

Universidade Federal de Uberlândia
Instituto de Geografia
Programa de Pós-Graduação em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador

Naessa Santos Borges Zure

Vigilância do câncer bucal na estratégia saúde da família rural: perfil
socioprofissional/demográfico e uso das metodologias ativas de ensino-aprendizagem

Uberlândia

2022

Naessa Santos Borges Zure

Vigilância do câncer bucal na estratégia saúde da família rural: perfil socioprofissional/demográfico e uso das metodologias ativas de ensino-aprendizagem

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador, da Universidade Federal de Uberlândia, como requisito parcial para obtenção do título de mestre.

Linha de Pesquisa: Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador

Orientadora: Profa. Dra. Liliane Parreira Tannús Gontijo

Coorientadora: Profa. Dra. Marisa Aparecida Elias

Uberlândia

2022

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Sistema de Bibliotecas da UFU, MG, Brasil.

Z96v Zure, Naessa Santos Borges, 1985-
2022 Vigilância do câncer bucal na estratégia saúde da família rural [recurso eletrônico]: perfil socioprofissional/demográfico e uso das metodologias ativas de ensino-aprendizagem / Naessa Santos Borges Zure. - 2022.

Orientadora: Liliane Parreira Tannús Gontijo.

Coorientadora: Marisa Aparecida Elias.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Uberlândia. Programa de Pós-graduação em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador.

Modo de acesso: Internet.

Disponível em: <http://doi.org/10.14393/ufu.di.2022.5328>

Inclui bibliografia.

Inclui ilustrações.

1. Geografia médica. I. Gontijo, Liliane Parreira Tannús, 1962-, (Orient.). II. Elias, Marisa Aparecida, 1968-, (Coorient.). III. Universidade Federal de Uberlândia. Programa de Pós-graduação em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador. III. Título.

CDU: 910.1:61

Rejâne Maria da Silva
Bibliotecária - CRB-6/1925



UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
 Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Saúde Ambiental e Saúde do
 Trabalhador
 Av. João Naves de Ávila, 2121, Bloco 3E, Sala 128 - Bairro Santa Monica, Uberlândia-MG, CEP 38400-902
 Telefone: 34-3239-4591 - www.ppgat.ig.ufu.br



ATA DE DEFESA - PÓS-GRADUAÇÃO

Programa de Pós-Graduação em:	Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador				
Defesa de:	Dissertação de Mestrado Profissional PPGSAT				
Data:	27/06/2022	Hora de início:	14h:00	Hora de encerramento:	16h:20
Matrícula do Discente:	11912GST006				
Nome do Discente:	Naessa Santos Borges Zure				
Título do Trabalho:	Vigilância do câncer bucal na estratégia saúde da família rural: perfil socioprofissional/ demográfico e uso das metodologias ativas de ensino-aprendizagem				
Área de concentração:	Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador				
Linha de pesquisa:	Saúde do Trabalhador				
Projeto de Pesquisa de vinculação:					

Reuniu-se em web conferência, em conformidade com a PORTARIA Nº 36, DE 19 DE MARÇO DE 2020 da COORDENAÇÃO DE APERFEIÇOAMENTO DE PESSOAL DE NÍVEL SUPERIOR - CAPES, pela Universidade Federal de Uberlândia, a Banca Examinadora, designada pelo Colegiado do Programa de Pós-graduação em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador, assim composta: Professores(as) Doutores(as): Liliane Parreira Tannús Gontijo, da Universidade Federal de Uberlândia (UFU) e orientadora da candidata; Thiago Amorim Carvalho instituição: Centro Universitário de Patos de Minas (FPM); Álex Moreira Herva, da Universidade Federal de Uberlândia (UFU).

Iniciando os trabalhos o presidente da mesa, Dra.Liliane Parreira Tannús Gontijo, apresentou a Comissão Examinadora a candidata, agradeceu a presença do público e concedeu a Discente a palavra para a exposição do seu trabalho. A duração da apresentação da Discente e o tempo de arguição e resposta foram conforme as normas do Programa.

A seguir a senhora presidente concedeu a palavra, pela ordem sucessivamente, aos(às) examinadores(as), que passaram a arguir a candidata. Ultimada a arguição, que se desenvolveu dentro dos termos regimentais, a Banca, em sessão secreta, atribuiu o resultado final, considerando a candidata:

APROVADA

Esta defesa faz parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre

O competente diploma será expedido após cumprimento dos demais requisitos, conforme as normas do Programa, a legislação pertinente e a regulamentação interna da UFU.

Nada mais havendo a tratar foram encerrados os trabalhos. Foi lavrada a presente ata que após lida e achada conforme foi assinada pela Banca Examinadora.



