionais a fim de implementar programas de educação continuada direcionados (MAHALE et al., 2016). O profissional de saúde, além de desenvolver atividades inerentes ao seu campo de atuação, pode ser considerado um educador, pois contribui de forma efetiva para a promoção da saúde de indivíduos e populações através de uma abordagem criativa que fortaleça a colaboração entre o serviço de saúde e a comunidade (BIATO; LUZIO, 2021).

Um estudo desenvolvido por Cardoso et al. (2022) com cirurgiões-dentistas através da implantação de um curso à distância demonstrou melhorar o diagnóstico e o manejo de lesões orais pelos participantes. Após o curso, foi observada uma melhora significativa na capacidade dos participantes de detectar corretamente lesões potencialmente malignas e malignas, com a sensibilidade aumentando de 73,3% para 86,7%. Isso demonstra um avanço na habilidade dos participantes em identificar

lesões suspeitas que necessitavam de manejo urgente. Esta iniciativa pode contribuir para melhorar o diagnóstico precoce do câncer bucal, pois os participantes parecem estar mais motivados a enfrentar o desafio de diagnosticar lesões orais em sua prática diária, considerando que a maioria dos dentistas considera insuficiente sua formação em diagnóstico oral durante a graduação.

É importante destacar, também, que a própria população possui falta de conhecimento sobre a doença e tende a demorar a buscar atendimento. Além disso, muitas pessoas não realizam consultas regulares com cirurgiões-dentistas. Portanto, o maior atraso no diagnóstico do câncer bucal está relacionado também ao paciente, assim como aos profissionais de saúde e ao próprio sistema de saúde (LE CAMPLON et al., 2016). A garantia de acesso a serviços de saúde e a um diagnóstico realizado precocemente aumentam a sobrevivência dos pacientes e diminuem o risco de cirurgias mutiladoras. Tudo isso reflete positivamente na qualidade de vida dos usuários e dos seus familiares (BARROS; CASOTTI; GOUVÊA, 2017).

Vários fatores estão ligados ao atraso na chegada de pacientes com câncer bucal a serviços de saúde de maior complexidade. Entre esses fatores estão: a falha na detecção precoce da doença, a falta de abordagem multidisciplinar, a subvalorização pela comunidade da importância de cuidar ativamente da própria saúde e deficiências na rede de atenção, especialmente no que diz respeito à comunicação eficaz entre profissionais de diferentes níveis de atenção (LOMBARDO, et al., 2014).

Entre as ações destinadas à qualificação e ampliação da atenção primária na ESF estão a prevenção e o controle do câncer bucal. Nesse contexto, a Equipe de Saúde Bucal (ESB), composta pelo cirurgião-dentista, auxiliar de saúde bucal e/ou técnico de saúde bucal, deve realizar exames preventivos regularmente para a identificação precoce do câncer bucal, garantindo a continuidade do cuidado em todos os níveis de atenção à saúde. Além disso, a equipe deve criar oportunidades para a identificação de lesões bucais, como durante visitas domiciliares realizadas em conjunto com os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) (OLIVEIRA; VILELA; PRADO, 2021).

Aos cirurgiões-dentistas da atenção básica compete a realização de atividades de atenção à saúde bucal, incluindo a promoção e proteção da saúde, prevenção de doenças, diagnóstico, tratamento, acompanhamento, reabilitação e manutenção da saúde, tanto em nível individual quanto coletivo. No campo da oncologia, a Política

Nacional para Prevenção e Controle do Câncer (PNPCC) define que a atenção básica deve executar ações de promoção da saúde e prevenção de fatores de risco para o câncer. Especificamente para o câncer bucal, é destacada a importância de reduzir a prevalência do uso de tabaco e álcool (LIMA; O'DWYER, 2020).

O Agente Comunitário de Saúde (ACS) desempenha um papel essencial na Estratégia de Saúde da Família (ESF) por meio de suas ações de promoção da saúde, prevenção de doenças e fortalecimento dos laços entre a comunidade e o SUS. Este profissional integra a equipe multiprofissional da atenção básica e mantém uma conexão direta com a comunidade, alertando sobre problemas de saúde. Ao trabalhar em conjunto com a Equipe de Saúde Bucal (ESB) no combate ao câncer de boca, o ACS contribui para um novo modelo de cuidado desenvolvido pela equipe, que, ao expandir sua compreensão da comunidade, estabelecerá vínculos sólidos entre a subjetividade dos indivíduos e o modo terapêutico do cuidado (OLIVEIRA; VILELA; PRADO, 2021).

O atraso no início do tratamento está correlacionado a desfechos adversos, como menor sobrevida e qualidade de vida para os pacientes com câncer. No Brasil, a legislação estabelece um prazo máximo de 60 dias para o início do tratamento oncológico após a confirmação da neoplasia maligna. No entanto, a adesão a esse prazo ainda não é universal no país. Segundo dados do Painel Oncologia, aproximadamente metade dos casos de câncer de boca diagnosticados no Brasil em 2020 não receberam tratamento dentro do período estipulado, variando de 37% na Região Sul a 55% na Região Norte (BRASIL, 2022).

O atraso no diagnóstico é o intervalo entre o surgimento dos sintomas e a confirmação do diagnóstico final. Muitos pacientes recebem o diagnóstico somente quando a doença já está em estágios avançados. Esse atraso pode ser influenciado por fatores tanto dos profissionais de saúde quanto dos próprios pacientes. Na literatura, a duração desse atraso por parte dos pacientes varia amplamente, podendo ser de menos de um mês a mais de sete anos. Poucas pesquisas têm se concentrado nos fatores relacionados aos profissionais de saúde (LOMBARDO, et al., 2014).

A realização inadequada do exame bucal contribui para o atraso na detecção do câncer, impactando diretamente o prognóstico da doença e a taxa de sobrevivência. A taxa de sobrevivência é de 80% para indivíduos com doença localizada, mas cai para menos de 20% em casos de doença avançada. Quando o atraso no diagnóstico supera um mês, o risco de o câncer bucal estar em um estágio

avançado aumenta significativamente, podendo atingir 30%. Apesar disso, a maioria dos cânceres é diagnosticada nos estágios avançados III e IV (FREIRE; ZANIN; FLÓRIO, 2022).

Ademais, o risco de morte por câncer de orofaringe é maior no sistema público de saúde em comparação com o sistema privado devido ao excesso de encaminhamentos para especialistas no sistema público das principais cidades (CARDOSO, et al., 2022).

No entanto, um estudo conduzido por Cunha, Prass e Hugo (2019) demonstrou que houve uma associação estatisticamente significativa entre as taxas de mortalidade por CB e orofaringe com a cobertura da atenção odontológica na APS e o número de centros de especialidades odontológicas entre os homens. Este estudo demonstrou que a expansão da cobertura da atenção odontológica na APS e o aumento dos CEO estão associados à redução das taxas de mortalidade por CB e orofaringe no Brasil.

Vale salientar, ainda, como fator de limitação no diagnóstico precoce do CB, a lei dos cuidados inversos, proposta por Julian Tudor Hart em 1971, que postula que a disponibilidade e a excelência dos serviços de saúde costumam diminuir à medida que as necessidades da população aumentam, especialmente quando influenciadas pelas forças do mercado, com escassa ou nenhuma intervenção do Estado (TONELLI et al., 2022).

Como exemplo, no estado do Rio Grande do Norte, municípios com Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) baixo e médio revelaram um padrão de assistência odontológica insatisfatório ou pouco satisfatório. Por outro lado, os municípios identificados como avançados no modelo de assistência odontológica foram aqueles com IDH alto (SOUZA; RONCALLI, 2007).

Outras teorias da lei dos cuidados inversos têm sido sugeridas, incluindo a “hipótese da equidade inversa”, que sugere que as medidas de saúde pública são muitas vezes apropriadas por grupos privilegiados da sociedade, o que pode resultar em um aumento das disparidades no setor saúde (VICTORIA et al., 2018).

1.4.4 Importância de Materiais Educativos na Promoção da Saúde Bucal à População

A prevenção de doenças, incapacidades e sofrimento deve ser o objetivo principal de qualquer sociedade que deseje proporcionar uma qualidade de vida

decente para seu povo. A prevenção no nível comunitário ou populacional é a abordagem mais econômica e tem o maior impacto em uma comunidade ou população, seja uma escola, bairro ou nação. Um programa ou projeto efetivo de prevenção comunitária é um procedimento planejado que previne o aparecimento de uma doença em um grupo de indivíduos. Existem muitas abordagens diferentes para prevenir doenças bucais e o método mais econômico e eficiente é a educação em saúde (NAKRE; HARIKIRAN, 2013).

A educação em saúde é uma prática social e, por esta razão, precisa ser centrada na problematização com base nas vivências das pessoas e grupos sociais e na leitura das diferentes realidades. A assertiva de que “O Método Paulo Freire não é, na realidade, um método, não há um modelo a seguir” é uma citação do próprio Paulo Freire, presente em seu texto “Pacientes Impacientes” (FREIRE, 2007, p. 36). Nesta afirmação, Freire destaca que sua abordagem pedagógica não é um método prescritivo e fechado, mas sim uma proposta que valoriza a reflexão, a participação ativa e o diálogo entre educador e educando. Ao afirmar que não há um modelo a seguir, Freire reconhece a importância de adaptar a prática educativa à realidade específica de cada contexto, respeitando as particularidades dos sujeitos envolvidos. Sua abordagem é flexível e encoraja o educador a estar aberto a diferentes caminhos e estratégias, levando em consideração as necessidades e experiências dos alunos.

Um dos pilares centrais da educação popular proposta por Paulo Freire reside na crítica à opressão. Segundo o pensamento freiriano, a opressão pode ser entendida como uma manifestação do exercício de poder. Nessa ótica, o indivíduo oprimido - representado por grupos marginalizados como mulheres, trabalhadores, pessoas negras, entre outros - não apenas sofre a opressão decorrente de relações de dominação, mas a própria opressão é vista como uma dinâmica dialética entre opressores e oprimidos. Nesse contexto, os oprimidos podem internalizar a lógica opressora, em um processo de assimilação também observado pelo pensador Frantz Fanon. Assim, a luta do oprimido não se restringe apenas ao combate contra o opressor, mas visa principalmente à superação das relações opressivas. Para Freire, a educação tem como objetivo primordial criar condições para a superação das opressões e injustiças presentes na sociedade (DIAS; AMARANTE, 2022).

Alves e Aerts (2011) contribuem para essa discussão da prática educativa nos serviços básicos de saúde, refletindo sobre o desenvolvimento da educação popular em saúde como proposta metodológica preconizada pelo Ministério da Saúde. Essa

proposta educativa é uma abordagem que se fundamenta no diálogo, buscando uma transformação para trabalhar junto às pessoas, em vez de trabalhar para elas. Esse diálogo parte do pressuposto de que todos têm o potencial de serem protagonistas de suas próprias histórias, demonstram motivação para se organizar e têm expectativas em relação às oportunidades de mudança. Como os referidos autores declaram, “se a cultura é algo que se reproduz, sob determinadas condições, a educação e a saúde também estão relacionadas a essas condições e são determinadas pelo modelo econômico, político, social e cultural de um país” (ALVES; AERTS, 2011, p. 321).

A educação popular se baseia em princípios que valorizam a realidade, a experiência de vida e o conhecimento dos participantes das atividades educacionais. Ela busca conectar essas atividades à organização coletiva dos indivíduos, transformando problemas individuais em desafios compartilhados. (BRUTSCHER; CRUZ, 2020).

Como resultado, ocorrem mudanças significativas na organização e no financiamento dos sistemas e serviços de saúde, bem como nas práticas e na formação dos profissionais (BUSS, 2003). Neste sentido, o Professor Paulo Marchiori Buss, da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) escreve que “a grande valorização do 'conhecimento popular' e da participação social consequente a este conhecimento está na base da formulação conceitual da promoção da saúde” (BUSS, 2003, p. 16). Ainda recorrendo a este último autor, no que concerne à promoção da saúde, definida como o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde:

O conceito é consentâneo à concepção do processo saúde-doença-cuidado que tem os diversos atores políticos e técnicos envolvidos em diferentes conjunturas e formações sociais. Inicialmente restrito ao campo de ação de profissionais da área da educação em saúde, a promoção da saúde passa, com o tempo, a ser de responsabilidade, de um lado, da população organizada com interesses em saúde, e, de outro, de atores de outros setores sociais - inclusive setores governamentais - não diretamente envolvidos com a área da saúde. (BUSS, 2003, p. 36)

Este conceito articula a educação em saúde com movimentos sociais, com ações coletivas de um determinado grupo organizado que visa alcançar mudanças na sociedade. Os movimentos sociais tendem a gerar uma ação - que também é de natureza educacional - sobre a sociedade. Como se menciona na apresentação do Caderno de Educação Popular e Saúde (BRASIL, 2007), “educação em Saúde é inerente a todas as práticas desenvolvidas no âmbito do SUS”.

A educação em saúde é uma abordagem abrangente que promove a integração entre todos os níveis de governança do sistema, atuando como um componente fundamental tanto na formulação conjunta de políticas de saúde quanto nas ações realizadas na interação direta entre os serviços de saúde e os usuários. Portanto, trata-se de uma prática transversal. No texto intitulado “Pacientes Impacientes” (FREIRE, 2007) apresentam-se cinco princípios essenciais para os educadores: ter a capacidade de escutar ativamente, desconstruir a visão idealizada, estar presente e aprender com o outro, reconhecer a inexperiência dos educadores e cultivar uma atitude paciente e, ao mesmo tempo, impaciente.

A educação em saúde é qualquer combinação de experiências de aprendizagem destinadas a facilitar ações voluntárias conducentes à saúde (JUNQUEIRA et al., 2011). Essas ações ou comportamentos podem ser por parte de indivíduos, famílias, instituições ou comunidades. Assim, o escopo da educação em saúde pode incluir intervenções educacionais ou conhecimentos de saúde corretos por si só, mas não levam necessariamente a comportamentos de saúde desejáveis (REIBINITZ JÚNIOR; CAETANO, PRADO, 2009). Estes últimos autores citados alertam que

“[...] a educação dirigida aos indivíduos têm o objetivo de proporcionar o conhecimento, habilidades e convicções necessárias para adoção de estilo de vida mais saudável. No entanto, a educação não deve ter a intenção de persuasão para a mudança em determinada direção, mas proporcionar possibilidades de escolha, tornando as pessoas habilitadas a agir de acordo com o caminho que considerarem mais apropriado. (REIBINITZ JÚNIOR; CAETANO, PRADO, 2009, p. 193)

Em seu livro “Educação como Prática da Liberdade”, Freire (1992) propõe a execução prática da sua proposta educativa em cinco fases, aqui adaptado para a educação em saúde:

1ª Fase: levantamento do universo de informações que possuem os grupos com quem se trabalhará, considerando igualmente importante para o contato mais aproximado com a linguagem e os falares típicos da comunidade em questão;

2ª Fase: escolha das palavras selecionadas do universo vocabular pesquisado. na realidade social, cultural, política da população atendida;

3ª Fase: criação de situações existenciais típicas do grupo com quem se vai trabalhar, que podem ser situações desafiadoras, com elementos que serão decodificados pelos educandos, que abrirão perspectivas para a análise de problemas relacionados à prevenção.

4ª Fase: elaboração de conteúdo; e

5ª Fase: elaboração do *layout* confeccionado na forma ilustrativa e instigante.

A educação em saúde é uma fonte indispensável de conhecimento e desempenha um papel vital na promoção da saúde. Além disso, com base nesse conceito, busca-se aumentar a autonomia no autocuidado e, conseqüentemente, incentivar a gestão social da saúde. Para que se alcance um real fortalecimento nessas questões, é necessário avançar na alfabetização em saúde. Indivíduos com níveis inadequados de alfabetização em saúde, muitas vezes devido à falta de compreensão das informações, não conseguem aplicar na vida cotidiana as práticas e cuidados recomendados. A incompreensão dos dados fornecidos por meio de cartilhas, folders, sites, aplicativos e outros meios, tanto impressos quanto virtuais, pode ocorrer também pela baixa qualidade da informação. Portanto, conteúdos educativos que não seguem critérios confiáveis para uma comunicação e divulgação adequadas precisam ser revisados (COSTA et al., 2023).

Os materiais educativos devem se basear nos seguintes elementos didáticos: uso de linguagem objetiva e clara, inclusão de imagens e esclarecimento das dúvidas mais comuns, que devem ser partes integrantes das estratégias educativas. Além disso, os materiais educativos devem oferecer um atendimento integral, promovendo o autocuidado, a autonomia e a disseminação do conhecimento, características que ficam ausentes quando os recursos são produzidos sem o devido preparo (DUARTE et al., 2024).

As cartilhas educativas foram criadas com o objetivo de promover o acesso à informação para pessoas de diferentes classes sociais e níveis de escolaridade. As cartilhas utilizadas para favorecer a promoção da saúde buscam uma aproximação entre o mundo da ciência e o público em geral, utilizando estratégias como: (1) imagens e recursos gráficos que facilitem a compreensão de todos os públicos, mesmo daqueles com baixa escolaridade ou dificuldades de leitura; (2) didática das informações: frases curtas, vocabulário de senso comum; e (3) a combinação dos dois itens anteriores: uso de imagens e texto com linguagem de fácil compreensão (PEREIRA; GONÇALVES, PINHO 2023).

As universidades brasileiras têm uma tradição de interação dialógica com a sociedade por meio dos programas de extensão, onde os conhecimentos da comunidade são valorizados e integrados aos conhecimentos científicos, com o

objetivo de promover transformações, cumprindo assim a função social da universidade. Essa função se torna ainda mais relevante em tempos de desinformação em saúde, conhecida como "infodemia". Instituições e profissionais precisam não apenas incorporar a melhor evidência científica, mas também garantir que elementos atrativos incentivem a leitura e a ação por parte do público-alvo. (COSTA et al., 2023).

Esses materiais escritos desempenham um papel facilitador no processo educativo, pois possibilitam que o leitor reforce informações e discussões orais provenientes de outras fontes, atuando como um guia de orientação para decisões mais precisas (SILVA; BEZERRA; BRASILEIRO, 2017).

Todos têm direito ao conhecimento, independentemente dos meios utilizados, e essas estratégias de educação em saúde devem ser empregadas em todos os níveis de complexidade, contribuindo para a promoção da saúde, qualidade de vida e busca pelo atendimento mais precoce possível quando necessário (PEREIRA; GONÇALVES; PINHO 2023).

Para a utilização deste recurso educacional impresso é preciso realizar o processo de validação por profissionais com experiência na temática, a fim de verificar o conteúdo apresentado.

1.5 Metodologia

Trata-se de uma pesquisa metodológica, de abordagem quantitativa, na modalidade de produção educacional, para elaboração e validação da tecnologia educativa. Esta foi desenvolvida em três fases: (a) levantamento bibliográfico; (b) construção de uma cartilha educativa sobre prevenção do câncer de boca voltada aos usuários da APS; e (c) validação de conteúdo e de *design* da cartilha.

Os estudos metodológicos empregam métodos para coletar, organizar e analisar dados, visando criar instrumentos que possam ser utilizados por outros profissionais para contribuir significativamente com o serviço. No estudo metodológico, o pesquisador desenvolve um instrumento confiável, preciso e utilizável, que possa ser adotado por outros serviços e profissionais. Em síntese, os estudos metodológicos se concentram no desenvolvimento, validação e avaliação de ferramentas e métodos de pesquisa (POLIT; BECK, 2011).

1.5.1 Elaboração da Cartilha Educativa

As cartilhas educativas são ferramentas pedagógicas que abordam um determinado tema utilizando tanto elementos textuais quanto não textuais, como figuras, imagens, gráficos, entre outros. Além de exercerem um papel de empoderamento para promoção do autocuidado, as cartilhas são recursos instrucionais que funcionam como material de estudo, facilitadores e fixadores da aprendizagem, sendo possível seu uso como meio de promoção à saúde. Além de atuarem como ferramentas de empoderamento para promover o autocuidado, as cartilhas são recursos instrucionais impressos que servem como material de estudo, facilitadores e fixadores da aprendizagem, podendo ser utilizadas como um meio de promoção à saúde (SOUZA JÚNIOR et al., 2023).

A construção e validação inicial de uma cartilha educativa para usuários da Atenção Primária à Saúde (APS) sobre prevenção e diagnóstico precoce do câncer bucal tem como objetivo fornecer informações claras e acessíveis, que estimulem a reflexão dos integrantes da comunidade atendida sobre a importância da atenção e do exame de saúde quando surgem determinadas alterações na mucosa oral. Mais relevante ainda é a constituição de um meio da conscientização para que as pessoas possam tomar decisões informadas e adotarem comportamentos saudáveis em relação ao uso de tabaco e álcool.

Antes da elaboração da cartilha educativa, analisaram-se materiais de educação em saúde sobre câncer bucal de várias instituições, como universidades, o Instituto Nacional do Câncer (INCA), prefeituras e governos estaduais. Identificaram-se algumas deficiências nesses materiais. Algumas cartilhas apresentavam conteúdo que não estava em conformidade com a literatura científica, tinham um conteúdo muito reduzido, poucas imagens e ilustrações, ou um design de baixa qualidade e pouco atrativo, além de erros gramaticais ou linguagem inadequada para o público-alvo. Este projeto visa superar todas essas deficiências.

Este projeto de dissertação, que trata do desenvolvimento de uma tecnologia educacional do tipo cartilha, foi realizado em cinco fases, com base em estudos de Flório et al. (2023) e de Balsells et al. (2023): (a) definição do público-alvo; (b) revisão de literatura; (c) elaboração de um roteiro; (d) elaboração do material (ilustrações, diagramação e design); (e) validação (Instrumento de Validação de Conteúdo Educativo em Saúde, Índice de Validade de Conteúdo e Índice de Legibilidade Flesch).

1.5.2 Pré-Produção

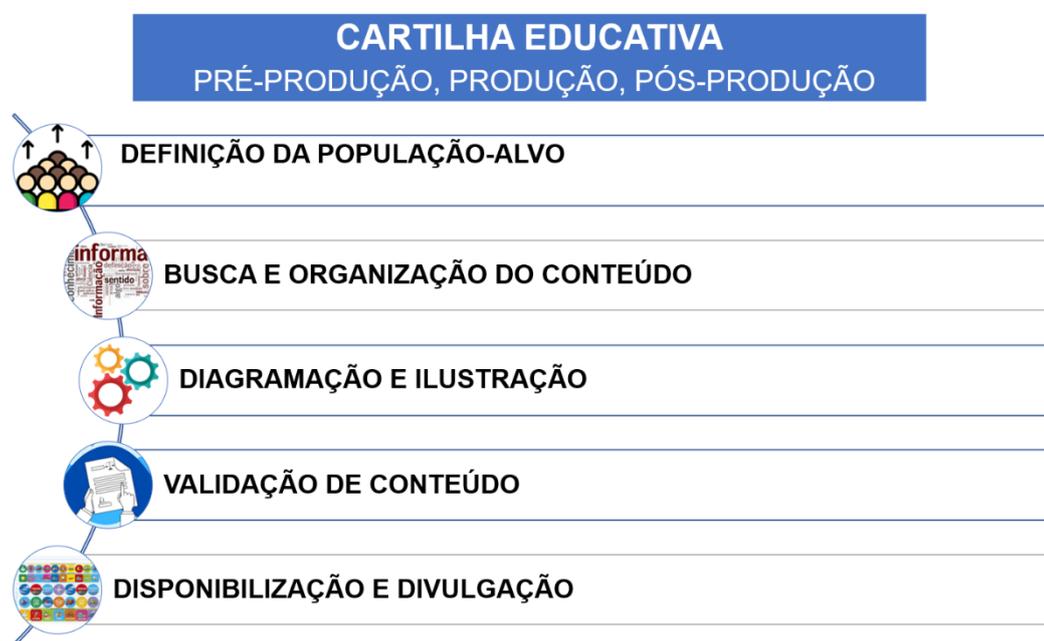
1.5.2.1 Definição do Público-Alvo

O público específico para o qual a cartilha é direcionada na APS é de usuários adultos, de ambos os sexos e de todos os níveis de escolaridade, no território da Unidade de Saúde da Família Cidade Nova, bairro Cidade Nova, em Natal-RN (**Figuras 10 e 11**). Esta unidade se localiza em um território caracterizado por precárias condições socioeconômicas da população local.

Nesta fase de pré-produção, foram estudadas as necessidades e características da população-alvo quanto às condições de vida e educação, assim como de educação em saúde bucal, para complementar o conhecimento do autor com a comunidade da ESF Cidade Nova, onde trabalha como cirurgião-dentista.