Documento assinado eletronicamente por **Thiago de Amorim Carvalho, Usuário Externo**, em 30/06/2022, às 11:07, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Liliane Parreira Tannus Gontijo, Professor(a) do Magistério Superior**, em 30/06/2022, às 11:28, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Álex Moreira Herval, Usuário Externo**, em 30/06/2022, às 15:51, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://www.sei.ufu.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **3722999** e o código CRC **D0A0D421**.

A Deus, pelo auxílio divino, por ter me permitido conservar a lucidez e a loucura de crer, para ousar o desafio de permanecer, sonhando em galgar novos patamares nos estudos e na contemplação da melhor vida que podemos construir, para mim e para tantos outros.

Aos meus Pais e Avó: Marize Santos Borges, Zaluar Miguel Borges (in memorian) e Luzia Profeta de Souza Santos (in memorian), pelas palavras e ações de incentivo, mas principalmente pelo exemplo de luta, força e esperança, tendo em vista que o conselho anima, mas o exemplo arrasta.

Ao meu Esposo e Filhos: pela abdicação, compreensão, e colaboração demonstrada, dedico meus esforços para realização desse trabalho a vocês.

As minhas Irmãs: Amanda, Daniela, Marcela e Rafaela, pela parceria e torcida, vocês são muito amadas.

AGRADECIMENTOS

Agradecimentos Especiais

À minha Orientadora, Profa. Dra. Liliane Parreira Tannús Gontijo, pela competência técnica com que me direcionou até a completude desse projeto, pela confiança que firmemente depositou em mim e pelas demonstrações de amor e acolhimento, não medindo esforços para que eu fosse bem-sucedida.

À minha Coorientadora, Profa. Dra. Marisa Aparecida Elias, pela prontidão e animo em abraçar nossos projetos, sempre participativa e compreensiva, abrilhantando nossa construção de conhecimento.

Aos colegas do Mestrado, por partilharem comigo tantas descobertas nessa jornada e serem meus fieis companheiros no retorno a sala de aula, destaco as queridas Silvana, Lucila e Livia, minhas amigas para os momentos importantes e desafiadores nesse processo.

À Universidade Federal de Uberlândia (UFU), ao Instituto de Geografia da Universidade Federal de Uberlândia (IGUFU) e Às Instituições coparticipantes da pesquisa, agradeço a prontidão e o desprendimento, em receber, esclarecer e contribuir para o processo construtivo da pesquisa e em especial a Coordenação em Saúde Bucal, pela confiança, apoio e incentivo.

As minhas amigas de longa data: Kassia e Cristiane, professoras universitárias dedicadas, companheiras presentes e irmãs de alma, pela inspiração que me trouxeram e pelas horas dispensadas para me apoiar, ensinar e incentivar a me aventurar no universo da pesquisa.

“Podes dizer-me, por favor, que caminho devo seguir para sair daqui?
Isso depende muito de para onde queres ir - respondeu o gato.
Eu não sei.
O gato, então, respondeu sabiamente:
Sendo assim, qualquer caminho serve.”.

Alice no país das maravilhas Lewis Carroll

RESUMO

Os indicadores de morbimortalidade do câncer de boca permanecem em ascensão, em detrimento aos avanços obtidos no manejo dessa enfermidade e seguem estimados em 15.190 novos casos para o ano de 2022. Não obstante a sua identificação ser factível, no âmbito da atenção primária em saúde e da alta chance de controle, o motivo desse descompasso recai sobre o diagnóstico tardio. Esse fato é agravado quando consideramos as comunidades mais vulneráveis, em especial nesse estudo as rurais, amplamente expostas aos fatores de risco dessa doença, cenário historicamente desfavorecido de cuidados e premente de ações efetivas de vigilância em saúde. O estudo objetivou compreender o uso das metodologias ativas de ensino-aprendizagem (MAEA) nos campos da capacitação profissional e da educação em saúde, na vigilância do câncer bucal (VCB) em comunidades rurais. Pesquisa qualitativa com aporte da Pesquisa-Ação. O estudo encerrou três etapas: (1) *aplicação de um questionário online* (identificação do perfil socioprofissional, demográfico e interação com câncer bucal), obtendo-se 44 respondentes; (2) *Capacitação* com a participação de 14 trabalhadores das Equipes de Saúde Bucal da Família (ESBF); e (3) *Educação em saúde*, com 10 participantes adultos do gênero masculino da comunidade rural. Para análise temática, utilizou-se o referencial teórico da linha de pensamento construtivista, em bases andragógicas - *as MAEAs*. Obteve-se 54 participantes do estudo, sendo 44 trabalhadores e 10 usuários da Estratégia Saúde da Família da área rural de um município mineiro de médio porte. O perfil e a interação com a VCB, dos trabalhadores da ESBF rural, apresentou-se nas seguintes prevalências: mulheres; faixa etária de 20 a 59 anos de idade; 1 a 5 anos de tempo de graduação; regime celetista; menor que 10 anos de vínculo empregatício junto ao Sistema Único de Saúde (SUS); pouca experiência laboral na Estratégia Saúde da Família; renda mensal inferior a 3 (três) salários mínimos; labor como fonte de renda e sustento (não somente pessoal, mas também familiar); conhecimento básico do câncer bucal e abordagem infrequente sobre a temática. Confirmou-se os pressupostos das debilidades na promoção de ações de VCB e revelou-se o potencial das MAEAs na preparação profissional, tencionando a necessária travessia das práticas de ensino-aprendizagem transmissivos/passivos para métodos inovadores/ativos, nas esferas da preparação profissional e educação em saúde. O emprego das MAEA favoreceu o desenvolvimento de estratégias educacionais no campo da VCB com aparente aceitabilidade do trabalhador da ESBF e da comunidade rural, isto é, nos campos da capacitação profissional e da educação em saúde.