A **Figura 9** apresenta esquematicamente o processo de pré-produção, produção e pós-produção da cartilha.

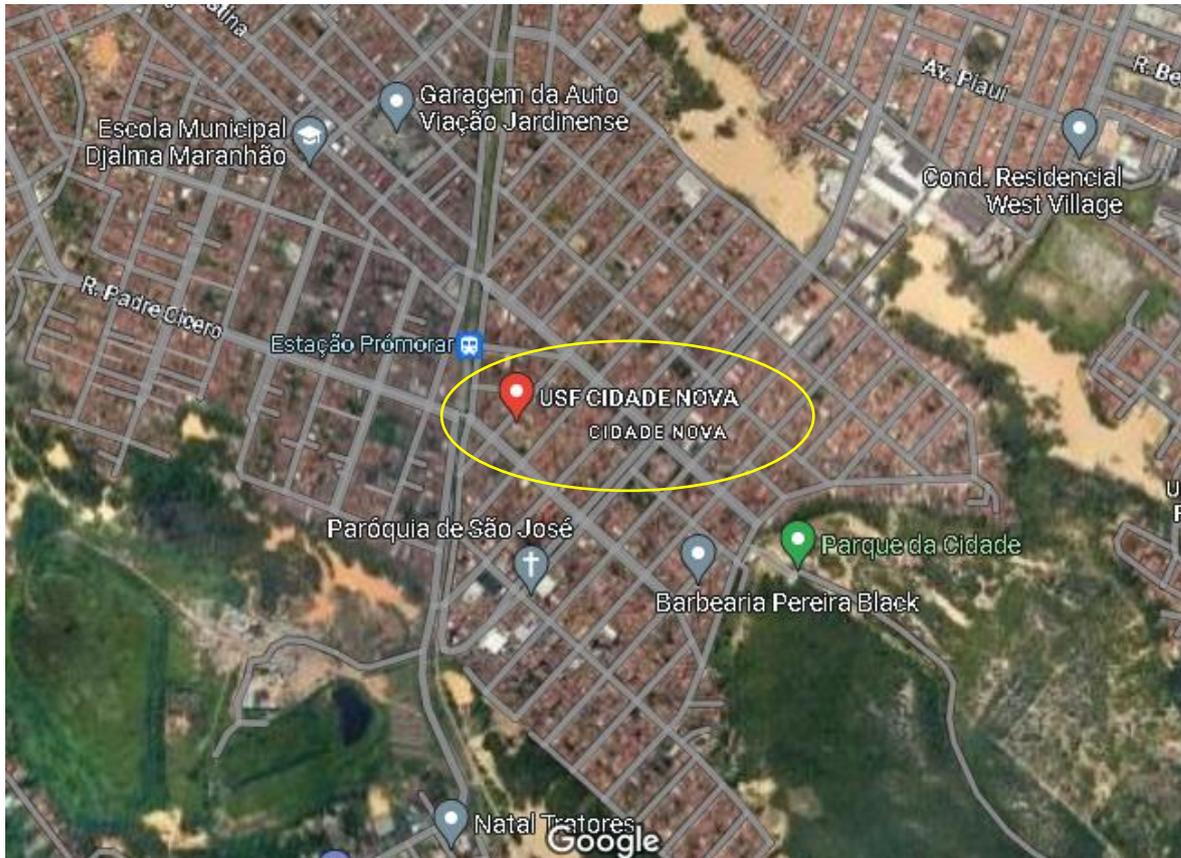
Figura 9 - Ilustração esquemática de processo de pré-produção, produção e pós-produção da cartilha



Fonte: O autor (2023)

A cartilha tem o título de "Câncer de Boca: Prevenção e Cuidados".

Figura 10 - Imagem aérea do Google Earth mostrando a localização da Unidade de Saúde da Família de Cidade Nova, Natal, RN



Fonte: Google Earth, escala aproximada 1:10.000. Acesso: 06 jun. 2023

Figura 11 - Fachada da Unidade Básica de Saúde



Fonte: Google Maps com captura de tela. Acesso: 06 jun. 2023

1.5.3 Produção

1.5.3.1 Busca e Organização do Conteúdo

A elaboração da cartilha educativa com foco na prevenção e diagnóstico precoce do câncer de boca foi desenvolvida baseando-se em revisão de literatura sobre a prevenção de câncer de boca por meio da educação em saúde da população. Os textos foram selecionados no Portal de Periódicos CAPES, acessível em: <http://www.periodicos.capes.gov.br>.

Os Descritores em Ciência da Saúde (DeCS) usados na busca foram (Câncer de Boca OR Neoplasias Bucais) AND (Educação em Saúde OR Educação em Saúde Bucal OR Educação de Pacientes) AND (Materiais de Ensino OR Materiais Didáticos). O levantamento dos materiais ocorreu entre agosto de 2023 e maio de 2024, sem limites temporais.

A pesquisa sobre o câncer bucal resultou na obtenção de conhecimentos sobre suas causas, fatores de risco, sintomas, métodos de prevenção e a importância do diagnóstico precoce.

A organização do conteúdo envolveu a apresentação de forma clara e lógica, dividindo-se os tópicos relevantes em seções, abordando informações sobre prevenção, importância do diagnóstico precoce, autocuidado, sinais de alerta e a importância de buscar assistência profissional.

1.5.3.2 Processo de Diagramação e Ilustração

Após selecionar o conteúdo relevante para a cartilha, foi elaborado um roteiro detalhando as informações, cenários e textos que deveriam compor o material. Em seguida, a linguagem científica foi adaptada para torná-la mais acessível ao público, independentemente do seu nível de conhecimento. Posteriormente, o material foi submetido ao software de Análise de Legibilidade Textual (ALT).

Inicialmente, foram elaborados os textos a serem incluídos na cartilha, com diversas reelaborações para garantir uma linguagem adequada ao público-alvo. Em seguida, realizou-se uma pesquisa e seleção das imagens que seriam utilizadas para ilustrar as diferentes partes da cartilha. Ulteriormente, o material foi entregue a um profissional especialista em design, cuja escolha foi motivada por sua experiência na

criação de materiais educativos, para desenvolver as ilustrações e fazer a diagramação. Todo o processo foi acompanhado pelo autor, que orientou o profissional de design gráfico durante a diagramação do material.

O *designer* realizou a diagramação, elaborou o *layout* e estruturou o texto e as frases no espaço formatado para a cartilha, com o acompanhamento do pesquisador e de acordo com recomendações para textos de tecnologias educativas (OLIVEIRA et al., 2023). As ilustrações coloridas foram produzidas no programa Adobe Illustrator. Esta elaboração foi submetida a reavaliações repetidas para que o produto pudesse ficar adequado ao nível educacional dos usuários.

Tendo em vista a necessidade de ilustrar, atrair a atenção e facilitar o entendimento do público-alvo, imagens e outros recursos visuais foram utilizados para enriquecimento do conteúdo e foram obtidas por meio de busca e captura de imagens sem direitos autorais, além de criação própria de ilustrações. Foram utilizados, também, textos com linguagem simples e de fácil compreensão com finalidade de facilitar a interpretação do conteúdo pelo público-alvo. Perguntas como “Você sabia?” foram elaboradas para captar a atenção dos usuários para as informações mais importantes.

A utilização de recursos visuais consistiu em ilustrações e imagens para auxiliar na compreensão do conteúdo. Foram escolhidos modelos com cores e diagramação adequadas para tornar a cartilha visualmente atraente e facilitar a assimilação das informações.

A cartilha apresenta uma capa, um sumário e o corpo do texto, onde foram abordados, com linguagem textual e não textual, os fatores de risco do câncer de boca, suas características clínicas, prevenção e informações gerais relativas ao diagnóstico e tratamento.

1.5.4 Validação da Cartilha Educativa

Foram realizadas a aplicação do Índice de Legibilidade Flesch, do Instrumento de Validação de Conteúdo Educativo em Saúde (IVCES) e do Índice de Validade de Conteúdo (IVC), este último levando-se em consideração o *feedback* dos especialistas juízes.

1.5.4.1 Índice de Legibilidade de Flesch

O roteiro para a construção da cartilha, resultante da revisão bibliográfica, foi submetido ao software de Análise de Legibilidade Textual (ALT), disponível na internet (on-line: <https://legibilidade.com/>). Este software foi desenvolvido com base em métricas de legibilidade originais adaptadas para a língua portuguesa com o objetivo de reduzir as dificuldades de comunicação.

O Índice de Legibilidade de Flesch foi aplicado para garantir o ajustamento da leitura da cartilha ao público-alvo, com pontuações que variam entre 1 e 100, atribuindo-se pontuações mais altas para textos mais fáceis de ler. Esta classificação foi realizada por meio do revisor gramatical automático do software ALT (SOUZA et al., 2021), que analisou os textos de acordo com os seguintes critérios: 100 a 75 como muito fácil, 74 a 50 como fácil; 49 a 25, difícil e 24 a zero, se muito difícil. Os parágrafos/frases, classificados como “difícil” ou “muito difícil” foram reescritos para a obtenção de uma melhor compreensão pela população a que se destina, aplicando-se novamente a métrica anterior na versão ajustada.

De acordo com os desenvolvedores do software (MORENO et al., 2022), o ALT foi criado para atender a duas necessidades: (1) Permitir a análise de legibilidade de textos em português; e (2) Preencher uma lacuna no meio científico, pois muitos pesquisadores de diversas áreas que estudam a legibilidade de textos em português acabam utilizando softwares internacionais baseados em índices de legibilidade inadequados para essa língua. Embora o software apresente as métricas de seis diferentes índices de legibilidade, optamos por utilizar apenas o índice de Flesch (**Figuras 12 a 23**), adaptado para o português. Empregou-se o critério de Moreno et al. (2022), que avalia o vocabulário com base em um banco de palavras da Linguateca (2022), um centro de recursos para o processamento computacional da língua portuguesa.

Durante o processo de análise de legibilidade, foram necessárias algumas adequações textuais. A parte designada como “O que é câncer de boca?” precisou passar por um processo de reescrita, tendo em vista que, inicialmente, teve uma pontuação de 42,8 no índice, o que a colocava como de média dificuldade de legibilidade (**Figuras 12 e 13**).

Figura 12 - Texto inserido no software de análise de legibilidade para obtenção do escore do Índice de Flesch

✓ Banco de palavras carregado. *Insira seu texto no campo abaixo.*

O câncer de boca é uma condição séria em que células anormais se multiplicam de forma descontrolada nos tecidos da cavidade oral. Esses tecidos incluem os lábios, a língua, as gengivas, o revestimento interno das bochechas, o céu da boca e o assoalho da boca (abaixo da língua). O câncer de boca pode se manifestar como feridas que não cicatrizam, manchas brancas ou vermelhas anormais, caroços, inchações, dormências, sangramentos sem causa aparente e dor constante na garganta. Em estágios avançados, o câncer bucal pode causar sintomas como mau hálito, problemas para falar e engolir, inchaço no pescoço e perda de peso. Além disso, o crescimento descontrolado dessas células pode formar tumores que podem se espalhar para outras partes do corpo, tornando o diagnóstico precoce e o tratamento essenciais para a sua saúde e sobrevivência.

Analisar Limpar Del. queb. de linhas Arquivo (txt) Configurações

Fonte: <https://legibilidade.com/>

Figura 13 - Resultado do índice de legibilidade

Resultado: nível 15. Média legibilidade.

Dificuldade média. Pode ser bem compreendido por universitários.

Métrica	Pontuação
Teste de facilidade de leitura de Flesch	42,8

Fonte: <https://legibilidade.com/>

Após a readequação e simplificação do texto, o score do índice atingiu uma pontuação de 59,9, o que é considerado de fácil legibilidade e, conseqüentemente, mais adequado à leitura e compreensão do público-alvo (**Figuras 14 e 15**).

Figura 14 - Readequação textual submetida ao software

✓ Banco de palavras carregado. *Insira seu texto no campo abaixo.*

O câncer de boca é uma doença em que células anormais se multiplicam descontroladamente na boca. Isso pode incluir os lábios, a língua, as gengivas, céu da boca, parte debaixo da língua e o interior das bochechas. Este tipo de câncer pode se apresentar como feridas que não cicatrizam, manchas incomuns, inchaços, dormência, sangramento inexplicado e dor na garganta. Em estágios avançados, pode causar mau hálito, dificuldade para falar e engolir, inchaço no pescoço e perda de peso. Se não for tratado, pode se espalhar para outras partes do corpo. É fundamental descobrir e tratar essa doença cedo para recuperar sua saúde.



Fonte: <https://legibilidade.com/>

Figura 15 - Resultado do índice de legibilidade

Resultado: nível 10. Alta legibilidade.

Texto simples. Adequado para adolescentes entre 15 e 16 anos.

Métrica	Pontuação
Teste de facilidade de leitura de Flesch	59.1

Fonte: <https://legibilidade.com/>

As outras partes textuais da cartilha obtiveram uma pontuação superior a 50 no índice, indicando que são de fácil leitura para o público-alvo e não precisaram de ajustes. Destaca-se que esse resultado foi alcançado graças ao cuidado em adequar a linguagem antes de submeter o texto ao software. **(Figuras 16 a 23)**

Figura 16 - Texto inserido no software de análise de legibilidade de acordo com o índice de Flesch

✓ Banco de palavras carregado. *Insira seu texto no campo abaixo.*

O que aumenta as chances de aparecer o câncer de boca?
 O câncer de boca afeta principalmente homens acima dos 40 anos, mas qualquer pessoa pode ter esta doença. Existem alguns hábitos e condições que podem aumentar o risco de câncer de boca:
 O hábito de fumar é o maior risco para o câncer de boca, tanto no caso de cigarros comuns quanto cachimbos e charutos.
 O consumo em excesso de bebidas alcoólicas também contribui muito para que o câncer de boca ocorra. Você Sabia? Pessoas que fumam e bebem têm um risco 20 vezes maior de ter câncer de boca.
 Muito tempo de exposição ao sol sem proteção labial adequada aumenta o risco de câncer nos lábios.
 A infecção pelo vírus HPV (papilomavírus humano) também pode aumentar o risco de câncer de boca e garganta.

Analisar

Limpar

Del. queb. de linhas

Arquivo (txt)

Configurações

Fonte: <https://legibilidade.com/>

Figura 17 - Resultado do índice de legibilidade

Resultado: nível 8. Alta legibilidade.

Texto simples. Adequado para adolescentes entre 13 e 14 anos.

Métrica

Pontuação

Teste de facilidade de leitura de Flesch

68.9

Fonte: <https://legibilidade.com/>

Figura 18 - Texto inserido no software de análise de legibilidade de acordo com o índice de Flesch

✓ Banco de palavras carregado. *Insira seu texto no campo abaixo.*

Como posso me proteger?
 É importante estar ciente desses riscos e, sempre que possível, evitar ou diminuir seu efeito, tomando as seguintes medidas:

- Parar de fumar;
- Reduzir ou acabar o consumo de bebidas alcoólicas;
- Usar protetor labial com filtro de proteção solar adequado e chapéu de aba larga quando estiver ao sol;
- Praticar sexo seguro (com o uso de preservativo), inclusive no sexo oral, para reduzir o risco de infecção pelo HPV;
- Vacinar-se contra o HPV;
- Visitar o dentista regularmente. Ele é o profissional com mais conhecimento para examinar sua boca;
- Alimentar-se de forma saudável, ao consumir mais frutas, vegetais e legumes;
- Manter uma boa higiene da boca com escovação diária e uso de fio dental após as refeições.

***Se desejar parar de fumar converse com o médico ou o dentista de uma unidade básica de saúde ou ainda

📄 Analisar
🧼 Limpar
☰ Del. queb. de linhas
📁 Arquivo (.txt)
⚙️ Configurações

Fonte: <https://legibilidade.com/>

Figura 19 - Resultado do índice de legibilidade

Resultado: nível 9. Alta legibilidade.

Texto simples. Adequado para adolescentes entre 14 e 15 anos.

Métrica	Pontuação
Teste de facilidade de leitura de Flesch	58.2

Fonte: <https://legibilidade.com/>

Figura 20 - Texto inserido no software de análise de legibilidade de acordo com o índice de Flesch

✓ Banco de palavras carregado. *Insira seu texto no campo abaixo.*

Como o câncer de boca se parece e quais os sinais de alerta?
 O câncer de boca pode aparecer, entre outras formas, como: Mancha Branca, mancha vermelha, ferida e caroço.
 É importante prestar atenção aos seguintes sinais:

- Feridas nos lábios e na boca que não cicatrizam em até 15 dias;
- Manchas ou placas vermelhas ou brancas na boca;
- Nódulos (caroços) na boca ou pescoço;
- Áreas dormentes na boca;
- Dentes amolecidos;
- Rouquidão persistente;
- Dificuldade de mastigação e de engolir;
- Dificuldade na fala;
- Áreas escuras (marrons ou pretas) de aparecimento recente;

Analisar
Limpar
Del. queb. de linhas
Arquivo (txt)
Configurações

Fonte: <https://legibilidade.com>

Figura 21 - Resultado do índice de legibilidade

Resultado: nível 9. Alta legibilidade.

Texto simples. Adequado para adolescentes entre 14 e 15 anos.

Métrica	Pontuação
Teste de facilidade de leitura de Flesch	54.4

Fonte: <https://legibilidade.com/>

1.5.4.2 Validação de Conteúdo

A cartilha foi submetida à análise de Cirurgiões-dentistas, juízes especialistas em Patologia Oral ou Estomatologia. Estes atuaram como juízes do conteúdo da cartilha proposta e emitiram sugestões de possíveis adequações.

Foram escolhidos, para a referida validação, 13 profissionais validadores. Alguns juízes foram eleitos a partir de buscas de currículos na Plataforma Lattes, usando a ferramenta “busca por assunto”, com as palavras-chave, “câncer de boca”, “tecnologia educacional” e “educação em saúde” (BALSELLS et al., 2023). Utilizou-se, também, uma técnica de acessibilidade e amostragem por bola de neve, em que profissionais já envolvidos no estudo indicavam novos participantes.

Foram realizados contatos diretos por e-mail e/ou ferramentas de comunicação instantânea com profissionais especialistas com o perfil apropriado. Inicialmente, o convite para participação foi encaminhado por e-mail/ferramentas de comunicação instantânea, de forma individualizada, contendo informações sobre o tipo de pesquisa, seus objetivos e os instrumentos de coleta de dados.

Os dados foram coletados através do envio de um questionário estruturado e padronizado, disponibilizado aos participantes por meio de um link do Google Forms. O formulário iniciava-se com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), cuja concordância era indispensável para a participação na pesquisa. Em seguida, o questionário continha uma seção para caracterização do profissional participante e o IVCES. Os participantes foram instruídos a analisar a cartilha educativa antes de preencher o formulário disponibilizado através Google Forms.

É importante destacar que o participante foi informado que tinha o direito de não responder a qualquer pergunta nos materiais enviados e também de poder desistir da pesquisa a qualquer momento, sem qualquer custo ou consequência. No caso de desistência, um e-mail ou uma mensagem de texto poderia ser enviada para informar sobre essa decisão, garantindo que os dados do participante não fossem utilizados nos resultados da pesquisa e fossem excluídos.

As respostas dos participantes foram armazenadas em meio físico, em um disco rígido de memória, com acesso protegido por senha. Os arquivos foram nomeados com codinomes específicos para cada participante, de forma a evitar qualquer identificação pessoal.

Após a anuência dos participantes, foram encaminhados aos juízes que aceitaram participar do estudo, a cartilha e o link do Google Forms contendo o TCLE,

o material para caracterização profissional dos cirurgiões-dentistas e o IVCES com a finalidade de realizar o processo de validação.

Como critérios de exclusão, foram estabelecidos os seguintes: juízes que solicitassem ajuda de custo; que permanecessem por mais de 30 dias sem responder o formulário ou sem comunicação com o pesquisador, após tentativas de contato.

A avaliação da cartilha pelos especialistas foi realizada através do Instrumento de Validação de Conteúdo Educativo em Saúde. Esta é uma metodologia com validação prévia destinada a ser empregada por pesquisadores e profissionais para a elaboração de materiais educacionais na área da saúde. O IVCES é composto por 18 elementos distribuídos em três categorias: objetivos, estrutura/apresentação e relevância (Anexo A). O IVCES permite avaliar item por item. O escore total do instrumento é obtido pela combinação somatória de todos os domínios (LEITE et al., 2018).

Os juízes especialistas julgaram a cartilha quanto ao conteúdo, por meio dos seguintes indicadores: objetivos-propósitos, metas ou fins, (que se deseja atingir com a utilização da cartilha); estrutura e apresentação das orientações; estilo da escrita; relevância (características do grau de significação do material apresentado). Foi disponibilizado um espaço para sugestões ao final do instrumento. Os participantes responderam considerando as pontuações adotadas para julgamento.

Uma adequação do IVCES foi necessária para cálculo do Índice de Validade de Conteúdo (IVC). Originalmente o IVCES possui três valorações dos itens (0 discordo; 1 concordo parcialmente; 2 concordo totalmente), contudo para fins de cálculo do IVC o ideal é que, para avaliar a relevância/representatividade, as respostas incluam: 1 = não relevante ou não representativo, 2 = item necessita de grande revisão para ser representativo, 3 = item necessita de pequena revisão para ser representativo, 4 = item relevante ou representativo.

O cálculo do escore do índice foi realizado somando-se as respostas dos especialistas que marcaram os itens como "3" ou "4". Os itens que receberam pontuações "1" ou "2" foram revisados ou removidos. Assim, o IVC também é definido como a proporção de itens que recebem uma pontuação de 3 ou 4 pelos juízes (ALEXANDRE; COLUCI, 2011).

Figura 22 - Fórmula para avaliar cada item individualmente

$$\text{IVC} = \frac{\text{número de respostas "3" ou "4"}}{\text{número total de respostas}}$$

Fonte: Alexandre; Coluci (2011)

Durante a avaliação individual dos itens, é importante levar em conta o número de juízes envolvidos. No caso de seis ou mais juízes, recomenda-se uma taxa mínima de concordância de 0,78. Já para a avaliação geral do instrumento, somam-se todos os IVC calculados separadamente e divide-os pelo número de itens considerados na avaliação (ALEXANDRE; COLUCI, 2011).

Caso a taxa mínima de concordância não fosse alcançada na avaliação individual dos itens ou na avaliação geral, seria necessário efetuar alterações na cartilha educativa. Apesar disso, mesmo com um IVC superior a 0,78 em cada item, algumas alterações foram realizadas de acordo com o feedback dos especialistas realizado ao final do instrumento, no campo “opiniões, observações ou sugestões”.

Todo o processo anteriormente mencionado teve início após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro de Ciências Médicas da UFPB. O estudo foi submetido a este CEP em agosto de 2023.

1.5.5 Disponibilização e Divulgação

Após a validação final, a cartilha foi disponibilizada para os usuários da APS, distribuindo-a primeiramente na USF Cidade Nova, nas salas de espera, mas também por meio de campanhas de conscientização e parcerias com instituições de saúde e organizações comunitárias.

Também foi abordado o conteúdo da cartilha educativa pelo cirurgião-dentista nos grupos de idosos, hipertensos e diabéticos da ESF, além de outros espaços sociais da comunidade, de forma oralizada e utilizando metodologias ativas, aumentando o escopo de utilidade do material, inclusive para os usuários não alfabetizados.

Ao seguir essas etapas e utilizar técnicas adequadas, a cartilha educativa pôde se tornar uma ferramenta eficaz na disseminação de informações sobre a prevenção e o diagnóstico precoce do câncer bucal, contribuindo para a promoção da saúde bucal na APS.

Diante dos avanços nas tecnologias de comunicação interpessoal, uma versão digitalizada da cartilha foi disponibilizada para envios por meio de aplicativos de mensagens, tais como Whatsapp^R e Telegram^R. A cartilha nesse formato pôde ser adaptada para ser disponibilizada em redes sociais digitais, como Instagram^R, Facebook^R e X^R (ex-Twitter^R). Estas plataformas proporcionam disseminação de informações a um grande número de pessoas, fato que aumenta seu efeito e impacto.

A disseminação da versão digitalizada também foi realizada em grupos de aplicativos de comunicação de Cirurgiões-dentistas da APS do município de Natal, além da publicação nas mídias sociais ligadas a ações de saúde da Prefeitura Municipal do Natal-RN.

A versão impressa teve uma tiragem de 200 cópias para distribuição pelos Agentes Comunitários de Saúde aos grupos de risco e parte foi exposta na sala de recepção da UBS Cidade Nova, em Natal, para consulta pelos usuários.

Todos os arquivos correspondentes à versão impressa e digital foram disponibilizados para qualquer cidadão ou profissional mediante solicitação pelo e-mail pedropauloalcino@gmail.com. O endereço eletrônico consta na parte final da cartilha.

Essas medidas visam a uma maior divulgação do conteúdo produzido. Espera-se contribuir com outros profissionais em ações de educação em saúde no combate ao câncer de boca em diversos espaços da Atenção Primária do SUS. Entretanto, não foi realizado um pré-teste da cartilha recém-produzida com os usuários.

1.5.6 Considerações Éticas

Foram seguidos os preceitos éticos em pesquisa no Brasil, referentes à Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012), que traça as diretrizes para a pesquisa envolvendo seres humanos, como também o ofício circular nº 2/2021/CONEP/SECNS/MS, que orienta para procedimentos em pesquisas com qualquer etapa em ambiente virtual.

A coleta de dados dos participantes (juízes) para validação de conteúdo teve início após aprovação deste projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências Médicas (CCM)/UFPB).

A participação no estudo foi voluntária e documentada em Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, no qual constaram as informações detalhadas sobre o trabalho, a liberdade de desistir a qualquer momento da execução do estudo, a garantia do anonimato e, ainda, que a pesquisa traria riscos mínimos para os participantes.

CAPÍTULO 2

Artigo Original

Um dos dois produtos desenvolvidos e finalizados durante a execução desta dissertação de mestrado é o tema deste capítulo, apresentado como um artigo submetido para publicação.

O artigo original, resultado do processo de validação da cartilha educativa, com o título “Validação de cartilha educativa sobre prevenção e diagnóstico precoce do câncer bucal” foi submetido à Revista Brasileira em Promoção da Saúde no dia 14/06/2024 (Anexo D).

Produto 1: Artigo original

Validação de cartilha educativa sobre prevenção e diagnóstico precoce do câncer bucal

Validation of an educational booklet on prevention and early diagnosis of oral cancer

Validação de cartilha sobre câncer bucal
Artigo original

Pedro Paulo Alcino da Silva
ORCID iD: 0009-0003-6729-9318
UFPB

Centro de Ciências Médicas - UFPB. Endereço: Centro de Ciências Médicas, 3º andar, Sala 14, Campus I – Cidade Universitária – Bairro Castelo Branco, João Pessoa, Paraíba, Brasil. CEP: 58059-900. Telefone: (81) 99846-5342. E-mail: pedropauloalcino@gmail.com.

Rilva Lopes de Sousa Muñoz
ORCID iD: 0000-0001-6949-5775
UFPB

Eduardo Sérgio Soares Sousa
ORCID iD: 0000-0003-0893-5305
UFPB

Construção e validação inicial de tecnologia educativa para usuários da atenção básica à saúde sobre prevenção e diagnóstico precoce do câncer bucal. Dissertação, UFPB, 2024, 152 páginas.

RESUMO

Objetivos: Descrever o processo de validação de conteúdo de uma cartilha educativa intitulada “Câncer de Boca: Prevenção e Cuidados” voltada para usuários da Atenção Primária à Saúde. **Métodos:** A cartilha educativa foi analisada por 13 cirurgiões-dentistas especialistas em Patologia Oral e/ou Estomatologia. Contatos foram feitos por e-mail e ferramentas de comunicação instantânea, convidando os especialistas a participar da pesquisa. A coleta de dados foi realizada por meio de um questionário estruturado no Google Forms que incluía o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, um material para caracterização do Cirurgião-Dentista e o Instrumento de Validação de Conteúdo Educativo em Saúde. **Resultados:** Todos os itens do Instrumento de Validação de Conteúdo Educativo em Saúde foram considerados adequados, com um Índice de Validade de Conteúdo superior ao mínimo estabelecido. A cartilha foi bem avaliada pelos especialistas, que propuseram alguns ajustes, como o tamanho do texto e adequações na linguagem. Essas sugestões foram integradas para aprimorar a eficácia e a precisão do material educativo, fortalecendo sua relevância e seu papel na promoção da saúde bucal. **Conclusão:** A validação da cartilha educativa demonstra sua eficácia como ferramenta de promoção de saúde, evidenciando seu potencial para melhorar o conhecimento e o autocuidado da população. A utilização deste material pode contribuir significativamente para aumentar a conscientização e o autocuidado entre a população atendida pela Atenção Primária à Saúde, promovendo a detecção precoce e a prevenção do câncer bucal.

Palavras-chave: Câncer de Boca, Atenção Primária à Saúde, Educação em Saúde.

ABSTRACT

Objectives: To describe the content validation process of an educational booklet titled “Oral Cancer: Prevention and Care” aimed at users of Primary Health Care. **Methods:** The educational booklet was analyzed by 13 dental surgeons specialized in Oral Pathology and/or Stomatology. Contacts were made via email and instant communication tools, inviting the specialists to participate in the study. Data collection was conducted through a structured questionnaire on Google Forms, which included the Informed Consent Form, a material for characterizing the dental surgeon, and the Health Educational Content Validation Instrument. **Results:** All items in the Health Education Content Validation Instrument were considered adequate, with a Content Validity Index above the established minimum. The booklet was well evaluated by the experts, who proposed some adjustments, such as text size and language adaptations. These suggestions were integrated to enhance the effectiveness and accuracy of the educational material, strengthening its relevance and its role in promoting oral health. **Conclusion:** The validation of the educational booklet demonstrates its effectiveness as a health promotion tool, highlighting its potential to improve knowledge and self-care among the population. The use of this material can significantly contribute to increasing awareness and self-care among the population served by Primary Health Care, promoting early detection and prevention of oral cancer, especially after the implementation of the proposed changes by the specialists.

Keywords: Oral Cancer, Primary Health Care, Health Education.

Introdução

O câncer bucal é uma neoplasia maligna que envolve os lábios (incluindo o revestimento interno e as estruturas adjacentes), a mucosa bucal, o palato, a gengiva, a orofaringe e a língua (especialmente as bordas). Esta condição representa cerca de 3% de todos os casos de câncer no mundo. Aproximadamente 300.000 novos casos de câncer bucal são registrados globalmente a cada ano, com cerca de 177.000 mortes associadas anualmente⁽¹⁾. Além disso, a taxa de mortalidade global por câncer bucal é elevada, estimada em 45%⁽²⁾.

Estima-se que mais de 11 mil novos casos tenham ocorrido no Brasil durante o triênio 2020-2022, com a maioria dos diagnósticos realizados em estágios avançados da doença ⁽³⁾. Esta neoplasia é mais prevalente em homens com mais de 40 anos e sua etiologia é multifatorial, resultando da interação de vários fatores de risco⁽⁴⁾.

O Carcinoma de Células Escamosas (CCE) representa mais de 90% dos casos de neoplasias malignas diagnosticadas na região da boca. O CCE pode se manifestar em várias regiões da boca, sendo mais frequentemente encontrado na língua, assoalho bucal e lábios, o que representa aproximadamente metade dos casos. Por outro lado, áreas menos comuns afetadas incluem a mucosa jugal, a região retromolar, as gengivas, o palato mole e o palato duro. Devido à sua menor incidência, o diagnóstico nessas áreas pode ocorrer em estágios mais avançados⁽⁵⁾.

A elevada incidência do câncer bucal está vinculada a diversos fatores de risco bem conhecidos, como tabagismo, consumo excessivo de álcool, exposição ao papiloma vírus (HPV), má higiene bucal e dieta desequilibrada. A conexão entre esses fatores de risco e o desenvolvimento do câncer bucal é amplamente reconhecida^(6,7,8).

Desde 2005, a Organização Mundial da Saúde (OMS) passou a recomendar o uso do termo "lesões potencialmente cancerizáveis" (LPC) para descrever condições ou lesões que têm uma maior probabilidade de se tornarem malignas. As LPC são aquelas lesões cujo tecido tem uma maior predisposição para a transformação em um tumor maligno do que o tecido normal. É importante ressaltar que essas lesões podem permanecer em um estado não maligno por um período indefinido e, em alguns casos, podem não se tornar malignas, especialmente se forem evitados estímulos prejudiciais⁽⁹⁾. Portanto, a identificação, o diagnóstico e o acompanhamento clínico das LPC são fundamentais para a prevenção do câncer bucal.

As LPC incluem leucoplasias, eritroplasias, líquen plano e queilite actínica, sendo consideradas de grande relevância clínica devido ao risco aumentado de desenvolvimento de câncer. O uso desse termo auxilia na detecção precoce e na implementação de medidas preventivas e de acompanhamento adequado⁽⁵⁾.

O câncer bucal é uma questão de saúde pública de grande importância devido à sua alta prevalência, taxa de mortalidade e impacto significativo na qualidade de vida dos indivíduos afetados^(2,10,11).

O diagnóstico tardio do câncer bucal é, em parte, resultado de ser uma neoplasia pouco conhecida e frequentemente subdiagnosticada. As causas do atraso no diagnóstico podem estar associadas tanto aos pacientes quanto aos profissionais de saúde. Entre os fatores relacionados aos pacientes, destacam-se a falta de conhecimento geral sobre o câncer bucal, seus fatores de risco, e os sinais e sintomas da doença⁽¹²⁾.

A educação em saúde é uma fonte essencial de conhecimento e desempenha um papel crucial na promoção da saúde. Através desse conceito, busca-se aumentar a autonomia no autocuidado e, conseqüentemente, estimular a gestão social da saúde. Para efetivamente fortalecer essas questões, é imperativo avançar na alfabetização em saúde. Indivíduos com níveis insuficientes de alfabetização em saúde muitas vezes enfrentam dificuldades devido à falta de compreensão das informações, o que os impede de aplicar práticas e cuidados recomendados em sua vida diária. A incompreensão das informações fornecidas por meio de materiais educativos, como cartilhas, panfletos, websites, aplicativos e outros meios, tanto impressos quanto digitais, pode também ser atribuída à baixa qualidade das informações apresentadas. Portanto, é essencial revisar conteúdos educativos que não atendam aos critérios confiáveis para uma comunicação e divulgação adequadas⁽¹³⁾.

Uma abordagem que os profissionais da Atenção Primária à Saúde podem adotar é a promoção da saúde através da criação de cartilhas educativas que tratem do tema de maneira compreensível para a população em geral. Tais cartilhas podem ser uma ferramenta eficaz para educação em saúde, transmitindo informações sobre prevenção e diagnóstico precoce da doença de forma acessível e clara para pessoas leigas⁽¹⁴⁾.

As cartilhas educativas devem tornar a informação acessível a pessoas de diferentes origens sociais e níveis de educação. Elas são projetadas para facilitar a

comunicação entre o mundo científico e o público em geral, empregando diversas estratégias, tais como: (1) o uso de imagens e recursos visuais que facilitam a compreensão, mesmo para aqueles com baixa escolaridade ou dificuldades de leitura; (2) apresentação das informações de forma didática, com frases curtas e linguagem comum; e (3) a combinação das duas abordagens anteriores, utilizando tanto imagens quanto texto com linguagem acessível⁽¹⁵⁾.

Diante do exposto, o objetivo deste estudo foi descrever o processo de validação de conteúdo de uma cartilha educativa intitulada “Câncer de Boca: Prevenção e Cuidados” voltada para usuários da APS.

Metodologia

A pesquisa seguiu uma abordagem estruturada em cinco fases distintas. A primeira fase foi a definição do público-alvo, na qual se identificou o grupo específico de indivíduos para o qual a cartilha seria destinada, levando em consideração suas características culturais e educacionais. Em seguida, foi realizada uma revisão abrangente da literatura existente para reunir informações e insights sobre o tema abordado, garantindo que o conteúdo da cartilha estivesse fundamentado nas melhores práticas e evidências científicas^(16,17).

A terceira fase envolveu a elaboração de um roteiro, baseado na revisão de literatura e nas necessidades do público-alvo, estruturando o conteúdo da cartilha de forma lógica e sequencial. Posteriormente, passou-se à elaboração do material, que incluiu a criação de ilustrações, diagramação e design gráfico, com o objetivo de tornar o material visualmente atraente e de fácil compreensão. Por fim, na fase de validação, foram utilizados o Instrumento de Validação de Conteúdo Educativo em Saúde (IVCES), o Índice de Validade de Conteúdo (IVC) e o Índice de Legibilidade Flesch para avaliar a qualidade, precisão e clareza do conteúdo, assegurando que a cartilha atendesse aos padrões necessários para ser eficaz como ferramenta educacional.

O roteiro da cartilha, criado a partir da revisão bibliográfica, foi submetido ao software de Análise de Legibilidade Textual (ALT), acessível online em <https://legibilidade.com/>. Este software utiliza métricas de legibilidade adaptadas para o português, visando facilitar a comunicação. Para assegurar que a leitura da cartilha fosse adequada ao público-alvo, foi utilizado o Índice de Legibilidade de Flesch, que

atribui pontuações de 1 a 100, sendo as pontuações mais altas indicativas de textos mais fáceis de ler.

A classificação de legibilidade foi realizada pelo revisor gramatical automático do software ALT, que avaliou os textos com base nos seguintes critérios: 100 a 75 (muito fácil), 74 a 50 (fácil), 49 a 25 (difícil) e 24 a 0 (muito difícil) ⁽¹⁸⁾. Os parágrafos e frases classificados como "difícil" ou "muito difícil" foram revisados e reescritos para melhorar a compreensão, e a métrica de legibilidade foi reaplicada na versão ajustada.

Segundo os desenvolvedores do software, o ALT foi criado para atender a duas necessidades principais: (1) possibilitar a análise de legibilidade de textos em português e (2) suprir uma carência na pesquisa científica, já que muitos estudiosos da legibilidade de textos em português acabam utilizando softwares internacionais que aplicam índices inadequados para essa língua. Embora o ALT apresente métricas de seis diferentes índices de legibilidade, optamos por usar apenas o índice de Flesch, adaptado para o português. Adotou-se o critério que avalia o vocabulário com base no banco de palavras da Linguatca (2022), um centro de recursos dedicado ao processamento computacional da língua portuguesa⁽¹⁹⁾.

A cartilha foi submetida à análise de cirurgiões-dentistas especialistas em Patologia Oral e/ou Estomatologia, que atuaram como avaliadores do conteúdo e forneceram sugestões de melhorias. Para a validação, foram selecionados 13 profissionais. Alguns desses avaliadores foram escolhidos por meio de buscas de currículos na Plataforma Lattes, utilizando a ferramenta "busca por assunto" com as palavras-chave "câncer de boca", "tecnologia educacional" e "educação em saúde". Além disso, utilizou-se a técnica da acessibilidade e da amostragem por bola de neve, na qual os profissionais envolvidos no estudo indicavam novos participantes.

Foram feitos contatos diretos por e-mail e/ou ferramentas de comunicação instantânea com especialistas que possuíam o perfil adequado. Inicialmente, um convite individualizado foi enviado por e-mail ou ferramentas de comunicação instantânea, contendo informações sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos e os instrumentos de coleta de dados. Os dados foram coletados por meio de um questionário estruturado e padronizado, disponibilizado aos participantes através de um link do Google Forms. O formulário iniciava-se com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), cuja aceitação era obrigatória para a participação na pesquisa. Após o TCLE, o questionário incluía uma seção para caracterização do

profissional e o IVCES. Os participantes foram orientados a analisar a cartilha educativa antes de preencher o formulário no Google Forms.

A avaliação da cartilha pelos especialistas foi realizada utilizando o IVCES. Esta metodologia, previamente validada, é destinada a pesquisadores e profissionais na criação de materiais educacionais na área da saúde. O IVCES consiste em 18 elementos organizados em três categorias: objetivos, estrutura/apresentação e relevância. Ele permite uma avaliação detalhada de cada item, e o escore total é obtido pela soma dos pontos de todos os domínios⁽²⁰⁾.

Foi necessário adaptar o IVCES para calcular o Índice de Validade de Conteúdo (IVC). Originalmente, o IVCES utiliza três níveis de valoração para os itens (0 discordo; 1 concordo parcialmente; 2 concordo totalmente). No entanto, para calcular o IVC, é mais adequado usar uma escala que avalie a relevância e representatividade, onde as respostas são: 1 = não relevante ou não representativo, 2 = item necessita de grande revisão para ser representativo, 3 = item necessita de pequena revisão para ser representativo, 4 = item relevante ou representativo.

Para calcular o IVC, somam-se as respostas dos especialistas que marcaram os itens como "3" ou "4". Os itens que recebem pontuações "1" ou "2" devem ser revisados ou removidos. Dessa forma, o IVC é definido como a proporção de itens que recebem uma pontuação de 3 ou 4 pelos avaliadores⁽²¹⁾. **(Figura 1)**

Figura 1 – Fórmula para cálculo individual dos itens

$$IVC = \frac{\text{número de respostas "3" ou "4"}}{\text{número total de respostas}}$$

Durante a avaliação individual dos itens, deve-se considerar o número de juízes participantes. Para seis ou mais juízes, é recomendada uma taxa mínima de concordância de 0,78. Para a avaliação geral do instrumento, a soma de todos os IVC calculados individualmente deve ser dividida pelo número total de itens avaliados⁽²¹⁾. Se a taxa mínima de concordância não for atingida na avaliação individual dos itens ou na avaliação geral, são necessárias modificações na cartilha educativa.

Foram observados os princípios éticos em pesquisa no Brasil, conforme estabelecido na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que delinea as diretrizes para estudos envolvendo seres humanos, assim como o ofício circular nº 2/2021/CONEP/SECNS/MS, que oferece orientações sobre procedimentos em pesquisas realizadas em ambiente virtual.

A coleta de dados dos participantes para a validação de conteúdo teve início após a aprovação deste projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências Médicas (CCM)/UFPB sob o parecer de número 6.484.221.

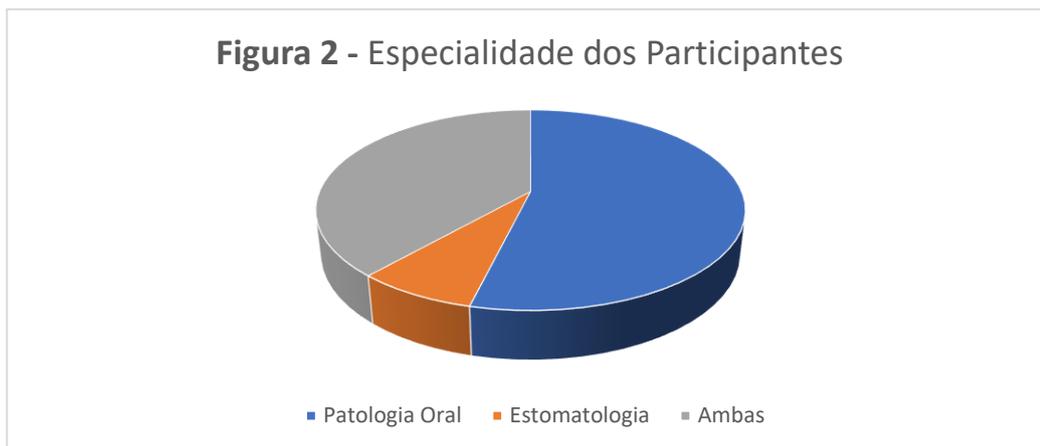
Resultados

Durante o processo de análise de legibilidade, foram necessárias algumas adaptações textuais. A seção intitulada "O que é câncer de boca?" precisou ser reescrita, pois inicialmente recebeu uma pontuação de 42,8 no índice de Flesch, classificando-a como de média dificuldade de legibilidade.

Após a readequação e simplificação do texto, o score do índice atingiu uma pontuação de 59,9, o que é considerado de fácil legibilidade e, conseqüentemente, mais adequado à leitura e compreensão do público-alvo.

As demais partes textuais da cartilha alcançaram uma pontuação superior a 50 no índice de legibilidade, indicando que são de fácil leitura para o público-alvo e não necessitaram de ajustes. Esse resultado foi obtido devido ao cuidado prévio em adequar a linguagem antes de submeter o texto ao software.

A validação da cartilha educativa sobre a prevenção do câncer de boca contou com a participação de um grupo composto por 13 especialistas em estomatologia e/ou patologia oral. A amostra foi predominantemente feminina, representando 76,9% (10 participantes). Do total de especialistas, 53,8% eram patologistas, 38,5% possuíam dupla especialização em estomatologia e patologia, enquanto 7,7% eram exclusivamente estomatologistas (**Figura 2**).



Os especialistas apresentaram uma ampla variação no tempo de atuação na especialidade, com uma média de aproximadamente 13,25 anos. O tempo específico de atuação foi distribuído da seguinte forma: 12 anos, 29 anos, 10 anos, 2 anos, 4 anos, 8 anos, 3 anos, 11 anos, 13 anos, 4 anos, 7 anos e 28 anos.

Quanto à formação acadêmica, a maioria dos especialistas, correspondendo a 61,5%, possuía doutorado, enquanto 30,8% tinham mestrado e 7,7% possuíam apenas especialização. Em relação ao local de trabalho, 69,2% (9 participantes) estavam envolvidos com a docência em universidades, enquanto 30,8% (4 participantes) atuavam na atenção básica e/ou em consultórios particulares.

A cartilha submetida à análise dos especialistas continha uma capa, um sumário e o conteúdo principal, que abordava os fatores de risco do câncer de boca, suas características clínicas, a técnica do autoexame, medidas de prevenção e informações gerais relacionadas ao diagnóstico e tratamento, utilizando tanto linguagem textual quanto elementos não textuais.

Na avaliação em foco, todos os itens do IVCES apresentaram um IVC superior a 0,78 (**Tabela I**).

Tabela I - Resultado IVC de acordo com os itens do IVCES

	IVC
OBJETIVOS: propósitos, metas ou finalidades	0,92
1. Contempla tema proposto	0,92
2. Adequado ao processo de ensino-aprendizagem	0,92
3. Esclarece dúvidas sobre o tema abordado	0,92
4. Proporciona reflexão sobre o tema	0,92
5. Incentiva mudança de comportamento	0,92
ESTRUTURA/APRESENTAÇÃO: organização, estrutura, estratégia,	0,91

coerência e suficiência	
6. Linguagem adequada ao público-alvo	0,92
7. Linguagem apropriada ao material educativo	0,84
8. Linguagem interativa, permitindo envolvimento ativo no processo educativo	0,92
9. Informações corretas	0,92
10. Informações objetivas	0,92
11. Informações esclarecedoras	0,92
12. Informações necessárias	0,92
13. Sequência lógica das ideias	0,92
14. Tema atual	1
15. Tamanho do texto adequado	0,84
RELEVÂNCIA: significância, impacto, motivação e interesse	0,92
16. Estimula o aprendizado	0,84
17. Contribui para o conhecimento na área	0,92
18. Desperta interesse pelo tema	1
TOTAL	0,91

Discussão

Os resultados da validação indicam que a cartilha educativa atende aos critérios de qualidade, apresentando um IVC global de 0,91, o que supera o padrão mínimo de 0,78 estabelecido. Os itens relacionados aos objetivos obtiveram uma alta taxa de concordância, com valores consistentes de 0,92 em todos os critérios avaliados. Isso evidencia que a cartilha desempenha efetivamente seus propósitos educacionais, elucidando dúvidas, estimulando a reflexão e promovendo mudanças de comportamento entre os leitores.

Quanto à estrutura e apresentação da cartilha, a maioria dos itens recebeu avaliações positivas, com índices de 0,92 ou superiores. Destaca-se a relevância do tema, que alcançou a pontuação máxima de 1,00, demonstrando a atualidade e a importância do conteúdo abordado. No entanto, a adequação da linguagem para o material educativo e o tamanho do texto receberam índices de 0,84, apontando áreas passíveis de melhorias para aprimorar ainda mais a eficácia comunicativa da cartilha.

Estatisticamente, o item "tamanho do texto" foi o mais criticado, especialmente no que se refere à seção sobre o autoexame. Nesse sentido, consideramos a exclusão dessa parte para reduzir a quantidade de informações, devido à ausência de embasamento científico para o autoexame.

Na avaliação da relevância, os índices variaram de 0,84 a 1,00, destacando-se a capacidade do material em despertar interesse pelo tema e contribuir para o conhecimento na área. Esses resultados sugerem que a cartilha não apenas fornece informações, mas também é envolvente, capturando a atenção dos leitores e promovendo seu aprendizado.

Esses resultados corroboram estudos que afirmam que as cartilhas educativas devem ser desenvolvidas com o objetivo de democratizar o acesso à informação, atendendo pessoas de diferentes classes sociais e níveis de escolaridade. Para promover a saúde e criar uma ponte entre o conhecimento científico e o público em geral, as cartilhas utilizam várias estratégias, tais como: (1) imagens e recursos gráficos que facilitam a compreensão por parte de todos, inclusive aqueles com baixa escolaridade ou dificuldades de leitura; (2) uma didática acessível, com frases curtas e vocabulário simples; e (3) a combinação desses elementos, empregando imagens e textos em uma linguagem de fácil compreensão⁽¹⁵⁾.

Embora os valores individuais do IVC tenham superado os padrões recomendados para revisão, algumas sugestões de alterações na cartilha educativa surgiram no campo de "opiniões, observações ou sugestões". Com base nessas sugestões, foram consideradas várias alterações para aprimorar a eficácia e a precisão do material educativo. Três participantes compartilharam a seguinte sugestão:

Especialista 1:

“Minha única preocupação é com a indicação do autoexame de boca como ferramenta de rastreamento para o câncer de boca. A evidência atual não mostra benefício dessa abordagem, exatamente porque muitas condições bucais podem ser similares ao câncer. Além disso, diferentemente do câncer de mama, onde o autoexame é indicado, a anatomia das estruturas bucais é demasiadamente complexa para o leigo. Minha orientação seria excluir todo o conteúdo referente ao autoexame.”

Especialista 2:

“O autoexame da boca não é indicado pelo Instituto Nacional de Câncer (INCA). Os usuários devem ser orientados a procurar a unidade de saúde para a avaliação de qualquer alteração na boca. Os usuários em maior risco para a doença (tabagistas e

etilistas) devem ser orientados a comparecer na unidade de saúde para exame preventivo da boca pelo menos uma vez ao ano.”

Especialista 3:

“O autoexame é questionado atualmente, o que se estimula é que busque o profissional uma ou duas vezes ao ano.”

Com base nessas sugestões e na literatura científica, optou-se por remover o conteúdo relacionado ao autoexame bucal da cartilha. Em seu lugar, foi enfatizada a recomendação para que os usuários busquem um dentista para avaliação em caso de qualquer alteração na boca.

Essas sugestões estão respaldadas pela literatura científica. Alguns estudos não encontraram benefício no uso do autoexame oral para detectar lesões na mucosa oral, incluindo LPC. Muitos pacientes podem ignorar pequenas lesões assintomáticas de LPC e câncer bucal, procurando o dentista apenas quando a doença já está em estágios avançados. De fato, o autoexame oral por si só, sem conhecimento sobre sua importância e os fatores de risco para o câncer bucal, não é eficaz⁽²²⁾.

Além dessa sugestão, houve outras relacionadas a diferentes aspectos da cartilha:

Especialista 4:

“Pensando numa cartilha voltada para a população, acredito que enxugar mais os textos, de uma forma que fique mais direta, seria melhor aceito, além de aumentar o tamanho das imagens.”

Especialista 5:

“Eu trocaria a foto da “Ferida”; entendo que a representação aqui seja de uma ferida/úlceras bucal, mas colocaria um Carcinoma Epidermóide de aspecto clínico ulcerado”.

Especialista 6:

“A imagem da úlcera não é representativa de um carcinoma. A sugestão é que seja utilizada uma úlcera clássica da doença, com bordas elevadas, na localização preferencial, borda lateral da língua ou assoalho da boca.”

As considerações dos especialistas cinco e seis corroboram com os achados que destacam a preferência do câncer bucal por locais como a borda lateral da língua e o assoalho bucal⁽⁵⁾. Diante disso, optou-se por modificar a ilustração correspondente na cartilha. Além disso, em concordância com a observação do especialista quatro, foi solicitado ao profissional de design que aumentasse o tamanho das imagens representativas do câncer de boca e reduzisse o texto sobre o fator de risco do tabagismo para tornar o conteúdo mais sucinto.

A participação de especialistas com vasta experiência e elevadas titulações, a maioria dos quais doutores, reforça a credibilidade dos resultados obtidos. A presença de profissionais atuantes tanto na academia quanto na prática clínica diária possibilitou uma validação abrangente, considerando a aplicabilidade da cartilha em diferentes contextos.

A avaliação positiva dos itens do IVCES sugere que a cartilha educativa é uma ferramenta apropriada para promover a saúde bucal e prevenir o câncer de boca. A adoção de um formato acessível e a inclusão de ilustrações e linguagem simplificada foram consideradas eficazes para atingir o público-alvo (**Figura 3**).

Figura 3 – Versão final da apresentação da cartilha educativa após avaliação dos especialistas



A diversidade de opiniões e sugestões fornecidas pelos especialistas contribuiu para refinamentos adicionais na cartilha, garantindo que o material seja compreensível e relevante para indivíduos com diferentes níveis de escolaridade e conhecimento sobre o tema.

Conclusão

A validação da cartilha educativa demonstrou sua eficácia como ferramenta de promoção de saúde, evidenciando seu potencial para melhorar o conhecimento e o

autocuidado da população. Este estudo reforçou a importância de materiais educativos bem elaborados e acessíveis para diferentes níveis de escolaridade, mostrando que a combinação de linguagem simplificada e recursos visuais pode facilitar a compreensão e o engajamento do público. A cartilha não apenas informa, mas também empodera os indivíduos, incentivando práticas preventivas e a detecção precoce do câncer de boca.

A utilização deste material pode contribuir significativamente para aumentar a conscientização e o autocuidado entre a população atendida pela Atenção Primária à Saúde, promovendo a detecção precoce e a prevenção do câncer bucal.

Agradecimentos e Conflitos de Interesse

Expressamos gratidão ao designer gráfico Manoel Victor Nascimento da Silva pela dedicação e talento excepcionais na elaboração da cartilha educativa. Não houve conflito de interesses.

Contribuições

Pedro Paulo Alcino da Silva foi o responsável pela elaboração e delineamento do estudo; aquisição, análise e interpretação de dados e redação e/ou revisão do manuscrito. Rilva Lopes de Sousa Muñoz foi responsável pela elaboração e delineamento do estudo e redação e/ou revisão do manuscrito. Eduardo Sérgio Soares Sousa foi responsável pela redação e/ou revisão do manuscrito.

Fontes de Financiamento

O estudo foi financiado pelos autores com recursos próprios.

Referências

1. Organização Mundial da Saúde. Câncer [Internet]. Disponível em: https://www.who.int/health-topics/cancer#tab=tab_1. Acesso em: 03 maio 2023.
2. do Amaral RC, Andrade RAR, Couto GR, Herrera-Serna BY, Rezende-Silva E, Cardoso MCAC. Tendências de Mortalidade por Câncer Bucal no Brasil por Regiões e Principais Fatores de Risco. Rev. Bras. Cancerol. [Internet]. 10º de maio de 2022;68(2):e-081877.
3. Instituto Nacional de Câncer. Estimativa 2020: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Câncer; 2019.
4. Furtado LSFA, Sales JLAM, Fontes NM, Batista MIH de M, Carvalho AAT, Paulino MR. Câncer bucal, distúrbios potencialmente malignos e prevenção:

- uma revisão integrativa. Rev. Fam., Ciclos Vida Saúde Contexto Soc. [Internet]. 7º de outubro de 2019;7(4):479-90.
5. Lemos Junior CA, Alves FA, Pereira CCT, Biazevic MGH. Câncer de boca baseado em evidências científicas. Rev. Assoc. Paul. Cir. Dent. [online]. 2013, vol.67, n.3, pp. 178-186.
 6. de Barros Silva PG, Leite Soares I, de Oliveira Mendes FH, Sales de Paula Campêlod C, Saldanha de Cunha M do PS, Lima Mota MR, Sousa Dantas T, Bitu Sousa F. Histórico de Consumo de Álcool como Fator Preditivo de Sobrevida em Pacientes com Carcinoma de Células Escamosas de Boca e Orofaringe: Follow-up de 15 Anos. Rev. Bras. Cancerol. [Internet]. 16º de março de 2020;66(1):e-02573.
 7. Ribeiro ILA, de Medeiros JJ, Rodrigues LV, Valença AMG, Lima Neto EA. Fatores associados ao câncer de lábio e cavidade oral. rev bras epidemiol jul-set 2015; 18(3): 618-629.
 8. Galbiatti ALS, Padovani-Junior JA, Maníglia JV, Rodrigues CDS, Pavarino ÉC, Goloni-Bertollo EM. Câncer de cabeça e pescoço: causas, prevenção e tratamento. Braz j otorhinolaryngol [Internet]. 2013 Mar;79(2):239–47.
 9. Soares MSM, Albuquerque ACL, Macena MSA. Aspectos clínicos do câncer oral. In: Intervenção Precoce no Câncer Oral: Um problema de saúde pública. João Pessoa: Mídia Gráfica e Editora; 2021. p. 66.
 10. Veloso HHP, Caldas JNP. Câncer oral: desafios e cuidados no tratamento odontológico. In: Intervenção Precoce no Câncer Oral: Um problema de saúde pública. João Pessoa: Mídia Gráfica e Editora; 2021. p. 122.
 11. Montero PH, Patel SG. Cancer of the oral cavity. Surg Oncol Clin N Am. 2015 Jul;24(3):491-508.
 12. Lima AM, Meira IA, Soares MS, Bonan PR, Mélo CB, Piagge CS. Delay in diagnosis of oral cancer: a systematic review. Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2021 Nov 1;26(6):e815-e824.
 13. Costa BSF, Reis-Oliveira J, Marinho AMCL, Borges-Oliveira AN, de Abreu MHNG. Avaliação de um material educativo sobre higiene bucal e transtorno do espectro autista sob a ótica dos critérios do br-cdc-cci. Revista Científica do CRO-RJ (Rio de Janeiro Dental Journal), January - April, 2023. v.8, n.1.
 14. Martins LK, Moraes AC de, Appel AP, Rodrigues RM, Conterno S de FR. Educação em saúde na oncologia: uma revisão integrativa de literatura. Var. Sci. - Ci. Saúde [Internet]. 31º de julho de 2016;2(1):80-94.
 15. Pereira JL, Gonçalves RFM, Pinho DRS. Elaboración y Evaluación de Cartilla de Cuidados para una Alimentación Segura en la Clínica de Cuidados Paliativos Oncológicos. Revista Brasileira de Cancerologia 2023; 69(2): e-123757.
 16. Flório FM, Rached EA, Victorelli G, Silva A de SF, Arsati YB de OL. Development and Validation of an Educational Comic Book for Guidance on the Safe Use of Fluoride Toothpaste by Children. Pesqui Bras Odontopediatria Clin Integr [Internet]. 2023 May 24;23:e220060.
 17. Balsells MMD, Silveira GEL, Aquino P de S, Barbosa LP, Damasceno AK de C, Lima TM. Desenvolvimento de cartilha como tecnologia educacional para alívio da dor do parto. Acta paul enferm [Internet]. 2023;36:eAPE03351.
 18. de Souza MPM, Moreno GCL, Hein N, Kroenke A. *ALT - Análise de Legibilidade Textual*. Acesso em 08/06/2024 [Online]. Disponível em: <https://legibilidade.com/>.

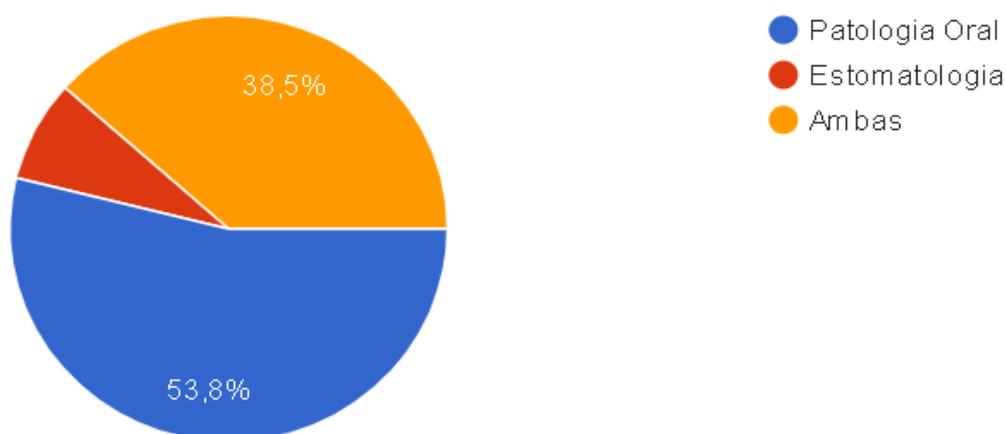
19. Moreno GCDL, de Sousa MPM, Hein N, Hein AK. ALT: um software para análise de legibilidade de textos em Língua Portuguesa. *Policromias - Revista de Estudos do Discurso, Imagem e Som*, Rio de Janeiro, 2023, v. 8, n. 1, p. 91-128.
20. Leite S de S, Áfio ACE, Carvalho LV de, Silva JM da, Almeida PC de, Pagliuca LMF. Construction and validation of an Educational Content Validation Instrument in Health. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2018;71:1635–41.
21. Alexandre NMC, Coluci MZO. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2011 Jul;16(7):3061–8.
22. Motta ACF, Rodrigues KRDH. Could we benefit from oral self-examination during the COVID-19 pandemic? *Oral Oncol*. 2020 Aug;107:104840.

CAPÍTULO 3

Produto Técnico Tecnológico

A validação da cartilha educativa sobre a prevenção do câncer de boca foi realizada por um grupo de 13 especialistas em estomatologia e/ou patologia oral. A amostra foi composta majoritariamente por mulheres, representando 76,9% (10 participantes). Dentre os especialistas, 53,8% eram patologistas, 38,5% tinham dupla especialização em estomatologia e patologia, e 7,7% eram exclusivamente estomatologistas (**Figura 23**).

Figura 23 - Especialidade dos participantes



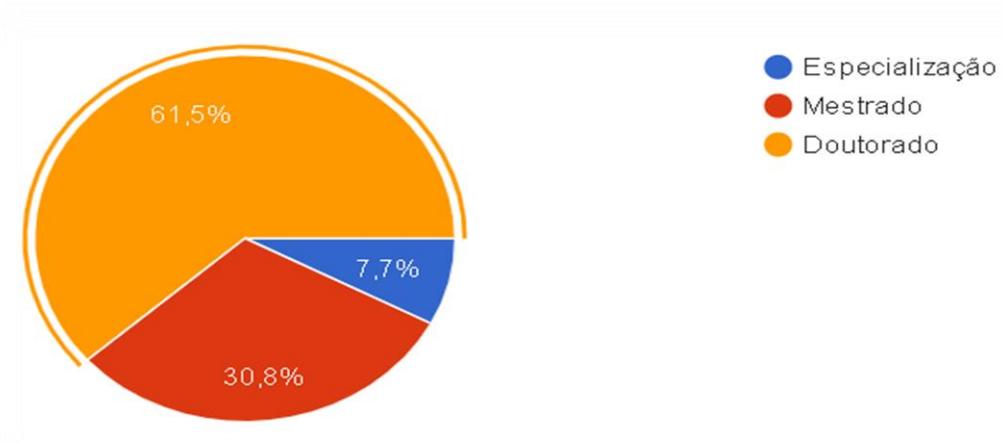
Fonte: O autor

O tempo de atuação na especialidade variou amplamente entre os especialistas, com uma média de aproximadamente 13,25 anos. O tempo específico de atuação foi: 12 anos, 29 anos, 10 anos, 2 anos, 4 anos, 8 anos, 3 anos, 11 anos, 13 anos, 4 anos, 7 anos e 28 anos. Este aspecto destaca a ampla gama de experiência e conhecimento trazido pelos participantes, contribuindo significativamente para a validade e a profundidade das avaliações realizadas.

Em relação à titulação acadêmica, 61,5% dos especialistas possuíam doutorado, 30,8% tinham mestrado e 7,7% possuíam apenas especialização (**Figura**

24). Quanto ao local de trabalho, 69,2% (9 participantes) estavam envolvidos com a docência em universidades, enquanto 30,8% (4 participantes) atuavam na atenção básica e/ou consultórios particulares. Este perfil dos participantes garante uma avaliação diversificada e abrangente, refletindo diferentes perspectivas e contextos de atuação profissional.

Figura 24 - Titulação acadêmica dos participantes



Fonte: O autor

A cartilha enviada para a análise dos especialistas incluía uma capa, um sumário e o corpo do texto, onde foram abordados, com linguagem textual e não textual, os fatores de risco do câncer de boca, suas características clínicas, técnica do autoexame, prevenção e informações gerais relativas ao diagnóstico e tratamento (**Figura 25**).

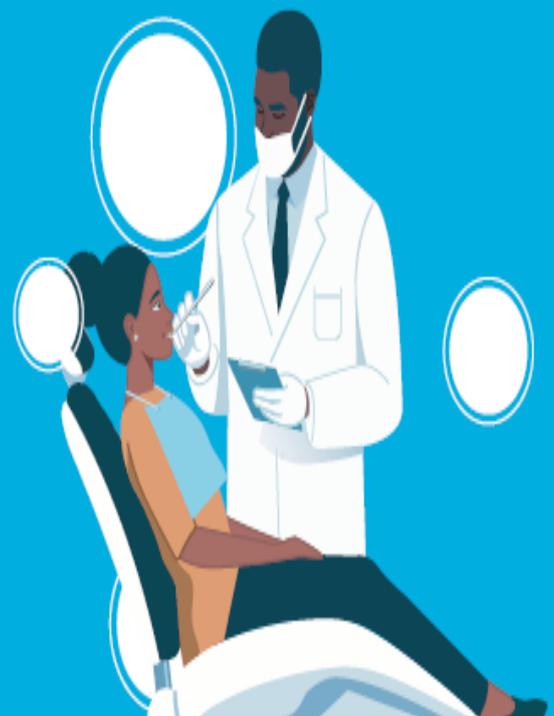
Figura 25 - Versão da cartilha educativa enviada aos juizes especialistas

CÂNCER DE BOCA: PREVENÇÃO E CUIDADOS



Sumário

O que é câncer de boca?.....	2
O que aumenta as chances de aparecer o câncer de boca?	2
Como posso me proteger?	3
Como o câncer de boca se parece e quais os sinais de alerta?	4
Como realizo o autoexame da boca?	5
Como é feito o diagnóstico?	7
O câncer de boca tem cura?	8
E o tratamento, como é realizado?	9



O que é câncer de boca?

O câncer de boca é uma doença em que células anormais se multiplicam descontroladamente na boca. Isso pode incluir os lábios, a língua, as gengivas, céu da boca, parte debaixo da língua e o interior das bochechas. Este tipo de câncer pode se apresentar como feridas que não cicatrizam, manchas incomuns, inchaços, dormência, sangramento inexplicado e dor na garganta. Em estágios avançados, pode causar mau hálito, dificuldade para falar e engolir, inchaço no pescoço e perda de peso. Se não for tratado, pode se espalhar para outras partes do corpo. É crucial detectá-lo e tratá-lo cedo para sua saúde e sobrevivência.

O que aumenta as chances de aparecer o câncer de boca?

O câncer de boca afeta principalmente homens acima dos 40 anos, mas qualquer pessoa pode ter esta doença. Existem alguns hábitos e condições que podem aumentar o risco de câncer de boca:



O **hábito de fumar** é o maior risco para o câncer de boca, tanto no caso de fumar cigarros comuns, quanto cachimbos e charutos. Além disso, o uso de fumo sem fumaça, como rapé ou fumo de mascar também podem aumentar as chances de ocorrer este tipo de câncer.



O **consumo em excesso de bebidas alcoólicas** também contribui muito para que o câncer de boca ocorra.

Você Sabia?

Pessoas que fumam e bebem têm um risco 20 vezes maior de ter câncer de boca.

2



Muito tempo de **exposição ao sol** sem proteção labial adequada aumenta o risco de câncer nos lábios.



A **infecção pelo vírus HPV (papilomavírus humano)** também pode aumentar o risco de câncer de boca e garganta.

Como posso me proteger?

É importante estar ciente desses riscos e, sempre que possível, evitar ou diminuir seu efeito, tomando as seguintes medidas:

- Parar de fumar;
- Reduzir o consumo de bebidas alcoólicas;
- Usar protetor labial com filtro de proteção solar adequado e chapéu de aba larga quando estiver ao sol;
- Praticar sexo seguro (com o uso de preservativo), inclusive no sexo oral, para reduzir o risco de infecção pelo HPV;
- Vacinar-se contra o HPV;
- Visitar o dentista regularmente. Ele é o profissional com mais conhecimento para examinar sua boca;
- Alimentar-se de forma saudável, ao consumir mais frutas, vegetais e legumes;
- Realizar o autoexame da boca, que é um exame simples feito por você mesmo (veja como fazer no final desta cartilha);
- Manter uma boa higiene da boca com escovação diária e uso de fio dental após as refeições.



Se desejar parar de fumar, converse com o médico ou o dentista de uma unidade básica de saúde, ou ainda entre em contato por telefone com o número 136 do Ministério da Saúde.

3



- Se desejar parar de beber, procure o médico ou o dentista da unidade básica de saúde mais próxima.
- Se você tem mais de 40 anos, se bebe e fuma, procure um dentista ao menos uma vez ao ano para uma avaliação.

Como o câncer de boca se parece e quais os sinais de alerta?

O câncer de boca pode aparecer, entre outras formas, como:



Mancha Branca



Mancha Vermelha



Ferida



Caroço

É importante prestar atenção aos seguintes sinais:

- Feridas nos lábios e na boca que não cicatrizam em até 15 dias;
- Manchas ou placas vermelhas ou brancas na boca;
- Nódulos (caroços) na boca ou pescoço;
- Áreas dormentes;
- Dentes amolecidos;
- Rouquidão persistente;
- Dificuldade de mastigação e de engolir;
- Dificuldade na fala;
- Áreas negras ou marrons de aparecimento recente;
- Sensação de que há algo preso na garganta;
- Dificuldade para movimentar a língua;
- Mau hálito persistente;
- Dor na boca e/ou no pescoço que não passa (estágios mais avançados);
- Perda de peso sem outro motivo;
- Sangramento sem motivo aparente.

4

Embora esses sinais não signifiquem necessariamente câncer de boca, é essencial que um dentista os investigue.

Você Sabia?

O número de pessoas com câncer de boca está aumentando em várias partes do mundo!

Como realizo o autoexame da boca?

O autoexame não substitui o exame do dentista, mas pode ajudar você a perceber alguma alteração. Mesmo se não notar nada diferente, é fundamental visitar o dentista regularmente para um exame completo da boca. Para fazer o autoexame, você vai precisar de um espelho e de um lugar bem iluminado. Antes de iniciar limpe bem a boca e as mãos e remova próteses dentárias, se for o caso.



Verifique o pescoço e o rosto, compare os lados direito e esquerdo e observe se há diferenças entre eles. Em seguida, toque ambos os lados para detectar caroços ou áreas endurecidas.



Use os dedos para abaixar o lábio inferior, revelando a parte interna (mucosa). Em seguida, sinta toda a extensão do lábio. Depois, levante o lábio superior e repita a mesma ação.

5

Coloque o dedo indicador por baixo da língua, e o polegar da mesma mão por baixo do queixo. Examine toda a parte abaixo da língua.



Olhe a parte interna das bochechas, nos dois lados, e deslize a polpa do seu dedo nas gengivas superior e inferior. (veja a figura ao lado)



Coloque sua língua para fora, apalpando-a inteiramente com os dedos indicador e polegar.



Ainda segurando a língua, faça movimentos para o lado esquerdo e depois para o direito, observando se há alguma mancha, ferida ou inchaço. (veja a figura ao lado)



Mova sua cabeça para trás e abra bem os lábios para observar o céu da boca. Depois fale "AAA" para ver a garganta.



Para concluir o autoexame da boca, coloque um dedo polegar debaixo do queixo e apalpe suavemente o local.



6

Como é feito o diagnóstico?



O diagnóstico é feito pela análise, no laboratório, do material retirado por biópsia, uma pequena cirurgia feita pelo dentista no consultório.

7

O câncer de boca tem cura?

SIM! Se detectado cedo, o tratamento pode levar à cura, com menos efeitos colaterais e melhor qualidade de vida. Se notar algo diferente no autoexame, consulte imediatamente um dentista ou um médico.

LEMBRE-SE:

QUANTO MAIS CEDO É
FEITO O DIAGNÓSTICO,
MAIOR A CHANCE DE
CURA!



8

E o tratamento, como é realizado?

Quando o resultado do exame obtido pela biópsia for confirmado como câncer, o paciente é encaminhado para um hospital especializado em câncer, onde receberá o tratamento necessário. Este pode ser cirurgia, às vezes combinada com radioterapia e quimioterapia.

CÂNCER DE BOCA
TEM CURA!

9

Elaboração

Pedro Paulo Alcino da Silva

Orientação

Rilva Lopes de Sousa Muñoz



UFPA



PROFAÚDE



SUS

A validação do conteúdo da cartilha foi conduzida utilizando o Instrumento de Validação de Conteúdo Educativo em Saúde (IVCES), que compreende 18 itens distribuídos em três categorias: objetivos, estrutura/apresentação e relevância. O Índice de Validade de Conteúdo (IVC) foi calculado com base nas respostas dos especialistas a cada item.

De acordo com Alexandre e Coluci (2011), para avaliações realizadas por seis ou mais juízes, recomenda-se uma taxa mínima de concordância de 0,78. Para obter a avaliação geral do instrumento, soma-se o Índice de Validade de Conteúdo (IVC) de cada item individualmente e divide-se pelo número total de itens avaliados.

Na avaliação em questão todos os itens do IVCES obtiveram um resultado superior a 0,78 no IVC (**Figura 26**).

Figura 26 - Resultado do índice de validade de conteúdo de acordo com os itens do IVCES

	IVC
OBJETIVOS: propósitos, metas ou finalidades	0,92
1. Contempla tema proposto	0,92
2. Adequado ao processo de ensino-aprendizagem	0,92
3. Esclarece dúvidas sobre o tema abordado	0,92
4. Proporciona reflexão sobre o tema	0,92
5. Incentiva mudança de comportamento	0,92
ESTRUTURA/APRESENTAÇÃO: organização, estrutura, estratégia, coerência e suficiência	0,91
6. Linguagem adequada ao público-alvo	0,92
7. Linguagem apropriada ao material educativo	0,84
8. Linguagem interativa, permitindo envolvimento ativo no processo educativo	0,92
9. Informações corretas	0,92
10. Informações objetivas	0,92
11. Informações esclarecedoras	0,92
12. Informações necessárias	0,92
13. Sequência lógica das ideias	0,92
14. Tema atual	1
15. Tamanho do texto adequado	0,84
RELEVÂNCIA: significância, impacto, motivação e interesse	0,92
16. Estimula o aprendizado	0,84
17. Contribui para o conhecimento na área	0,92
18. Desperta interesse pelo tema	1
TOTAL	0,91

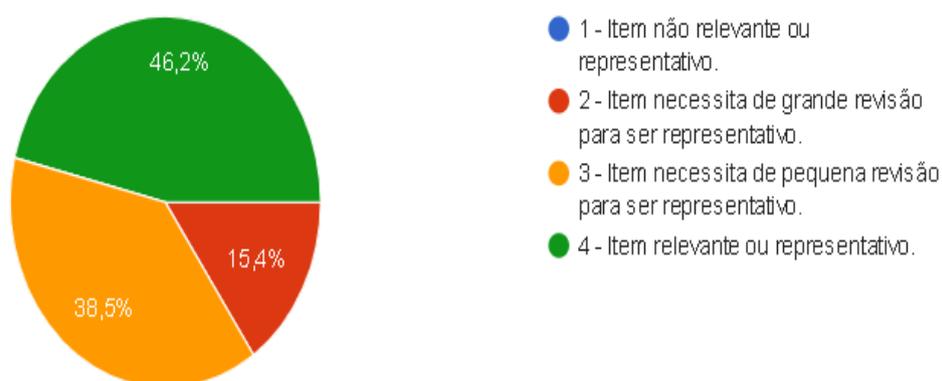
Os resultados da validação indicam que a cartilha educativa atende aos critérios de qualidade com um Índice de Validade de Conteúdo (IVC) global de 0,91, superando o padrão mínimo de 0,78.

Os itens referentes à dimensão dos objetivos receberam uma alta taxa de concordância, com valores consistentes de 0,92 em todos os critérios avaliados. Isso demonstra que a cartilha cumpre eficazmente seus propósitos educacionais, esclarecendo dúvidas, incentivando a reflexão e promovendo mudanças de comportamento entre os leitores.

Na dimensão estrutura e apresentação da cartilha também foram bem avaliadas, com a maioria dos itens recebendo índices de 0,92 ou superiores. Destaca-se a relevância do tema, que alcançou a pontuação máxima de 1,00, refletindo a atualidade e a importância do conteúdo abordado. No entanto, a linguagem apropriada ao material educativo e o tamanho do texto receberam índices de 0,84, indicando áreas que poderiam ser melhoradas para aumentar ainda mais a eficácia comunicativa da cartilha.

Estatisticamente, o item "tamanho do texto" foi o que mais recebeu avaliações negativas. Ao excluir a parte do autoexame, reduziu-se a quantidade de informações, baseando-se na falta de sustentação científica para o autoexame (**Figura 27**).

Figura 27 - Item tamanho do texto abordado de forma estatística



Fonte: O autor

Na dimensão relevância, os índices variaram de 0,84 a 1,00, com destaque para a capacidade do material em despertar interesse pelo tema e contribuir para o

conhecimento na área. Estes resultados sugerem que a cartilha não só é informativa, mas também engajante, capturando a atenção dos leitores e estimulando seu aprendizado.

Apesar do IVC apresentar valores individuais e totais superiores aos recomendados para necessitar de revisão, no campo "opiniões, observações ou sugestões" surgiram algumas indicações de alteração da cartilha educativa. Com base nas sugestões recebidas, várias alterações foram consideradas para melhorar a eficácia e a precisão do material educativo. Três participantes emitiram a seguinte sugestão:

Especialista 1:

“Minha única preocupação é com a indicação do autoexame de boca como ferramenta de rastreio para o câncer de boca. A evidência atual não mostra benefício dessa abordagem, exatamente porque muitas condições bucais podem ser similares ao câncer. Além disso, diferentemente do câncer de mama, onde o autoexame é indicado, a anatomia das estruturas bucais é demasiadamente complexa para o leigo. Minha orientação seria excluir todo o conteúdo referente ao autoexame.”

Especialista 2:

“O autoexame da boca não é indicado pelo Instituto Nacional de Câncer (INCA). Os usuários devem ser orientados a procurar a unidade de saúde para a avaliação de qualquer alteração na boca. Os usuários em maior risco para a doença (tabagistas e etilistas) devem ser orientados a comparecer na unidade de saúde para exame preventivo da boca pelo menos uma vez ao ano.”

Especialista 3:

“O autoexame é questionado atualmente, o que se estimula é que busque o profissional uma ou duas vezes ao ano.”

Com base nessas sugestões e na literatura científica, foi excluído o conteúdo referente ao autoexame da boca da cartilha. Em seu lugar, foi enfatizada a orientação para que os usuários procurem o dentista para uma avaliação em caso de qualquer alteração bucal.

Essas sugestões encontram ancoragem na literatura científica, segundo Motta e Rodrigues (2020) alguns estudos não mostraram benefício do autoexame oral na detecção de lesões da mucosa oral, incluindo LPC. Muitos pacientes podem negligenciar pequenas lesões assintomáticas de LPC e câncer bucal, e procurar o dentista quando a doença já está em estágios avançados. De fato, o autoexame oral sozinho, sem o conhecimento sobre sua importância e os fatores de risco para o câncer bucal, não é eficaz.

Além dessa sugestão, houve outras relacionadas a diferentes aspectos da cartilha:

Especialista 4:

“Pensando numa cartilha voltada para a população, acredito que enxugar mais os textos, de uma forma que fique mais direta, seria melhor aceito, além de aumentar o tamanho das imagens.”

Especialista 5:

“Eu trocaria a foto da “Ferida”; entendo que a representação aqui seja de uma ferida/úlceras bucal, mas colocaria um Carcinoma Epidermóide de aspecto clínico ulcerado”.

Especialista 6:

“A imagem da úlcera não é representativa de um carcinoma. A sugestão é que seja utilizada uma úlcera clássica da doença, com bordas elevadas, na localização preferencial, borda lateral da língua ou assoalho da boca.”

As afirmações dos especialistas cinco e seis estão de acordo com Lemos Júnior, *et al.* (2013), os locais de predileção do CB são a borda lateral da língua e o assoalho bucal. Por isso, optou-se pela modificação da ilustração correspondente na cartilha. Em relação à consideração do especialista quatro, foi solicitado ao profissional de design o aumento das imagens representativas do câncer de boca e a redução do texto sobre o fator de risco do tabagismo para tornar o conteúdo mais conciso.

A participação de especialistas com vasta experiência e titulações elevadas, predominantemente doutores, reforça a credibilidade dos resultados obtidos. A presença de profissionais atuantes tanto na academia quanto na prática clínica diária

permitiu uma validação mais completa, abrangendo a aplicabilidade da cartilha em diferentes contextos.

A avaliação positiva dos itens do IVCES sugere que a cartilha educativa é uma ferramenta adequada para a promoção da saúde bucal e a prevenção do câncer de boca. A utilização de um formato acessível e a inclusão de ilustrações e linguagem simplificada foram consideradas eficazes para alcançar o público-alvo.

A diversidade de opiniões e sugestões fornecidas pelos especialistas contribuiu para refinamentos adicionais na cartilha, garantindo que o material seja compreensível e relevante para indivíduos com diferentes níveis de escolaridade e conhecimento sobre o tema.

Em suma, a validação realizada confirma que a cartilha educativa é uma ferramenta válida e potencialmente eficaz para a educação em saúde, especialmente na prevenção do câncer de boca. A aplicação deste material pode contribuir significativamente para o aumento da conscientização e do autocuidado entre a população usuária da APS, promovendo a detecção precoce e a prevenção do câncer bucal, principalmente após a adoção das alterações propostas pelos especialistas **(Figura 28)**.

Figura 28 - Versão da Cartilha educativa após as modificações propostas pelos juízes especialistas

CÂNCER DE BOCA: PREVENÇÃO E CUIDADOS



Sumário

O que é câncer de boca?	2
O que aumenta as chances de aparecer o câncer de boca?	2
Como posso me proteger?	3
Como o câncer de boca se parece e quais os sinais de alerta?	4
Como é feito o diagnóstico?	7
O câncer de boca tem cura?	8
E o tratamento, como é realizado?	9



O que é câncer de boca?

O câncer de boca é uma doença em que células anormais se multiplicam descontroladamente na boca. Isso pode incluir os lábios, a língua, as gengivas, céu da boca, parte debaixo da língua e o interior das bochechas. Este tipo de câncer pode se apresentar como feridas que não cicatrizam, manchas incomuns, inchaços, dormência, sangramento inexplicado e dor na garganta. Em estágios avançados, pode causar mau hálito, dificuldade para falar e engolir, inchaço no pescoço e perda de peso. Se não for tratado, pode se espalhar para outras partes do corpo. É fundamental descobrir e tratar essa doença cedo para recuperar sua saúde.

O que aumenta as chances de aparecer o câncer de boca?

O câncer de boca afeta principalmente homens acima dos 40 anos, mas qualquer pessoa pode ter esta doença. Existem alguns hábitos e condições que podem aumentar o risco de câncer de boca:



O hábito de fumar é o maior risco para o câncer de boca, tanto no caso de fumar cigarros comuns, quanto cachimbos e charutos.



O consumo em excesso de bebidas alcoólicas também contribui muito para que o câncer de boca ocorra.

Você Sabia?

Pessoas que fumam e bebem têm um risco 20 vezes maior de ter câncer de boca.

2



Muito tempo de exposição ao sol sem proteção labial adequada aumenta o risco de câncer nos lábios.



A infecção pelo vírus HPV (papilomavírus humano) também pode aumentar o risco de câncer de boca e garganta.

Como posso me proteger?

É importante estar ciente desses riscos e, sempre que possível, evitar ou diminuir seu efeito, tomando as seguintes medidas:

- **Parar de fumar;**
- **Reduzir ou acabar o consumo de bebidas alcoólicas;**
- **Usar protetor labial** com filtro de proteção solar adequado e **chapéu de aba larga** quando estiver ao sol;
- **Praticar sexo seguro (com o uso de preservativo)**, inclusive no sexo oral, para reduzir o risco de infecção pelo HPV;
- **Vacinar-se** contra o HPV;
- **Visitar o dentista regularmente.** Ele é o profissional com mais conhecimento para examinar sua boca;
- **Alimentar-se de forma saudável**, ao consumir mais frutas, vegetais e legumes;
- **Manter uma boa higiene da boca** com escovação diária e uso de fio dental após as refeições.



Se desejar parar de fumar, converse com o médico ou o dentista de uma unidade básica de saúde, ou ainda entre em contato por telefone com o número 136 do Ministério da Saúde.

3



• Se desejar parar de beber, procure o médico ou o dentista da unidade básica de saúde mais próxima.

Como o câncer de boca se parece e quais os sinais de alerta?

O câncer de boca pode aparecer entre outras formas, como:



Mancha Branca



Mancha Vermelha



Ferida



Caroço

4

É importante prestar atenção aos seguintes sinais:

- Feridas nos lábios e na boca que não cicatrizam em até 15 dias;
- Manchas ou placas vermelhas ou brancas na boca;
- Nódulos (caroços) na boca ou pescoço;
- Áreas dormentes na boca;
- Dentes amolecidos;
- Rouquidão persistente;
- Dificuldade de mastigação e de engolir;
- Dificuldade na fala;
- Áreas escuras (marrons ou pretas) de aparecimento recente;
- Sensação de que há algo preso na garganta;
- Dificuldade para movimentar a língua;
- Mau hálito persistente;
- Dor na boca e/ou no pescoço que não passa (fases mais avançadas);
- Perda de peso sem outro motivo;
- Sangramento sem motivo aparente.

5



Embora esses sinais não signifiquem necessariamente câncer de boca, é essencial que um dentista faça uma avaliação.



Você Sabia?

O número de pessoas com câncer de boca está aumentando em várias partes do mundo!

Procure um dentista
ao menos uma vez
ao ano para uma avaliação.



6

Como é feito o diagnóstico?



O diagnóstico é feito pela análise, no laboratório, do material retirado por biópsia, uma pequena cirurgia feita pelo dentista no consultório.

7

O câncer de boca tem cura?

SIM! Se detectado cedo, o tratamento pode levar à cura, com menos efeitos colaterais e melhor qualidade de vida.



LEMBRE-SE:

**QUANTO MAIS CEDO É
FEITO O DIAGNÓSTICO,
MAIOR A CHANCE DE
CURA!**



8

E o tratamento, como é realizado?

Quando o resultado do exame obtido pela biópsia for confirmado como câncer, o paciente é encaminhado para um hospital especializado, onde receberá o tratamento necessário. Este pode ser cirurgia, às vezes combinada com radioterapia e quimioterapia.

**CÂNCER DE BOCA
TEM CURA!**

9

Elaboração

Pedro Paulo Alcino da Silva
(Cirurgião-Dentista)

Supervisão

Rilva Lopes de Sousa Muñoz
(Médica)



UFPB



PROPSAÚDE



CAPÍTULO 4

Considerações Finais

As considerações finais desta dissertação destacam a evolução e os desafios enfrentados na implementação da Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil, com especial ênfase na saúde bucal. Desde a histórica Declaração de Alma-Ata, em 1978, que sublinhou a importância da APS, até a implementação da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) e o programa Brasil Sorridente, houve avanços significativos na ampliação do acesso e na promoção da saúde bucal.

A inclusão das Equipes de Saúde Bucal (ESB) na Estratégia de Saúde da Família (ESF) foi um marco importante. Contudo, o caminho para a integração efetiva da saúde bucal no Sistema Único de Saúde (SUS) enfrentou e enfrenta obstáculos significativos, como a demora na inclusão das equipes de saúde bucal nas equipes de saúde da família e a subvalorização histórica da odontologia no sistema de saúde.

Programas como o "Maio Vermelho" e a Semana Nacional de Prevenção do Câncer Bucal, estabelecida pela Lei nº 13.230/2015, exemplificam esforços contínuos para promover a conscientização e a detecção precoce do câncer bucal. No entanto, a cobertura insuficiente e a ineficiência dos serviços evidenciam a necessidade de melhorias na rede de saúde e nos processos de trabalho.

O câncer de boca é uma neoplasia maligna que representa um significativo problema de saúde pública, tanto pela sua prevalência quanto pela alta mortalidade e impacto negativo na qualidade de vida dos pacientes. A complexidade e a multifatorialidade de sua etiologia, com destaque para o tabagismo e o consumo excessivo de álcool, tornam ainda mais desafiador o combate a essa doença. A incidência de diagnósticos tardios, mesmo com a possibilidade de diagnóstico precoce, sublinha a necessidade urgente de intervenções eficazes em vários níveis, desde a educação em saúde até a capacitação profissional.

Em termos de prevenção, a promoção de hábitos saudáveis, como a redução do consumo de tabaco e álcool, a melhoria da higiene bucal e a adoção de uma dieta equilibrada rica em frutas e vegetais, são estratégias essenciais. A vacinação contra o HPV também se mostra eficaz na prevenção de infecções por subtipos oncogênicos do vírus.

A alta incidência de câncer bucal está fortemente associada a comportamentos de risco e condições socioeconômicas desfavoráveis, afetando desproporcionalmente indivíduos de baixa renda e menor escolaridade. As políticas de saúde pública, como a Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer (PNPCC), destacam a importância de uma abordagem abrangente que inclua promoção da saúde, prevenção, detecção precoce, diagnóstico e tratamento adequado.

Nos estágios iniciais, as manifestações clínicas do câncer bucal podem incluir manchas ou placas esbranquiçadas ou avermelhadas, úlceras com bordas irregulares e elevadas, bem como áreas de crescimento exofítico. Estas lesões iniciais são frequentemente assintomáticas, o que complica ainda mais o diagnóstico precoce.

A identificação e o manejo de lesões potencialmente cancerizáveis (LPC), como leucoplasias, eritroplasias, líquen plano e queilite actínica, são cruciais para a prevenção do câncer bucal. Estas lesões apresentam maior probabilidade de se tornarem malignas e sua detecção precoce, diagnóstico preciso e acompanhamento clínico são fundamentais para evitar a progressão para carcinoma de células escamosas (CCE).

Apesar dos avanços no diagnóstico e tratamento do câncer bucal, a taxa de mortalidade permanece significativa, com uma média de sobrevida de 55% após cinco anos do diagnóstico. O tratamento, geralmente multidisciplinar, pode envolver cirurgia, quimioterapia e radioterapia. As técnicas cirúrgicas visam, sempre que possível, preservar estruturas funcionais e estéticas, embora possam ser necessárias intervenções mais agressivas em casos avançados.

O impacto do câncer bucal, em estágios avançados, na qualidade de vida dos pacientes é profundo, afetando funções essenciais como mastigação, deglutição, fala e gustação. A dor, a alteração na aparência e as dificuldades em realizar atividades diárias são desafios adicionais que os pacientes enfrentam. Portanto, é fundamental que a abordagem ao tratamento do câncer bucal considere não apenas a eliminação do tumor, mas também a reabilitação e o suporte psicossocial dos pacientes.

A literatura confirma a dificuldade encontrada pelos cirurgiões-dentistas em diagnosticar lesões potencialmente malignas e o desconhecimento dos usuários da Atenção Primária à Saúde (APS) sobre os fatores de risco. Esses desafios contribuem para o diagnóstico tardio, que compromete o prognóstico e aumenta a complexidade do tratamento.

Estudos indicam que, embora a maioria dos cirurgiões-dentistas possua conhecimento teórico sobre o câncer bucal, muitos se sentem inseguros quanto ao diagnóstico, revelando a necessidade de programas contínuos de educação e treinamento. A capacitação desses profissionais é crucial para melhorar a detecção precoce e o manejo de lesões bucais, o que pode reduzir a mortalidade e melhorar a qualidade de vida dos pacientes.

A APS, sendo a porta de entrada do sistema público de saúde, tem um papel crucial na detecção precoce e no acompanhamento de casos de câncer bucal. A educação da população sobre os sinais e sintomas e a redução do uso do tabaco, por meio de ações de conscientização, são fundamentais para a prevenção primária. Além disso, a identificação de lesões cancerizáveis e a orientação sobre hábitos saudáveis são responsabilidades dos profissionais da APS.

A educação em saúde deve ser transversal, abrangendo todos os níveis de governança do sistema de saúde e promovendo a alfabetização em saúde. Materiais educativos, como cartilhas, folders e manuais, desempenham um papel vital na disseminação do conhecimento e no incentivo ao autocuidado. Para serem eficazes, esses materiais precisam ser claros, acessíveis e validados por profissionais experientes, garantindo a qualidade da informação e facilitando a compreensão pelo público-alvo.

Portanto, a educação em saúde não apenas facilita ações voluntárias conducentes à saúde, mas também fortalece a autonomia dos indivíduos no autocuidado, contribuindo para a gestão social da saúde. A eficácia desses materiais educativos depende de sua capacidade de engajar e motivar os usuários a agir conforme considerarem mais apropriado, respeitando suas escolhas e promovendo uma comunicação eficaz.

Atividades de educação em saúde, como a elaboração de cartilhas educativas, são fundamentais para o empoderamento dos usuários e a promoção da saúde bucal. Cartilhas bem elaboradas, com linguagem acessível, podem estimular o aprendizado, empoderar os usuários e fomentar a responsabilização pela própria saúde. Essa estratégia simples e eficaz pode melhorar a qualidade de vida e reduzir a morbimortalidade associada ao câncer de boca.

As cartilhas educativas podem transformar a percepção e o comportamento dos indivíduos em relação à sua saúde bucal, promovendo a busca por atendimento precoce e, conseqüentemente, aumentando as chances de sucesso na identificação

precoce e no tratamento do câncer de boca. A elaboração de materiais educativos eficazes deve considerar a avaliação rigorosa de juízes especialistas para garantir que tanto o conteúdo quanto a aparência sejam adequados e atrativos para os usuários.

Esta dissertação teve como objetivo desenvolver e validar uma cartilha educativa focada na prevenção e diagnóstico precoce do câncer bucal. Espera-se que esse material contribua para fortalecer a educação em saúde no Sistema Único de Saúde (SUS), especialmente na APS. A cartilha visa promover a conscientização sobre o câncer de boca, fornecendo informações relevantes sobre prevenção, sintomas e diagnóstico precoce, além de incentivar a adoção de hábitos saudáveis.

Os resultados do processo de validação da cartilha forneceram subsídios para aprimorá-la, tornando-a ainda mais efetiva na disseminação de informações sobre a prevenção e o diagnóstico precoce do câncer de boca. Os profissionais de saúde da APS poderão utilizar essa ferramenta para promover a saúde oral e contribuir para a redução da incidência e da morbimortalidade pelo câncer bucal.

A presente dissertação buscou validar uma cartilha educativa destinada à prevenção do câncer de boca, com a colaboração de 13 especialistas em estomatologia e/ou patologia oral. A amostra de especialistas, composta majoritariamente por mulheres, trouxe uma ampla gama de experiências e conhecimentos, com uma média de 13,25 anos de atuação na área, o que contribuiu significativamente para a qualidade e a profundidade das avaliações realizadas.

A cartilha foi avaliada utilizando o Instrumento de Validação de Conteúdo Educativo em Saúde (IVCES), que abrange 18 itens distribuídos entre objetivos, estrutura/apresentação e relevância. Os resultados da validação foram positivos, com um Índice de Validade de Conteúdo (IVC) global de 0,91, superando a taxa mínima de concordância recomendada de 0,78. Os itens referentes aos objetivos educacionais da cartilha obtiveram uma alta taxa de concordância (0,92), demonstrando que a cartilha cumpre eficazmente seus propósitos de esclarecer dúvidas, incentivar a reflexão e promover mudanças de comportamento.

No entanto, alguns itens relacionados à linguagem e ao tamanho do texto apresentaram índices ligeiramente inferiores (0,84), indicando áreas para possíveis melhorias. As sugestões dos especialistas, como a exclusão do conteúdo sobre autoexame oral, foram incorporadas, baseando-se na literatura científica que questiona a eficácia dessa prática. A orientação atual enfatiza a procura por avaliação profissional em caso de alterações bucais.

Além disso, outras recomendações dos especialistas, como o aumento do tamanho das imagens e a substituição de certas ilustrações para melhor representar o carcinoma de boca, foram implementadas. Essas modificações visaram tornar a cartilha mais direta e visualmente acessível ao público-alvo.

A validação contou com a participação de especialistas com elevadas titulações acadêmicas e vasta experiência, o que reforça a credibilidade dos resultados obtidos. A combinação de profissionais da academia e da prática clínica permitiu uma avaliação abrangente.

A diversidade de opiniões e sugestões fornecidas pelos especialistas foi crucial para os refinamentos adicionais, garantindo que o material seja compreensível e relevante para indivíduos com diferentes níveis de escolaridade e conhecimento sobre o tema. A cartilha educativa validada é, portanto, uma ferramenta potencialmente eficaz para a promoção da saúde bucal e a prevenção do câncer de boca.

A aplicação deste material na Atenção Primária à Saúde (APS) pode contribuir significativamente para o aumento da conscientização e do autocuidado entre a população, promovendo a detecção precoce e a prevenção do câncer bucal. A adoção das alterações propostas pelos juízes garante que a cartilha atenda aos mais altos padrões de qualidade e eficácia educativa. Em conclusão, a cartilha validada representa um avanço importante na educação em saúde, oferecendo uma abordagem acessível e prática para a prevenção do câncer de boca.

REFERÊNCIAS

- ADAMO, D. et al. **Psychological profile and unexpected pain in oral lichen planus: a case–control multicenter SIPMO study a**. Oral Dis., Houndmillis, 2 Mar. 2021.
- ALEXANDRE, N. M. C.; COLUCI, M.Z.O. **Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas**. Ciência & Saúde Coletiva, 16(7):3061-3068, 2011.
- ALMEIDA, A. A. et al. **Dependência nicotínica e perfil tabágico em pacientes com câncer de cabeça e pescoço**. J Bras Pneumol. 40(3):286-293, 2014.
- ALMEIDA, G. M. et al. **Impacto do processo de trabalho e da atenção ao câncer de boca no desempenho das equipes de saúde bucal em estado amazônico**. Arq Odontol, Belo Horizonte, 58: e03, 2022.
- AMARAL, R. C. et al. **Tendências de Mortalidade por Câncer Bucal no Brasil por Regiões e Principais Fatores de Risco**. Rev. Bras. Cancerol. 68(2):e-081877, 2022.
- AMORIM, M. G. P.; SOUSA, A. E.; ALVES, S. M. **Prevenção e diagnóstico precoce do câncer bucal: uma revisão de literatura**. Rev. UNINGÁ, Maringá, v. 56, n. 2, p. 70-84, abr./jun. 2019
- ARNAUD, R. R. et al. **Queilite actínica: avaliação histopatológica de 44 casos**. Rev Odontol UNESP. 43(6): 384-389, Nov.-Dec. 2014.
- ATTY, A. T. M. et al. **Impacto da Pandemia da Covid-19 no diagnóstico do Câncer de Boca no Brasil**. Revista Brasileira de Cancerologia; 68(4): e-042675; 2022.
- BAGNARDI, V. et al. **Alcohol consumption and site-specific cancer risk: a comprehensive dose-response metaanalysis**. Br. J. Cancer 112, 580–593 2015.
- BAKSHI, J. et al. **Survival analysis of oral squamous cell carcinoma patients attending tertiary care centre of North India**. Indian J Surg Oncol 2020.
- BALSELLS, M. M. et al. **Desenvolvimento de cartilha como tecnologia educacional para alívio da dor do parto**. Acta Paul Enferm.;36:eAPE03351, 2023.
- BARROS, G. I. S.; CASOTTI, E.; GOUVÊA, M. V. **Câncer de boca: o desafio da abordagem por dentistas**. Rev enferm UFPE on line, Recife, 11(11):4273-81, nov, 2017.
- BASTOS, B.R.M.S. et al. **Formação em saúde bucal e Clínica Ampliada: por uma discussão dos currículos de graduação**. Ver Abeno; 17(4): 73–86.2018.

BIATO, E. C. L.; LUZIO, J. S. **Perspectivas educativas em saúde bucal: possibilidades de criação na prevenção e no enfrentamento do câncer.** Physis: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 32, n. 2, p. 1-22, FapUNIFESP (SciELO), set. 2021.

BONOMO, P. et al. **What is the prognostic impact of FDG PET in locally advanced head and neck squamous cell carcinoma treated with concomitant chemo-radiotherapy? A systematic review and meta-analysis.** Eur J Nucl Med Mol Imaging. 45(12):2122-38; 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção primária à saúde.** Brasília: Ministério da saúde, 2012.

BRASIL. Lei nº 13.230, de 28 de dezembro de 2015. **Institui a semana nacional de prevenção do câncer bucal.** Diário Oficial da União [Internet]. Brasília, 29 dez. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Caderno de educação popular e saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas em Oncologia/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **A saúde bucal no Sistema Único de Saúde** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria no 874, de 16 de maio de 2013. **Institui a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. **Painel de oncologia.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022.

BROCKLEHURST, P. et al. **Screening programmes for the early detection and prevention of oral cancer.** Cochrane Database of Systematic Reviews, Chichester, n. 11, Nov. 2013.

BRUTSCHER, V.J.; CRUZ P.J.S.C. **Participação social na perspectiva da educação popular: suas especificidades e potencialidades na Atenção Primária à Saúde.** Cad CIMEAC.10(1):126-52, 2020.

BUSS, P. M. **Uma Introdução ao Conceito de Promoção da Saúde.** In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Org.). **Promoção da Saúde: Conceitos, Reflexões e Tendências.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003, p. 17-38.

CADORIN, E.S.; SILVA, R.P.M.; BEZERRA I.M.P. **Perception of the risk factors for oral cancer and access to preventive actions in the perspective of the population in street situation and health professionals** Rio Branco, Acre, Brazil. *J Hum Growth Dev.*; 32(3):252-264, 2022.

CARDOSO, F. B. et al. **Distance learning course improves primary care dentists' diagnosis and self-efficacy in the management of oral lesions.** *Braz. Oral Res.* 36:e10; 2022.

CARROZZO, M. et al. **Oral lichen planus: a disease or a spectrum of tissue reactions? Types, causes, diagnostic algorithms, prognosis, management strategies.** *Periodontology* 2000. [S.l.]: Blackwell Munksgaard, 1 Jun. 2019.

CARTAXO, A. C. et al. **Conhecimento de trabalhadores rurais de um município do nordeste brasileiro acerca da prevenção e diagnóstico precoce do câncer de boca.** *Revista Ciência Plural.* 3 (1):51-62, 2017.

CASTRO, M. S. et al. **Development and validity of a method for the evaluation of printed education material.** *Pharmacy Practice*; 5(2):89-94. 2007.

CERQUEIRA, J. D. M. et al. **Psychological disorders and oral lichen planus: A systematic review.** *J investig clin dent.*, [s.l.], v. 9, n. 4, p. e12363, 1 Nov. 2018.

CHATURVEDI, P. **Oral cancer: premalignant conditions and screening – an update.** *J Cancer Res Ther* ;8(6):57-66, 2012.

CHEUNG, L. C. et al. **Risk-Based selection of individuals for oral cancer screening.** *Journal of Clinical Oncology, Alexandria*, v. 39, n. 6, p. 663-674, Feb. 2021.

CONTRERAS, W.; VENEGAS, B. **Virus Papiloma Humano en Cáncer Oral y Orofaringeo: Revisión de la Literatura.** *Int J Odontostomatol*, 9(3):427–35, 2015.

COSTA, B. S. F. et al. **Avaliação de um material educativo sobre higiene bucal e transtorno do espectro autista sob a ótica dos critérios do br-cdc-cci.** *Revista Científica do CRO-RJ (Rio de Janeiro Dental Journal)* v.8, n.1, January - April, 2023.

CREDITO, G. **Alcohol drinking and head and neck cancer risk: the joint effect of intensity and duration.** *British Journal of Cancer* 123:1456–1463; 2020.

CUNHA, A. R.; PRASS, T. S.; HUGO, F. N. **Mortality from oral and oropharyngeal cancer in Brazil: impact of the National Oral Health Policy.** *Cad. Saúde Pública*; 35(12):e00014319; 2019.

DIAS, J.V.S.; AMARANTE, P.D.C. **Educação popular e saúde mental: aproximando saberes e ampliando o cuidado.** *Saúde debate | rio de janeiro*, v. 46, n. 132, p. 188-199, jan-mar 2022.

DOMINGOS, P. A. S.; PASSALACQUA, M. L. C.; OLIVEIRA, A. L. B. M. **câncer bucal: um problema de saúde pública.** *Rev. Odontol. Univ. Cid. SãoPaulo*; 26(1): 46-52, jan-abr 2014.

- DONOSO, A. P.; MACEDO, A. M. C.; MAS, M. T. **Leucoplasia oral**. Aten Primaria;52(1):59---60, 2019.
- DRUMOND, D. G. et al. **Análise da situação vacinal contra Papilomavírus Humano entre estudantes de medicina de uma universidade pública federal**. Medicina (Ribeirão Preto);56(1):e-200480; 2023.
- DUARTE, F. H. S. et al. **Estratégias educativas em saúde para pessoas vivendo com HIV: revisão de escopo**. Acta Paul Enferm. 37:eAPE02572; 2024.
- FEBRASGO. **Manual de Orientação Trato Genital Inferior**. Fed Bras das Assoc Ginecol e Obs. Cap1; 2; 3:215; 2010.
- FERREIRA, A. M. et al. **Prevalence and factors associated with oral potentially malignant disorders in Brazil's rural workers**. Oral Dis., Houndmillis, v. 22, n. 6, p. 536-542, 2016.
- FLÓRIO, F. M. et al. **Desenvolvimento e Validação de História em Quadrinhos Educacional para Orientação sobre o Uso Seguro de Pasta de Dente com Flúor por Crianças**. Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada, 23: e220060, 2023.
- FREIRE, P. **Educação Como Prática da Liberdade**. Rio de Janeiro: Editora Paz e Terra, 21ª Edição, 1992.
- FREIRE, P. **Pacientes Impacientes**. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Caderno de educação popular e saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.
- FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. São Paulo: Paz e Terra, 1996.
- FREIRE, M. M. S.; ZANIN, L.; FLÓRIO, F.M. **Câncer bucal: o que sabem os cirurgiões- dentistas da Baixada Litorânea-RJ?** Rev Odontol UNESP.51:e20220049, 2022.
- FURTADO, L. S. V. et al. **Câncer bucal, desordens potencialmente malignas e prevenção: Uma revisão integrativa**. Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social, 7 (4): 479-490, 2019.
- GALBIATTI, A.L.S. et al. **Câncer de cabeça e pescoço: causas, prevenção e tratamento**. Braz J Otorhinolaryngol;79(2):239-47, 2013.
- GHENO, J. N. et al. **Oral mucosal lesions and their association with sociodemographic, behavioral, and health status factors**. Braz Oral Res., São Paulo, v. 29, p. 1-6, 4 Aug. 2015.
- GIOVINO, G. A. et al. **Tobacco use in 3 billion individuals from 16 countries: An analysis of nationally representative cross-sectional household surveys**. Lancet; 380:668-79, 2012.
- Global Cacer Observatory. **Cancer incidence, mortality and prevalence worldwide** [acesso em 17 maio de 2023].

GONZÁLEZ-MOLES, M. Á. et al. **Malignant transformation risk of oral lichen planus: a systematic review and comprehensive meta-analysis.** Oral Oncol., Oxford, Sep. 2019.

GONZÁLEZ-MOLES, M. Á.; RAMOS-GARCÍA, P.; WARNAKULASURIYA, S. **An appraisal of highest quality studies reporting malignant transformation of oral lichen planus based on a systematic review.** Oral Dis., Houndmillis, v. 27, n. 8, p. 1908-1918, 1 Nov. 2021.

GRAFTON-CLARKE, C.; CHEN K. W.; WILCOCK, J. **Diagnosis and referral delays in primary care for oral squamous cell cancer: a systematic review.** British Journal of General Practice; 69 (679): e112-e126, 2019.

HERPICH, T. L. **Atividades de educação permanente em uma campanha de combate ao câncer bucal (projeto maio vermelho).** Dissertação de mestrado, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, p. 65. 2022.

HILLY, O. et al. **Carcinoma of the oral tongue in patients younger than 30 years: Comparison with patients older than 60 years.** Oral Oncology; 49(10):987-90, 2013.

HUSSAIN, Q. A.; AWAN K.H. **Role of dental profession in oral cancer prevention and diagnosis.** J contemp. Dent. Pract. 17(12):963-964, 2016.

IOCCA, O. et al. Potentially malignant disorders of the oral cavity and oral dysplasia: A systematic review and meta-analysis of malignant transformation rate by subtype. **Head Neck, New York**,v. 42, n. 3, p.539-555, 1 Mar. 2020.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. **Estimativa 2020: incidência de câncer no Brasil.** Rio de Janeiro, 2019.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. **Diagnóstico precoce do câncer de boca.** Rio de Janeiro, 2022.

JADOTTE, Y. T.; SCHWARTZ, R. A. **Solar cheilosis: An ominous precursor: part I. Diagnostic insights.** J. Am. Acad. Dermatol., St louis, v. 66, n. 2, p. 173–184, 1 Feb. 2012.

JALENQUES, I. et al. **Prevalence and odds of signs of depression and anxiety in patients with lichen planus: systematic review and metaanalyses.** Acta Dermato-Venereologica, [s.l], v. 100, n. 18, p. 1-8, 2020.

JIANG, X. et al. **Tobacco and oral squamous cell carcinoma: A review of carcinogenic pathways.** Tob Induc Dis 17:29; 2019.

JUNQUEIRA, M. A. B. et al. **A educação que produz saúde: relato de uma experiência.** Em Extensão Uberlândia, 10 (2): 156-161, 2011.

KAMINAGAKURA, E. et al. **High-risk human papillomavirus in oral squamous cell carcinoma of young patients.** International Journal of Cancer, New York, v. 15, n. 130, p. 1726-1732, Apr. 2012.

LEAL, R. V. S.; EMMI, D. T.; ARAÚJO, M. V. A. **Acesso e qualidade da atenção secundária e da assistência em estomatologia no Brasil.** Physis: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 31(2), e310205, 2021.

LE CAMPION, A.C.O.V. et al. **Caracterização do atraso no diagnóstico do câncer de boca e orofaringe em dois centros de referência.** Cad. Saúde Colet.;24(2):178-184, 2016.

LEITE, R. B. et al.. **The influence of tobacco and alcohol in oral cancer: literature review.** Jornal Brasileiro de Patologia e Medicina Laboratorial, v. 57, p. e2142021, 2021.

LEITE, S. S. et al. **Construction and validation of an educational content validation instrument in health.** Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, v. 71, sup. 4, p. 1635-1641, 2018.

LEMOS JUNIOR, C. A. et al. **Câncer de boca baseado em evidências científicas.** Rev assoc paul cir dent ;67(3):178-86, 2013.

LINGUATECA Banco de palavras. [S. l.], 2022. Disponível em: <https://www.linguateca.pt/aceso/ordenador.php>. Acesso em: 27 mai. 2024.

LIMA, A. M. et al. **Delay in diagnosis of oral cancer: a systematic review.** Med Oral Patol Oral Cir Bucal.1;26 (6):e815-24 Nov 2021a.

LIMA, A. M. et al. **Delay in diagnosis of oral cancer: a systematic review.** Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 1;26(6):e815-e824, 2021b. doi: 10.4317/medoral.24808.

LIMA, F. L. T.; O'DWYER, G. **Atenção ao câncer bucal na região de saúde Metropolitana I do Rio de Janeiro, Brasil: fatores facilitadores e coercitivo.** Ciência & Saúde Coletiva, 28(3):875-886, 2023.

LIMA, F. L. T.; O'DWYER, G. **Políticas de Prevenção e Controle do Câncer Bucal à luz da Teoria da Estruturação de Giddens.** Ciência & Saúde Coletiva, 25(8):3201-3213, 2020.

LISBOA, L. J. et al. **Perfil Epidemiológico e Fatores Relacionados ao Câncer de Cavidade Oral em Adultos Jovens Brasileiros e sua Relação com o Óbito, 1985-2017.** Revista Brasileira de Cancerologia; 68(2): e-142063, 2022.

LISBOA, L. J. et al. **Fatores comportamentais desenvolvidos na adolescência e sua influência na etiologia do câncer de cavidade oral.** Rev. Ciênc. Méd. Biol., Salvador, v. 20, n. 1, p. 144-148, jan./abr. 2021.

LOMBARDO, E. M. et al. **Atrasos nos encaminhamentos de pacientes com câncer bucal: avaliação qualitativa da percepção dos cirurgiões-dentistas.** Ciência & Saúde Coletiva, 19(4):1223-1232, 2014.

MAHALE, P. et al. **Association between hepatitis c virus and head and neck cancers.** J Natl Cancer Inst;108(8):1–10, 2016.

MAIA, H. C. M. et al. **Lesões orais potencialmente malignas: correlações clínico-patológicas.** einstein; 14(1):35-40, 2016.

MARTINS, L.K. et al. **Educação em saúde na oncologia: uma revisão integrativa de literatura.** Revista Varia Scientia – Ciências da Saúde, Volume 2 – Número 1 -2016.

- MATOS, E. M. O. et al. **A importância da atuação do Cirurgião-Dentista na Atenção Básica no Sistema Único de Saúde (SUS): uma revisão bibliográfica.** Brazilian Journal of Health Review, 3(3), 4383–4395, 2020.
- MAYMONE, M. B. C. et al. **Premalignant and malignant oral mucosal lesions: Clinical and pathological findings.** J. Am. Acad. Dermatol., St Louis, v. 81, n. 1, p. 59-71, 1 Jul. 2019.
- MCNEILL, A. et al. **Levels of toxins in oral tobacco products in the UK.** Tob Control 15:64-7, 2006.
- MELO, B.A.C. et al. **Infecção por papilomavírus humano e carcinoma espinocelular oral - Uma revisão sistemática.** Braz J Otorhinolaryngol;87:346---52, 2021.
- MELLO, F. W. et al. **The synergistic effect of tobacco and alcohol consumption on oral squamous cell carcinoma: a systematic review and meta-analysis.** Clinical Oral Investigations, Berlin, v. 23, n. 7, p. 2849-2859, July 2019.
- MONTERO, P. H.; PATEL, S. G. **Cancer of the oral cavity.** Surg Oncol Clin N Am. 24(3):491-508, 2015. Disponível em: doi 10.1016/j.soc.2015.03.006.
- MORAIS, E. F. et al. **Avaliação do efeito carcinogênico do papilomavírus humano em cavidade oral e orofaringe: uma revisão sistemática.** Rev Med Minas Gerais; 28: e-1935, 2018.
- MORENO, G. C. D. L. **ALT: um software para análise de legibilidade de textos em Língua Portuguesa.** Policromias - Revista de Estudos do Discurso, Imagem e Som, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 91-128, 2023.
- MOTTA, A. C. F.; RODRIGUES, K. R. H. **Could we benefit from oral self-examination during the COVID-19 pandemic?.** Oral Oncology 107, 104840, 2020.
- MOYER, V. A.; U.S. PREVENTIVE SERVICES TASK FORCE. **Screening for oral cancer: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement.** Annals of Internal Medicine, Philadelphia, PA, v. 160, n. 1, p. 55-60, Jan. 2014.
- NADEAU, C.; KERR, A. R. **Evaluation and Management of Oral Potentially Malignant Disorders.** Dent. Clin. North Am., Philadelphia, v. 62, n. 1, p. 1-27, 1 Jan. 2018.
- NAKRE, P. D.; HARIKIRAN, A. G. **Effectiveness of oral health education programs: A systematic review.** J Int Soc Prev Community Dent. 3(2):103-15, 2013. Disponível em: doi: 10.4103/2231-0762.127810.
- NARVAI, P.C. **O caso do ‘Brasil Sorridente’ e perspectivas da política nacional de saúde bucal em meados do século XXI.** Tempus Actas Saude Coletiva. 2020;14(1):175-87.

NEVILLE, B. W.; DAY, T. A. **Oral cancer and precancerous lesions.** CA Cancer J Clin. 52(4):195-215, 2002. Disponível em: doi 10.3322/canjclin.52.4.195.

NORO, L. R. A. et al. **The challenge of the approach to oral cancer in primary health care.** Ciência & Saúde Coletiva, 22(5):1579-1587, 2017.

OLIVEIRA, R. S. et al. **Tecnologias educacionais digitais: sugestões de utilização para potencializar o processo de ensino e aprendizagem.** Caderno Pedagógico, [S. l.], v. 21, n. 1, p. 1281-1302, 2024.

OLIVEIRA, A. S. S. et al. **Câncer bucal e papilomavírus humano na perspectiva de agentes comunitários de saúde.** Revista Baiana v. 43, n. 2, p. 410-424, abr./jun. 2019.

OLIVEIRA, A. S. S.; VILELA, A. B. A.; PRADO, F. O. **O discurso do sujeito coletivo: o que dizem os agentes comunitários de saúde sobre o câncer bucal na Atenção Básica?** Rev. APS. 24(4): 698-712, out.-dez. 2021.

OLIVEIRA, S. R. S.; GONZAGA, A. K. G. **Câncer de boca: avaliação do conhecimento de cirurgiões-dentistas da estratégia de saúde da família de Mossoró, rio grande do norte.** Revista Ciência Plural. 6(3):137-153; 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Câncer.** Disponível em: https://www.who.int/health-topics/cancer#tab=tab_1. Acesso em: 03 maio 2023.

OYAPERO, A.; ERINOSO, O.; OLATOSI, O. **A Community Survey on Association of Sociodemographic Characteristics with Risk Perception and Awareness about Oral Cancer in Lagos, Nigeria.** Pesqui. Bras. Odontopediatria Clín. Integr. 24:e230065, 2024.

PAULA, M.R. et al. **Perfil epidemiológico do carcinoma de células escamosas de cavidade oral e orofaringe diagnosticados na liga mossoroense de estudos e combate ao câncer.** Revista Ciência Plural; 8(1): e24820, 2022.

PEREIRA, J. L.; GONÇALVES, R. F. M.; PINHO, D. R. S. **Elaboración y Evaluación de Cartilla de Cuidados para una Alimentación Segura en la Clínica de Cuidados Paliativos Oncológicos.** Revista Brasileira de Cancerologia; 69(2): e-123757, 2023.

PEREIRA, R. S. et al. **Relação da infecção do papiloma vírus humano (HPV) com a apresentação de carcinomas de células escamosas de regiões da orofaringe.** Medicina (Ribeirão Preto);55(4):e-183175, 2022.

PINHO NETO, O. S.; SALDANHA, A. A. W.; SANTOS, C. E. **Câncer na cavidade oral associado ao HPV e HIV.** Intervenção Precoce no Câncer Oral: Um problema de saúde pública. João Pessoa: Mídia Gráfica e Editora, pág. 88. 2021.

PINTO, L. F. et al. **40 anos de Alma-Ata: desafios da Atenção Primária à Saúde no Brasil e no mundo.** Ciência Saúde Coletiva; 25(4): 1178, Março, 2020.

PIRES, A. L. P. V. et al. **Desordens orais potencialmente malignas: o que o cirurgião-dentista precisa saber?**. Rev. Ciênc. Méd. Biol., Salvador, v. 22, n. 1, p. 137-145, jan./abr. 2023.

PIRES, A. L. P. V. et al. **Relationship of psychological factors with salivary flow rate and cortisol levels in individuals with oral lichen planus: a case-control study**. Oral surgery, oral medicine, oral pathology and oral radiology, [s.l.], v. 130, n. 6, p. 675-680, 2020.

POLIT, D.F.; BECK, C.T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. 5 ed. Porto Alegre: Artmed 2011.

REZENDE, C. P. et al. **Alterações da saúde bucal em portadores de câncer da boca e orofaringe**. 74 (4): 596-600, 2008.

REIBINITZ JÚNIOR, C.; CAETANO, J. C.; PRADO, M. L. **A contribuição do trabalho odontológico na resolução de problemas de saúde da população: a concepção de alunos de Odontologia**. Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 19 [1]: 189-206, 2009.

RIBEIRO, I.L.A. et al. **Fatores associados ao câncer de lábio e cavidade oral**. rev bras epidemiol; 18(3): 618-629, jul-set 2015.

RODRIGUES, L. V. et al. **Oral health actions in the primary health care network of northeastern Brazil in relation to oral cancer**. Rev Gauch Odontol. 67:e20190027; 2019.

RUTKOWSKA, M. et al. **Oral cancer: the first symptoms and reasons for delaying correct diagnosis and appropriate treatment**. **Advances in Clinical and Experimental Medicine**: official organ Wroclaw Medical University, Wroclaw, Poland, v. 29, n. 6, p. 735-743, June 2020.

SANTOS, G. B. G. et al. **Smoking-Alcohol-Sex Exposure and Knowledge About Oral and Oropharyngeal Cancer Among Brazilian Adolescents: Na Exploratory-Observational Approach**. Pesqui. Bras. Odontopediatria Clín. Integr. 20:e5298; 2020.

SANTOS, I. V. S. et al. **O papel do cirurgião-dentista em relação ao câncer de boca**. Odontologia Clínico-Científica (Online) 10 (3): 207-210, 2011.

SHAVIT, E.; KLIEB, H.; SHEAR, N. H. **Oral lichen planus: a novel staging and algorithmic approach and all that is essential to know**. F1000Research, [s.l.], v. 9, 2020.

SILVA, H. L.; BEZERRA, F. H. G.; BRASILEIRO, I. C. **Avaliação de materiais educativos direcionados para o desenvolvimento neuropsicomotor da criança**. Rev Bras Promoç Saúde, Fortaleza, 30(3): 1-6, jul./set., 2017.

SILVA, P. G. B. et al. **Histórico de Consumo de Álcool como Fator Preditivo de Sobrevida em Pacientes com Carcinoma de Células Escamosas de Boca e Orofaringe: Follow-up de 15 Anos**. Revista Brasileira de Cancerologia; 66(1): e-02573; 2020.

SOARES, M. S. M.; ALBUQUERQUE, A. C. L.; MACENA, M. S. A. **Aspectos clínicos do câncer oral**. Intervenção Precoce no Câncer Oral: Um problema de saúde pública. João Pessoa: Mídia Gráfica e Editora, p. 66. 2021.

SOUSA, P.D.L. et al. **Conhecimento e aceitabilidade da vacina para o HPV entre adolescentes, pais e profissionais de saúde: elaboração de constructo para coleta e composição de banco de dados** Rev bras crescimento desenvolv hum, 28(1):58–68, 2018.

SOUSA JÚNIOR, C. P. et al. **Building and validation of educational booklets for the promotion of self-care among the elderly**. Concilium. v. 23, n 9, p. 392-406, 2023.

SOUSA-MUÑOZ, R. L.; PAIVA, A. F. A.; SANTIAGO, L. D. P. Exame Físico de Cabeça e Pescoço. In: Sousa-Muñoz, R. L. (Org.). **Iniciação ao Exame Clínico: Guia para o Estudante de Medicina**. João Pessoa: Editora Universitária da UFPB, p. 73-85, 2010.

SOUZA, M. P. M. et al. **ALT - Análise de Legibilidade Textual**. Acesso em 07/07/2023 [Online]. Disponível em: <https://legibilidade.com/>.

SOUZA, T.M.; RONCALLI A.G. **Saúde bucal no Programa Saúde da Família: uma avaliação do modelo assistencial**. Cadernos de Saúde Pública. 23(11):2727-39, 2007.

SPAULONCI, G.P. et al. **Oral Cancer Knowledge Assessment : Newly Graduated versus Senior Dental Clinicians**. Int J Dent;2018: 1-12, 2018.

SPEIGHT, P. M.; KHURRAM, S. A.; KUJAN, O. **Oral potentially malignant disorders: risk of progression to malignancy**. Oral surgery, oral medicine, oral pathology and oral radiology, [s.l.], v. 125, n. 6, p. 612-627, 1 Jun.2018.

TAVARES S.S. et al. **O Brasil Sorridente aos olhos da 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal e da 16ª Conferência Nacional de Saúde**. Tempus Actas Saude Coletiva. 2020;14(1):127-42.

TONELLI, M. et al. **A disponibilidade de cirurgiões-dentistas na rede de atenção de Florianópolis, SC: examinando a Lei dos Cuidados Inversos**. Revista da Faculdade de Odontologia de Porto Alegre, v. 63, n.2, jul./dez. 2022.

VALLEJO, M. J. G.; MARTÍN, J. M. G.; LESTON, J. S. **Enfoque del diagnóstico y tratamiento de la leucoplasia oral**. Artículos Originales Otorrinolaringología 1, 1-8, 2015.

VASCONCELOS, E. C. F. A. et al. **Carcinoma epidermoide de lábio inferior: análise da incidência e mortalidade no brasil**. Revista Odontológica de Araçatuba, v.40, n.3, p. 34-37, Setembro/Dezembro, 2019.

VELOSO, D. J.; CUNHA, P. A. S. **Diagnóstico tardio do câncer de boca: um desafio ainda não superado**. Intervenção Precoce no Câncer Oral: Um problema de saúde pública. João Pessoa: Mídia Gráfica e Editora, pág. 81. 2021.

VELOSO, H. H. P.; CALDAS, J. N. P. **Câncer oral: desafios e cuidados no tratamento odontológico**. Intervenção Precoce no Câncer Oral: Um problema de saúde pública. João Pessoa: Mídia Gráfica e Editora, pág.122. 2021.

VICTORA, C. G. et al. **The inverse equity hypothesis: analyses of institutional deliveries in 286 national surveys**. American Journal of Public Health.108(4): 464-71, 2018.

VILA, M. B. et al. **Lesiones bucales diagnosticadas por Programa de Detección del Cáncer Bucal**. Revista Electrónica Medimay Vol. 27, número 1, Ene-Mar 2020.

WARNAKULASURIYA, S. **Clinical features and presentation of oral potentially malignant disorders**. Oral surgery, oral medicine, oral pathology and oral radiology, [s.l], v. 125, n. 6, p. 582–590, 1 Jun. 2018.

WARNAKULASURIYA, S.; GREENSPAN, J. S. (ed.). **Textbook of oral cancer: prevention, diagnosis and management**. Cham, Switzerland: Springer, 2020.

WARNAKULASURIYA, S.; KERR, A. R. **Oral Cancer Screening: Past, Present, and Future**. Journal of Dental Research, Vol. 100(12) 1313–1320, 2021.

WETZEL, S. L.; WOLLENBERG, J. **Oral Potentially Malignant Disorders**. Dent. clin North Am., Philadelphia, v. 64, n. 1, p. 25-37, 1 Jan. 2020.

WILD, C. F. W. et al. **Validation of educational booklet: an educational technology in dengue prevention**. Rev Bras Enferm. 72(0):1318-25, 2019. Disponível em: doi <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0771>

WIRIYAKIJJA, P. et al. **Health-related quality of life and its associated predictors in patients with oral lichen planus: a cross-sectional study**. Int. dent. j., London, v. 71, n. 2, p. 140-152, 1 Apr. 2020.

ZHOU, Y. et al. **Alcoholic Beverage consumption and chronic diseases**. Int J Environ Res Public Health.13(6):522, 2016.

APÊNDICES

APÊNDICE A – CARACTERIZAÇÃO DO CIRURGIÃO-DENTISTA



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS MÉDICAS
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA



CARACTERIZAÇÃO DO CIRURGIÃO-DENTISTA PARTICIPANTE DA PESQUISA

Nome: _____

Idade: _____

Faculdade/Universidade em que concluiu a graduação em Odontologia:

Especialização:

- Patologia Oral
- Estomatologia
- Ambas

Tempo de atuação na(s) especialidade(s)?

Maior titulação acadêmica:

- Especialização
- Mestrado
- Doutorado

Instituição (ões) em que atua?

APÊNDICE B – FORMULÁRIO UTILIZADO NO GOOGLE FORMS PARA COLETA DE DADOS

31/05/2024, 20:34

CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO INICIAL DE TECNOLOGIA EDUCATIVA PARA USUÁRIOS DA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE S...

CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO INICIAL DE TECNOLOGIA EDUCATIVA PARA USUÁRIOS DA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE SOBRE PREVENÇÃO E DIAGNÓSTICO PRECOCE DO CÂNCER BUCAL

Esta pesquisa tem como objetivo validar uma cartilha educativa destinada aos usuários da Atenção Primária à Saúde (APS) sobre prevenção e diagnóstico precoce do câncer de boca. A justificativa para esta iniciativa é a criação de um material educativo em saúde que possa ajudar os pacientes na detecção precoce e na prevenção do câncer bucal.

** Indica uma pergunta obrigatória*

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Título do Estudo: Construção e validação inicial de tecnologia educativa para usuários da atenção básica à saúde sobre prevenção e diagnóstico precoce do câncer bucal

Pesquisador Responsável: Pedro Paulo Alcino da Silva

Orientadora: Profa. Dra. Rílva Lopes de Sousa Muñoz

O (A) Senhor (a) está sendo convidado (a) a participar de uma pesquisa. Por favor, leia este documento com bastante atenção antes de concordar. Caso haja alguma palavra ou frase que o (a) senhor (a) não consiga entender, converse com o pesquisador responsável pelo estudo ou com um membro da equipe desta pesquisa para esclarecê-lo.

A proposta deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) é explicar tudo sobre o estudo e solicitar a sua permissão para participar do mesmo.

O convite para participação será encaminhado por e-mail ou WhatsApp, de forma individualizada, contendo informações sobre o tipo de pesquisa, seus objetivos e os instrumentos de coleta de dados.

Como participante, o (a) senhor (a) deverá concordar em participar da pesquisa. A concordância é um requisito essencial para a participação na pesquisa.

O objetivo desta pesquisa é a validação de uma cartilha educativa voltada aos usuários da Atenção Primária à Saúde (APS) sobre prevenção e diagnóstico precoce do câncer de boca e tem como justificativa a produção de um material de educação em saúde que possa auxiliar os pacientes no que concerne ao diagnóstico precoce e à prevenção do câncer bucal.

Se o(a) Sr.(a) aceitar participar da pesquisa, os procedimentos envolvidos em sua participação são os seguintes: será realizado, inicialmente, o preenchimento de um material para caracterização do perfil profissional. Após isso, a cartilha educativa será avaliada com base no Instrumento de Validação de Conteúdo Educativo em Saúde (IVCES). Será atribuído um valor de 1 a 4 pelo participante, dependendo da adequação da cartilha às afirmações do IVCES. Ao final do questionário, poderão ser realizadas sugestões de adequações ou modificações da cartilha educativa. Todo o processo será conduzido através da resposta ao formulário do Google Forms ou contatos via e-mail/WhatsApp e o tempo estimado para a análise da cartilha e resposta aos questionários é de aproximadamente 45 minutos. Caso seja necessário fazer ajustes no material, o(a) Sr.(a) poderá ser contatado até mais duas vezes para realizar novas avaliações do material educativo, o que resultará em novas adequações.

Toda pesquisa com seres humanos envolve algum tipo de risco. Nessa pesquisa,

consideramos os possíveis riscos ou desconfortos que os participantes podem enfrentar, como o vazamento de suas informações pessoais, opiniões ou sugestões; além de fadiga ou constrangimento pelo possível medo de que as informações dadas sejam expostas e seu anonimato seja quebrado. Para minimizar esses riscos, adotaremos medidas de segurança, como limitar o acesso aos dados apenas aos membros da equipe de pesquisa. Os dados pessoais serão armazenados de forma segura em ambientes digitais, com acesso restrito por senhas, e serão utilizados exclusivamente para os propósitos específicos da pesquisa. Para evitar a fadiga, adotaremos medidas como a escolha de um questionário validado curto e o controle do tamanho da cartilha educativa a ser avaliada.

As respostas dadas pelo (a) senhor (a) serão armazenadas em meio físico, em um disco rígido de memória, com acesso protegido por senha. Os arquivos serão nomeados com codinomes específicos para cada participante, de forma a evitar qualquer identificação pessoal.

Adicionalmente, teremos um controle rigoroso sobre o acesso aos dados durante toda a pesquisa. Ao final do estudo, os dados serão descartados ou tornados anônimos para evitar qualquer risco de exposição indevida. Todas as informações pessoais, sugestões e opiniões serão tratadas de forma anônima.

O pesquisador está ciente da importância de proteger a privacidade dos dados pessoais dos participantes e está comprometido em garantir a segurança e a confidencialidade das informações coletadas.

Esta pesquisa também pode trazer benefícios. Atividades de Educação em Saúde são de fundamental importância para empoderamento e protagonismo dos usuários nos cuidados com sua própria saúde. As cartilhas educativas são instrumentos muito valiosos para aproximar a população da ciência e do meio acadêmico. Quando bem elaboradas, com linguagem adaptada ao público ao qual se destina, estimula o aprendizado e serve como mecanismo de empoderamento de usuários, o que pode gerar responsabilização deles com sua própria saúde. As cartilhas educativas são uma estratégia simples e eficaz para promover educação em saúde e contribuir para a prevenção e detecção precoce do câncer de boca, principalmente quando são submetidas a um processo de validação por especialistas na área, pois há um controle na qualidade do material educativo e conseqüente maior efetividade. A pesquisa não trará benefícios diretos aos participantes, porém contribuirá para a elaboração de material educativo de qualidade para os usuários da APS.

Sua participação na pesquisa é totalmente voluntária, ou seja, não é obrigatória. Caso o(a) Sr.(a) decida não participar, ou ainda, desistir de participar e retirar seu consentimento durante a pesquisa, não haverá nenhum prejuízo.

É importante destacar que sua atuação como participante dá o direito de não responder a qualquer pergunta nos materiais enviados e também pode desistir da pesquisa a qualquer momento, sem qualquer custo ou conseqüência. No caso de desistência, um e-mail ou um contato com o pesquisador será estabelecido para

informar sobre essa decisão, garantindo que os dados do (a) senhor (a) não serão utilizados nos resultados da pesquisa e serão excluídos.

Não está previsto nenhum tipo de pagamento pela sua participação na pesquisa e o(a) Sr.(a) não terá nenhum custo com respeito aos procedimentos envolvidos.

Caso ocorra algum problema ou dano com o(a) Sr.(a), resultante de sua participação na pesquisa, o(a) Sr.(a) receberá todo o atendimento necessário, sem nenhum custo pessoal e garantimos indenização diante de eventuais fatos comprovados, com nexos causal com a pesquisa.

Solicitamos também sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos da área de saúde e publicar em revista científica nacional e/ou internacional. Por ocasião da publicação dos resultados, seu nome será mantido em sigilo absoluto, bem como em todas as fases da pesquisa. Esses dados serão guardados pelo pesquisador responsável por essa pesquisa em local seguro e por um período de 5 anos.

É assegurada a assistência durante toda pesquisa, bem como é garantido ao Sr.(a), o livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo e suas consequências, enfim, tudo o que o(a) Sr.(a) queira saber antes, durante e depois da sua participação.

Os resultados da pesquisa poderão ser solicitados pelo (a) sr. (a) a partir de julho de 2024 por e-mail, WhatsApp, presencialmente ou por telefone. Ressalta-se que os dados coletados nesta pesquisa somente poderão ser utilizados para as finalidades da presente pesquisa, sendo que para novos objetivos um novo TCLE deve ser aplicado.

Caso o(a) Sr.(a) tenha dúvidas, poderá entrar em contato com o pesquisador responsável Pedro Paulo Alcino da Silva, pelo telefone (81) 99846-5342, endereço rua Laranjal, 47, Cidade Nova, Natal, Rio Grande do Norte e/ou pelo e-mail pedropauloalcino@hotmail.com, com o pesquisador Rilva Lopes de Sousa Muñoz, pelo telefone (83) 99982-0820 e pelo e-mail rilvsmunoz@gmail.com ou com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP/CCM - COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA; CENTRO DE CIÊNCIAS MÉDICAS - UFPB. Endereço: Centro de Ciências Médicas, 3º andar, Sala 14, Campus I – Cidade Universitária – Bairro Castelo Branco, CEP: 58059-900. Telefone: (83) 3216 7791 / Email: eticaccsufpb@hotmail.com.

1. CONCORDA EM PARTICIPAR DA PESQUISA? *

Marcar apenas uma oval.

SIM

NÃO

CARACTERIZAÇÃO DO CIRURGIÃO-DENTISTA PARTICIPANTE DA PESQUISA**2. Nome:**

3. Idade:

4. Universidade em que concluiu a graduação em Odontologia:

5. Especialização:

Marcar apenas uma oval.

Patologia Oral

Estomatologia

Ambas

6. Tempo de atuação na(s) especialidade(s):

7. Maior titulação acadêmica:

Marcar apenas uma oval.

- Especialização
- Mestrado
- Doutorado

8. Instituição(ões) em que atua:

INSTRUMENTO DE VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO EDUCATIVO EM SAÚDE (IVCES)**ATENÇÃO**

Antes de responder a esta parte do questionário, é necessário que o(a) senhor(a) tenha avaliado a cartilha educativa. Este instrumento é utilizado para a avaliação da cartilha e está dividido em três partes: objetivos, estrutura/apresentação e relevância. Para cada item (afirmação), selecione apenas uma opção como resposta, de acordo com sua análise.

9. A cartilha contempla o tema proposto.

Marcar apenas uma oval.

- 1 - Item não relevante ou representativo.
- 2 - Item necessita de grande revisão para ser representativo.
- 3 - Item necessita de pequena revisão para ser representativo.
- 4 - Item relevante ou representativo.

10. A cartilha é adequada ao processo de ensino-aprendizagem.

Marcar apenas uma oval.

- 1 - Item não relevante ou representativo.
- 2 - Item necessita de grande revisão para ser representativo.
- 3 - Item necessita de pequena revisão para ser representativo.
- 4 - Item relevante ou representativo.

11. A cartilha esclarece dúvidas sobre o tema abordado.

Marcar apenas uma oval.

- 1 - Item não relevante ou representativo.
- 2 - Item necessita de grande revisão para ser representativo.
- 3 - Item necessita de pequena revisão para ser representativo.
- 4 - Item relevante ou representativo.

12. A cartilha proporciona reflexão sobre o tema.

Marcar apenas uma oval.

- 1 - Item não relevante ou representativo.
- 2 - Item necessita de grande revisão para ser representativo.
- 3 - Item necessita de pequena revisão para ser representativo.
- 4 - Item relevante ou representativo.

31/05/2024, 20:34

CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO INICIAL DE TECNOLOGIA EDUCATIVA PARA USUÁRIOS DA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE S...

13. A cartilha incentiva mudança de comportamento.

Marcar apenas uma oval.

- 1 - Item não relevante ou representativo.
- 2 - Item necessita de grande revisão para ser representativo.
- 3 - Item necessita de pequena revisão para ser representativo.
- 4 - Item relevante ou representativo.

14. A cartilha apresenta linguagem adequada ao público-alvo.

Marcar apenas uma oval.

- 1 - Item não relevante ou representativo.
- 2 - Item necessita de grande revisão para ser representativo.
- 3 - Item necessita de pequena revisão para ser representativo.
- 4 - Item relevante ou representativo.

15. A cartilha apresenta linguagem apropriada ao material educativo.

Marcar apenas uma oval.

- 1 - Item não relevante ou representativo.
- 2 - Item necessita de grande revisão para ser representativo.
- 3 - Item necessita de pequena revisão para ser representativo.
- 4 - Item relevante ou representativo.

16. A cartilha apresenta linguagem interativa, permitindo envolvimento ativo no processo educativo.

Marcar apenas uma oval.

- 1 - Item não relevante ou representativo.
- 2 - Item necessita de grande revisão para ser representativo.
- 3 - Item necessita de pequena revisão para ser representativo.
- 4 - Item relevante ou representativo.

17. A cartilha apresenta informações corretas.

Marcar apenas uma oval.

- 1 - Item não relevante ou representativo.
- 2 - Item necessita de grande revisão para ser representativo.
- 3 - Item necessita de pequena revisão para ser representativo.
- 4 - Item relevante ou representativo.

18. A cartilha apresenta informações objetivas.

Marcar apenas uma oval.

- 1 - Item não relevante ou representativo.
- 2 - Item necessita de grande revisão para ser representativo.
- 3 - Item necessita de pequena revisão para ser representativo.
- 4 - Item relevante ou representativo.

19. A cartilha apresenta informações esclarecedoras.

Marcar apenas uma oval.

- 1 - Item não relevante ou representativo.
- 2 - Item necessita de grande revisão para ser representativo.
- 3 - Item necessita de pequena revisão para ser representativo.
- 4 - Item relevante ou representativo.

20. A cartilha apresenta informações necessárias.

Marcar apenas uma oval.

- 1 - Item não relevante ou representativo.
- 2 - Item necessita de grande revisão para ser representativo.
- 3 - Item necessita de pequena revisão para ser representativo.
- 4 - Item relevante ou representativo.

21. A cartilha apresenta sequência lógica das ideias.

Marcar apenas uma oval.

- 1 - Item não relevante ou representativo.
- 2 - Item necessita de grande revisão para ser representativo.
- 3 - Item necessita de pequena revisão para ser representativo.
- 4 - Item relevante ou representativo.

22. A cartilha apresenta um tema atual.

Marcar apenas uma oval.

- 1 - Item não relevante ou representativo.
- 2 - Item necessita de grande revisão para ser representativo.
- 3 - Item necessita de pequena revisão para ser representativo.
- 4 - Item relevante ou representativo.

23. A cartilha apresenta tamanho do texto adequado.

Marcar apenas uma oval.

- 1 - Item não relevante ou representativo.
- 2 - Item necessita de grande revisão para ser representativo.
- 3 - Item necessita de pequena revisão para ser representativo.
- 4 - Item relevante ou representativo.

24. A cartilha estimula o aprendizado.

Marcar apenas uma oval.

- 1 - Item não relevante ou representativo.
- 2 - Item necessita de grande revisão para ser representativo.
- 3 - Item necessita de pequena revisão para ser representativo.
- 4 - Item relevante ou representativo.

25. A cartilha contribui para o conhecimento na área.

Marcar apenas uma oval.

- 1 - Item não relevante ou representativo.
- 2 - Item necessita de grande revisão para ser representativo.
- 3 - Item necessita de pequena revisão para ser representativo.
- 4 - Item relevante ou representativo.

26. A cartilha desperta interesse pelo tema.

Marcar apenas uma oval.

- 1 - Item não relevante ou representativo.
- 2 - Item necessita de grande revisão para ser representativo.
- 3 - Item necessita de pequena revisão para ser representativo.
- 4 - Item relevante ou representativo.

OPINIÕES, OBSERVAÇÕES E/OU SUGESTÕES

Atenção

Esta última seção serve para que o(a) senhor(a) emita opiniões, observações ou sugestões de melhoria, caso considere necessário.

27. Escreva suas opiniões, observações ou sugestões no campo abaixo.

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pelo Google.

Google Formulários

APÊNDICE C – AUTORIZAÇÃO DE USO DE IMAGEM



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE USO DE IMAGEM

Eu, ARLINDO MENEZES FEITOSA, autorizo livre e voluntariamente, o aluno *Pedro Paulo Alcino da Silva* a divulgar as fotografias do meu caso clínico para fins de pesquisa científica/educacional. Conheço o desenvolvimento da cartilha educativa sobre prevenção e diagnóstico precoce do câncer de boca e o autorizo a utilizar as imagens no material.

Concordo que o material possa ser publicado em aulas, congressos, eventos científicos, palestras, dissertações, teses e/ou periódicos científicos. As fotografias ficarão sob a propriedade do aluno.

ARLINDO MENEZES FEITOSA (RN), 3 de Julho de 2024.

Armando Menezes Feitosa
Assinatura ou impressão datiloscópica do/da participante

ANEXOS

ANEXO A - INSTRUMENTO DE VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO EDUCATIVO EM SAÚDE (IVCES)

OBJETIVOS: propósitos, metas ou finalidades	1	2	3	4
1. Contempla tema proposto				
2. Adequado ao processo de ensino-aprendizagem				
3. Esclarece dúvidas sobre o tema abordado				
4. Proporciona reflexão sobre o tema				
5. Incentiva mudança de comportamento				
ESTRUTURA/APRESENTAÇÃO: organização, estrutura, estratégia, coerência e suficiência	1	2	3	4
6. Linguagem adequada ao público-alvo				
7. Linguagem apropriada ao material educativo				
8. Linguagem interativa, permitindo envolvimento ativo no processo educativo				
9. Informações corretas				
10. Informações objetivas				
11. Informações esclarecedoras				
12. Informações necessárias				
13. Sequência lógica das ideias				
14. Tema atual				
15. Tamanho do texto adequado				
RELEVÂNCIA: significância, impacto, motivação e interesse	1	2	3	4
16. Estimula o aprendizado				
17. Contribui para o conhecimento na área				
18. Desperta interesse pelo tema				

Nota: Valoração dos itens: 1 = não relevante ou não representativo, 2 = item necessita de grande revisão para ser representativo, 3 = item necessita de pequena revisão para ser representativo, 4 = item relevante ou representativo.

OPINIÕES, OBSERVAÇÕES E/OU SUGESTÕES

Esta última seção serve para que o(a) senhor(a) emita opiniões, observações ou sugestões de melhoria, caso considere necessário.

ANEXO B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Título do Estudo: Construção e validação inicial de tecnologia educativa para usuários da atenção básica à saúde sobre prevenção e diagnóstico precoce do câncer bucal

Pesquisador Responsável: Pedro Paulo Alcino da Silva

Orientadora: Profa. Dra. Rilva Lopes de Sousa Muñoz

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O (A) Senhor (a) está sendo convidado (a) a participar de uma pesquisa. Por favor, leia este documento com bastante atenção antes de assiná-lo. Caso haja alguma palavra ou frase que o (a) senhor (a) não consiga entender, converse com o pesquisador responsável pelo estudo ou com um membro da equipe desta pesquisa para esclarecê-lo.

A proposta deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) é explicar tudo sobre o estudo e solicitar a sua permissão para participar do mesmo.

O convite para participação será encaminhado por e-mail ou ferramentas de comunicação instantânea, de forma individualizada, contendo informações sobre o tipo de pesquisa, seus objetivos e os instrumentos de coleta de dados.

O objetivo desta pesquisa é a validação de uma cartilha educativa voltada aos usuários da Atenção Primária à Saúde (APS) sobre prevenção e diagnóstico precoce do câncer de boca e tem como justificativa a produção de um material de educação em saúde que possa auxiliar os pacientes no que concerne ao diagnóstico precoce e à prevenção do câncer bucal.

Se o(a) Sr.(a) aceitar participar da pesquisa, os procedimentos envolvidos em sua participação são os seguintes: será realizado, inicialmente, o preenchimento de um material para caracterização do perfil profissional. Após isso, a cartilha educativa será avaliada com base no Instrumento de Validação de Conteúdo Educativo em Saúde (IVCES). Será atribuído um valor de 1 a 4 pelo participante, dependendo da adequação da cartilha às afirmações do IVCES. Ao final do questionário, poderão ser realizadas sugestões de adequações ou modificações da cartilha educativa. Todo o processo será conduzido através da resposta ao formulário do Google Forms ou contatos via e-mail/ ferramentas de comunicação instantânea e o tempo estimado para a análise da cartilha e resposta aos questionários é de aproximadamente 45 minutos. Caso seja necessário fazer ajustes no material, o(a) Sr.(a) poderá ser contatado até mais duas vezes para realizar novas avaliações do material educativo, o que resultará em novas adequações.

Toda pesquisa com seres humanos envolve algum tipo de risco. Nessa pesquisa, consideramos os possíveis riscos ou desconfortos que os participantes podem enfrentar, como o vazamento de suas informações pessoais, opiniões ou sugestões; além de fadiga ou constrangimento pelo possível medo de que as informações dadas sejam expostas e seu anonimato seja quebrado. Para minimizar esses riscos, adotaremos medidas de segurança, como limitar o acesso aos dados apenas aos membros da equipe de pesquisa. Os dados pessoais serão armazenados de forma segura em ambientes digitais, com acesso restrito por senhas, e serão utilizados exclusivamente para os propósitos específicos da pesquisa. Para evitar a fadiga, adotaremos medidas como a escolha de um questionário validado curto e o controle do tamanho da cartilha educativa a ser avaliada.

As respostas dadas pelo (a) senhor (a) serão armazenadas em meio físico, em um disco rígido de memória, com acesso protegido por senha. Os arquivos serão nomeados com codinomes específicos para cada participante, de forma a evitar qualquer identificação pessoal.

Adicionalmente, teremos um controle rigoroso sobre o acesso aos dados durante toda a pesquisa. Ao final do estudo, os dados serão descartados ou tornados anônimos para evitar qualquer risco de exposição indevida. Todas as informações pessoais, sugestões e opiniões serão tratadas de forma anônima.

O pesquisador está ciente da importância de proteger a privacidade dos dados pessoais dos participantes e está comprometido em garantir a segurança e a confidencialidade das informações coletadas.

Esta pesquisa também pode trazer benefícios. Atividades de Educação em Saúde são de fundamental importância para empoderamento e protagonismo dos usuários nos cuidados com sua própria saúde. As cartilhas educativas são instrumentos muito valiosos para aproximar a população da ciência e do meio acadêmico. Quando bem elaboradas, com linguagem adaptada ao público ao qual se destina, estimula o aprendizado e serve como mecanismo de empoderamento de usuários, o que pode gerar responsabilização deles com sua própria saúde. As cartilhas educativas são uma estratégia simples e eficaz para promover educação em saúde e contribuir para a prevenção e detecção precoce do câncer de boca, principalmente quando são submetidas a um processo de validação por especialistas na área, pois há um controle na qualidade do material educativo e consequente maior efetividade. A pesquisa não trará benefícios diretos aos participantes, porém contribuirá para a elaboração de material educativo de qualidade para os usuários da APS.

Sua participação na pesquisa é totalmente voluntária, ou seja, não é obrigatória. Caso o(a) Sr.(a) decida não participar, ou ainda, desistir de participar e retirar seu consentimento durante a pesquisa, não haverá nenhum prejuízo.

É importante destacar que sua atuação como participante dá o direito de não responder a qualquer pergunta nos materiais enviados e também pode desistir da pesquisa a qualquer momento, sem qualquer custo ou consequência. No caso de desistência, um e-mail ou um contato com o pesquisador será estabelecido para

informar sobre essa decisão, garantindo que os dados do (a) senhor (a) não serão utilizados nos resultados da pesquisa e serão excluídos.

Não está previsto nenhum tipo de pagamento pela sua participação na pesquisa e o(a) Sr.(a) não terá nenhum custo com respeito aos procedimentos envolvidos.

Caso ocorra algum problema ou dano com o(a) Sr.(a), resultante de sua participação na pesquisa, o(a) Sr.(a) receberá todo o atendimento necessário, sem nenhum custo pessoal e garantimos indenização diante de eventuais fatos comprovados, com nexos causal com a pesquisa.

Solicitamos também sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos da área de saúde e publicar em revista científica nacional e/ou internacional. Por ocasião da publicação dos resultados, seu nome será mantido em sigilo absoluto, bem como em todas as fases da pesquisa. Esses dados serão guardados pelo pesquisador responsável por essa pesquisa em local seguro e por um período de 5 anos.

É assegurada a assistência durante toda pesquisa, bem como é garantido ao Sr.(a), o livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo e suas consequências, enfim, tudo o que o(a) Sr.(a) queira saber antes, durante e depois da sua participação.

Os resultados da pesquisa poderão ser solicitados pelo (a) sr. (a) a partir de julho de 2024 por e-mail, ferramentas de comunicação instantânea, presencialmente ou por telefone. Ressalta-se que os dados coletados nesta pesquisa somente poderão ser utilizados para as finalidades da presente pesquisa, sendo que para novos objetivos um novo TCLE deve ser aplicado.

Caso o(a) Sr.(a) tenha dúvidas, poderá entrar em contato com o pesquisador responsável Pedro Paulo Alcino da Silva, pelo telefone (81) 99846-5342, endereço rua Laranjal, 47, Cidade Nova, Natal, Rio Grande do Norte e/ou pelo e-mail pedropauloalcino@hotmail.com, com o pesquisador Rilva Lopes de Sousa Muñoz, pelo telefone (83) 99982-0820 e pelo e-mail rilvamunoz@gmail.com ou com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP/CCM - COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA; CENTRO DE CIÊNCIAS MÉDICAS - UFPB. Endereço: Centro de Ciências Médicas, 3º andar, Sala 14, Campus I – Cidade Universitária – Bairro Castelo Branco, CEP: 58059-900. Telefone: (83) 3216 7791 / Email: eticaccsufpb@hotmail.com.

Esse Termo é assinado em duas vias, sendo uma do(a) Sr.(a) e a outra para os pesquisadores.

Declaração de Consentimento

Concordo em participar do estudo intitulado: Construção e validação inicial de tecnologia educativa para usuários da atenção básica à saúde sobre prevenção e diagnóstico precoce do câncer bucal.

<hr/> Nome do participante ou responsável <hr/> Assinatura do participante ou responsável	Data: <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> /_____/_____ Local:_____
--	--

Eu, Pedro Paulo Alcino da Silva, declaro cumprir as exigências contidas nos itens IV.3 e IV.4, da Resolução nº 466/2012 MS.

<hr/> Assinatura e carimbo do Pesquisador	Data: <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> /_____/_____ Local:_____
--	--

ANEXO C - PARECER DE APROVAÇÃO ÉTICA DO PROJETO

UFPB - CENTRO DE CIÊNCIAS
MÉDICAS DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DA PARAÍBA / CCM



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO INICIAL DE TECNOLOGIA EDUCATIVA PARA USUÁRIOS DA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE SOBRE PREVENÇÃO E DIAGNÓSTICO PRECOZE DO CÂNCER BUCAL.

Pesquisador: PEDRO PAULO ALCINO DA SILVA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 73332323.8.0000.8069

Instituição Proponente: UFPB - Centro de Ciências Médicas/CCM

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.484.221

Apresentação do Projeto:

O estudo consiste em uma pesquisa do mestrado profissional em Saúde da Família, como requisito para qualificação, sob a orientação da professora Dra. Rívia Lopes de Sousa Muñoz. Tem como proposta o processo de validação de tecnologia educativa, desenvolvimento metodológico de uma cartilha com foco na prevenção e diagnóstico precoce do câncer bucal, a qual será avaliada por sete juízes especialistas em patologia oral e/ou estomatologia.

Estes deverão se basear no Instrumento de Validação de Conteúdo Educativo em Saúde (IVCES), visando à sua validação. A escolha dos juízes será realizada por meio de buscas na plataforma IATES e aqueles que forem selecionados para a pesquisa poderão indicar novos profissionais especialistas (amostragem em bola de neve). Os contatos com os profissionais serão realizados através de e-mail e serão enviados, além da cartilha para a análise, material para caracterização do Cirurgião-Dentista Juiz, o TCLE e o IVCES. De acordo com as respostas dos especialistas ao IVCES, será calculado o Índice de validade de conteúdo (IVC). Serão realizados até 3 contatos por e-mail com os juízes especialistas, caso sejam necessárias novas avaliações do material educativo, o que resultará em novas adequações.

Hipótese:

Acredita-se que a melhor maneira de elaborar material técnico-educativo em saúde é através da adaptação da linguagem utilizada ao público-alvo, utilização de ilustrações com o objetivo de

Endereço: Centro de Ciências Médicas, 3º andar, Sala 14 - Cidade Universitária Campus 1

Bairro: CASTELO BRANCO **CEP:** 58.051-900

UF: PB **Município:** JOÃO PESSOA

Telefone: (83)3216-7308

E-mail: comitedeetica@ccm.ufpb.br

UFPB - CENTRO DE CIÊNCIAS
MÉDICAS DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DA PARAÍBA / CCM



Continuação do Parecer: 8-484-221

atrair a atenção e facilitar o processo de aprendizagem, inclusão de informações corroboradas pela literatura e submissão da tecnologia educativa a um processo de validação.

Metodologia proposta:

A criação da cartilha educativa será embasada em revisão bibliográfica. A pesquisa será realizada em cinco fases, com base em estudos de Florio et al. (2023) e de Baisells et al. (2023): (a) definição do público-alvo; (b) revisão de literatura; (c) elaboração de um roteiro; (d) elaboração do material (ilustrações, diagramação e design); (e) validação (Instrumento de Validação de Conteúdo Educativo em Saúde, Índice de Validade de Conteúdo e Índice de Legibilidade Flesch). O público específico para o qual a cartilha será direcionada na Atenção Primária à Saúde será de usuários adultos, de ambos os sexos e de todos os níveis de escolaridade. A metodologia proposta envolve a avaliação e validação por meio de diversos instrumentos. Serão aplicados o Índice de Legibilidade Flesch, o Instrumento de Validação de Conteúdo Educativo em Saúde (IVCES) e o Índice de Validade de Conteúdo (IVC).

Para validar o conteúdo, a cartilha será submetida à análise de Cirurgiões-Dentistas especialistas em Patologia Oral ou Estomatologia. Serão selecionados sete juízes, escolhidos a partir de busca de currículos na Plataforma Lattes, com palavras-chave relevantes. O contato com os especialistas se dará através de email, explicando o propósito da cartilha e do processo de validação. Os juízes receberão a cartilha, o IVCES,

o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e um questionário para caracterização profissional que visará a obtenção de informações pessoais, acadêmicas e profissionais dos participantes. A avaliação da cartilha pelos juízes será baseada nos critérios do IVCES, composto por dezesseis elementos em três categorias: objetivos, estrutura/apresentação e relevância. O Índice de Validade de Conteúdo (IVC) será calculado somando as respostas que indicam relevância ou representatividade (pontuações 3 e 4) e dividindo pelo número total de respostas. Os especialistas poderão ser contatados até três vezes para realizar novas avaliações. Após ser validada por especialistas, a cartilha será distribuída na UBS Cidade Nova e por meio de parcerias com instituições de saúde e organizações comunitárias. Versões digitais serão compartilhadas em aplicativos como WhatsApp e redes sociais, enquanto a versão impressa será distribuída por Agentes Comunitários de Saúde ao público-alvo e exposta na UBS Cidade Nova. Uma versão ampliada em formato de cartaz também será criada para fixação em local de grande circulação da UBS. Os arquivos estarão disponíveis mediante solicitação por e-mail, visando apoiar profissionais de saúde na disseminação

Endereço: Centro de Ciências Médicas, 3º andar, Sala 14 - Cidade Universitária Campus 1

Bairro: CASTELO BRANCO

CEP: 58.051-900

UF: PB

Município: JOAO PESSOA

Telefone: (83)3216-7308

E-mail: comitedeetica@ccm.ufpb.br

**UFPB - CENTRO DE CIÊNCIAS
MÉDICAS DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DA PARAÍBA / CCM**



Continuação do Parecer: 6.484.221

do conteúdo.

Critério de Inclusão:

Profissionais graduados em Odontologia com pós-graduação em Patologia Oral e/ou Estomatologia.

Critério de Exclusão:

Participantes que solicitarem ajuda de custo ou não se comunicarem com pesquisador.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Descrever a elaboração e validação de conteúdo de material técnico-educativo sob a forma de cartilha com foco na prevenção e diagnóstico precoce do câncer bucal, voltado aos usuários da Atenção Primária à Saúde (APS).

Objetivo Secundário:

Elaborar o conteúdo de uma cartilha educativa sobre prevenção e diagnóstico precoce do câncer bucal com base em evidências da literatura; Analisar melhores metodologias para elaboração do material técnicoeducativo; Fornecer dados para criação do layout de uma cartilha educativa; e Promover um processo de validação da cartilha como material técnico-educativo para usuários da APS por meio da análise de especialistas na área.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Toda pesquisa com seres humanos envolve algum tipo de risco. Nessa pesquisa, consideramos os possíveis riscos ou desconfortos que os participantes podem enfrentar, como o vazamento de suas informações pessoais, opiniões ou sugestões; além de fadiga ou constrangimento pelo possível medo de que as informações dadas sejam expostas e seu anonimato seja quebrado. Para minimizar esses riscos, adotaremos medidas de segurança, como limitar o acesso aos dados apenas aos membros da equipe de pesquisa. Os dados pessoais serão armazenados de forma segura em ambientes digitais, com acesso restrito por senhas, e serão utilizados exclusivamente para os propósitos específicos da pesquisa. Para evitar a fadiga, adotaremos medidas como a escolha de um questionário validado curto e o controle do tamanho da cartilha educativa a ser avaliada. Adicionalmente, teremos um controle rigoroso sobre o acesso aos dados durante toda a pesquisa. Ao final do estudo, os dados serão descartados ou tomados anônimos para evitar qualquer risco de exposição indevida. Todas as informações pessoais, sugestões e opiniões serão tratadas de forma anônima. O pesquisador está ciente da importância de proteger a privacidade

Endereço: Centro de Ciências Médicas, 3º andar, Sala 14 - Cidade Universitária Campus 1

Bairro: CASTELO BRANCO

CEP: 58.051-000

UF: PB

Município: JOAO PESSOA

Telefone: (83)3216-7308

E-mail: comitedeetica@ccm.ufpb.br

**UFPB - CENTRO DE CIÊNCIAS
MÉDICAS DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DA PARAÍBA / CCM**



Continuação do Parecer: 6.484.221

dos dados pessoais dos participantes e está comprometido em garantir a segurança e a confidencialidade das informações coletadas.

Benefícios:

Esta pesquisa também pode trazer benefícios. Atividades de Educação em Saúde são de fundamental importância para empoderamento e protagonismo dos usuários nos cuidados com sua própria saúde. As cartilhas educativas são instrumentos muito valiosos para aproximar a população da ciência e do meio acadêmico. Quando bem elaboradas, com linguagem adaptada ao público ao qual se destina, estimula o aprendizado e serve como mecanismo de empoderamento de usuários, o que pode gerar responsabilização deles com sua própria saúde. As cartilhas educativas são uma estratégia simples e eficaz para promover educação em saúde e contribuir para a prevenção e detecção precoce do câncer de boca, principalmente quando são submetidas a um processo de validação por especialistas na área, pois há um controle na qualidade do material educativo e conseqüente maior efetividade. A pesquisa não trará benefícios diretos aos participantes, porém contribuirá para a elaboração de material educativo de qualidade para os usuários da APS.

avaliação: Riscos, suas formas de minimizá-los e benefícios descritos no TCLE,

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Tipo de protocolo: projeto original segunda versão

Número de participantes:7

Cronograma previsto para coleta: 21/12/2023 - 31/05/2024

Cronograma completo: apresentado

Orçamento: apresentado

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os seguintes termos de apresentação obrigatória foram anexados: folha de rosto, Certidão de aprovação da pesquisa, Instrumento de validação de Conteúdo Educativo em Saúde e formulário de caracterização do participante, projeto completo, PB informações básicas e TCLE.

Recomendações:

- No TCLE, substituir o termo "cópia"por "via"
- Manter a metodologia aprovada pelo CEP/CCM/UFPB.
- Apresentar os relatórios parcial e final, via Plataforma Brasil, no ícone notificações.

Endereço: Centro de Ciências Médicas, 3º andar, Sala 14 - Cidade Universitária Campus 1

Bairro: CASTELO BRANCO CEP: 58.051-900

UF: PB Município: JOAO PESSOA

Telefone: (83)3216-7308

E-mail: comitedeetica@ccm.ufpb.br

UFPB - CENTRO DE CIÊNCIAS
MÉDICAS DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DA PARAÍBA / CCM



Continuação do Parecer: 6.464.221

- Informar ao CEP-CCM, por meio de Emenda/Notificação a Inclusão de novos membros/equipe de pesquisa, via plataforma Brasil.
- Caso ocorram intercorrências durante ou após o desenvolvimento da pesquisa, a exemplo de alteração de título, mudança de local da pesquisa, população envolvida, entre outras, o (a) pesquisador (a) responsável deverá solicitar a este CEP, via Plataforma Brasil, aprovação de tais alterações, ou buscar devidas orientações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Considerando que o (a) pesquisador (a) atendeu adequadamente às recomendações feitas por este Colegiado em parecer anterior a este, e que o estudo apresenta viabilidade ética e metodológica, estando em consonância com as diretrizes contidas na Resolução 466/2012, do CNS/MS, protocolo APROVADO.

Considerações Finais a critério do CEP:

Ratificamos o parecer de APROVAÇÃO do protocolo de pesquisa, emitido pelo Colegiado do CEP/CCM, em reunião ordinária realizada em 26 de outubro de 2023.

OBSERVAÇÕES IMPORTANTES PARA O(S) PESQUISADORES

O participante da pesquisa deverá receber uma via do Termo de Consentimento na Inteira, com assinaturas do pesquisador responsável e do participante e/ou do responsável legal. Se o TCLE contiver mais de uma folha, todas devem ser rubricadas e apor assinatura na última folha. O pesquisador deverá manter em sua guarda uma via do TCLE assinado pelo participante por cinco anos.

O pesquisador deverá desenvolver a pesquisa conforme delineamento aprovado no protocolo de pesquisa e só descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade, pelo CEP que o aprovou, aguardando seu parecer, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa que requeiram ação imediata.

Lembramos que é de responsabilidade do pesquisador assegurar que o local onde a pesquisa será realizada ofereça condições plenas de funcionamento garantindo assim a segurança e o bem-estar dos participantes da pesquisa e de quaisquer outros envolvidos.

Endereço: Centro de Ciências Médicas, 3º andar, Sala 14 - Cidade Universitária Campus 1

Bairro: CASTELO BRANCO

CEP: 58.051-900

UF: PB

Município: JOAO PESSOA

Telefone: (83)3216-7308

E-mail: comitedeetica@com.ufpb.br

UFPB - CENTRO DE CIÊNCIAS
MÉDICAS DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DA PARAÍBA / CCM



Continuação do Parecer: 6.484.221

Eventuais modificações ao protocolo devem ser apresentadas por meio de EMENDA ao CEP/CCM de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

O protocolo de pesquisa, segundo cronograma apresentado pela pesquisadora responsável, terá vigência até 05/2024.

Ao término do estudo, o pesquisador deverá apresentar, online via Plataforma Brasil, através de NOTIFICAÇÃO, o Relatório final ao CEP/CCM para emissão da Certidão Definitiva por este CEP. Informamos que qualquer alteração no projeto, dificuldades, assim como os eventos adversos deverão ser comunicados a este Comitê de Ética em Pesquisa através do Pesquisador responsável uma vez que, após aprovação da pesquisa o CEP-CCM toma-se co-responsável.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2197121.pdf	07/10/2023 21:05:54		Acelto
Cronograma	CronogramaAtualizado.docx	07/10/2023 20:58:39	PEDRO PAULO ALCINO DA SILVA	Acelto
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoSemDestaque.pdf	07/10/2023 20:39:06	PEDRO PAULO ALCINO DA SILVA	Acelto
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoComDestaque.pdf	07/10/2023 20:37:04	PEDRO PAULO ALCINO DA SILVA	Acelto
Outros	CartaRespostaAssinada.pdf	07/10/2023 20:14:10	PEDRO PAULO ALCINO DA SILVA	Acelto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEsemDestaque.pdf	07/10/2023 20:12:49	PEDRO PAULO ALCINO DA SILVA	Acelto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEcomDestaque.pdf	07/10/2023 20:11:41	PEDRO PAULO ALCINO DA SILVA	Acelto
Outros	certidao_de_aprovacao_de_pesquisa.pdf	21/08/2023 19:10:49	PEDRO PAULO ALCINO DA SILVA	Acelto
Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	21/08/2023 19:05:31	PEDRO PAULO ALCINO DA SILVA	Acelto

Endereço: Centro de Ciências Médicas, 3º andar, Sala 14 - Cidade Universitária Campus 1

Bairro: CASTELO BRANCO

CEP: 58.051-900

UF: PB

Município: JOAO PESSOA

Telefone: (83)3216-7308

E-mail: comitedeetica@ccm.ufpb.br

UFPB - CENTRO DE CIÊNCIAS
MÉDICAS DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DA PARAÍBA / CCM



Continuação do Parecer: 6.484.221

Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.docx	21/08/2023 09:42:20	PEDRO PAULO ALCINO DA SILVA	Acelto
Outros	IVCES.docx	21/08/2023 09:38:06	PEDRO PAULO ALCINO DA SILVA	Acelto
Orçamento	Orcamento.docx	21/08/2023 09:35:32	PEDRO PAULO ALCINO DA SILVA	Acelto
Cronograma	Cronograma.docx	21/08/2023 09:31:42	PEDRO PAULO ALCINO DA SILVA	Acelto
Outros	Caracterizacao_participante.docx	21/08/2023 09:01:45	PEDRO PAULO ALCINO DA SILVA	Acelto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.doc	21/08/2023 08:56:43	PEDRO PAULO ALCINO DA SILVA	Acelto

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

JOAO PESSOA, 05 de Novembro de 2023

Assinado por:

MARCIA ADRIANA DIAS MEIRELLES MOREIRA
(Coordenador(a))

Endereço: Centro de Ciências Médicas, 3º andar, Sala 14 - Cidade Universitária Campus 1

Bairro: CASTELO BRANCO

CEP: 58.051-900

UF: PB

Município: JOAO PESSOA

Telefone: (83)3216-7308

E-mail: comitedeetica@ccm.ufpb.br

ANEXO D – COMPROVANTE DE SUBMISSÃO À REVISTA BRASILEIRA EM PROMOÇÃO DA SAÚDE DO ARTIGO “VALIDAÇÃO DE CARTILHA EDUCATIVA SOBRE PREVENÇÃO E DIAGNÓSTICO PRECOCE DO CÂNCER BUCAL”

15293 / SILVA et al. / Validação de cartilha educativa sobre prevenção e diagnóstico precoce do câncer bucal

[Biblioteca da Submissão](#)

Fluxo de Trabalho

Publicação

Submissão

Avaliação

Edição de Texto

Editoração

Arquivos da Submissão[Q Buscar](#)

▶	 64182	Artigo para submissão.docx	junho 14, 2024	Texto do Artigo
▶	 64183	Declaracao de responsabilidade e transferencia de direitos autorais.pdf	junho 14, 2024	Outros
▶	 64184	Parecer Aprovado CEP.pdf	junho 14, 2024	Outros

[Baixar Todos os Arquivos](#)**Discussão da pré-avaliação**[Adicionar comentários](#)

Nome	De	Última resposta	Respostas	Fechado
------	----	-----------------	-----------	---------

Nenhum item