Palavras-chave: Aprendizagem. Educação em Saúde. Neoplasias Buciais. População Rural. Vigilância em Saúde Pública.

ABSTRACT

The indicators of morbidity and mortality of oral cancer remain on the rise despite the advances obtained in the management of this disease, in an estimated of 15.190 new cases of lip and oral cavity cancer in 2022. Despite its identification being feasible, within the scope of primary health care and the high chance of control, the reason for this mismatch lies in late diagnosis. This fact is aggravated when we consider the most vulnerable communities, particularly in this study the rural communities, which are widely exposed to the risk factors of this disease, a historically disadvantaged scenario of care and effective actions of surveillance in health. This study aimed to understand the use of active teaching and learning methodologies (ATLM) in the fields of professional training and health education in oral cancer surveillance (OCS) in rural communities. It was used qualitative research supported by Action Research. The study encompassed three stages: (1) *application of an online questionnaire* (identification of the demographic and socio-professional profile, and interaction with oral cancer), with 44 respondents; (2) *training* with the participation of 14 workers from the Oral Health Family Teams (OHFT); and (3) *health education*, with 10 male adult participants from the rural community. For thematic analysis, one used the theoretical framework of the constructivist line of thought, on an andragogical basis - the ALTM. Total study participants were 54 subjects namely 44 workers and 10 users of Family Health Primary Care Strategy from the rural area of a medium sized municipality in Minas Gerais. The profile and interaction with the OCS, of the rural OHFT workers, presented the following prevalence: women; age range from 20 to 59 years old; 1 to 5 years of graduation; CLT jobs; less than 10 years of employment in the Public Unified Health System (SUS in Brazil); little work experience in the Family Health Strategy; monthly income inferior to 3 (three) minimum wages; work as a source of income and sustenance (not only personal but also familiar); basic knowledge of oral cancer and infrequent approach of the thematic. The hypothesis of frailty in the promotion of actions of OCS were confirmed and the potential of the ALTMs in professional training was revealed, pointing to the needed crossing from passive/transmissive teaching and learning practices to innovative/active methods, in the realm of professional training and health education. The employment of ALTM favored the development of educational strategies in the field of OCS with excellent acceptability from the OHFT workers and the rural community, that is, in the fields of professional training and health education.

Keywords: Learning. Health Education. Oral Cancer. Rural Population. Surveillance in Public Health.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Resumo esquemático do estudo.....	55
Quadro 1 - Número de profissionais da equipe de saúde da família, segundo a lotação na Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) rural da rede municipal de saúde, em Uberlândia- MG, 2021.....	57
Figura 2 - Realização da Capacitação - Parte 1	63
Figura 3 - Realização da Capacitação - Parte 2	63
Figura 4 - Educação em Saúde 1	68
Figura 5 - Educação em Saúde 2	70
Figura 6 - Educação em Saúde 3	71
Figura 7 - Educação em Saúde 4	72
Figura 8 - Experiência no acolhimento/atenção ao usuário do SUS com câncer de boca nas UBSF- Setor Rural, 2021	83
Quadro 2 - Relato da experiência na atenção/acolhimento ao usuário com câncer de boca, segundo três grandes temas, mediante respostas dos trabalhadores-profissionais de saúde da ESF rural.....	84
Figura 9 - Experiência de ação educativa ou de capacitação sobre o tema câncer de boca nas UBSF- Setor Rural, 2021.....	85
Figura 10 - Percepção do trabalhador da ESF rural sobre sua contribuição na vigilância ao câncer de boca - Setor Rural, 2021	86
Quadro 3 - Percepção do Trabalhador da ESF rural, conforme possibilidades de contribuição na vigilância ao câncer de boca, segundo três temas, 2021.....	86
Quadro 4 - Questões desenvolvidas na dinâmica dos balões, durante a educação em saúde da vigilância ao câncer bucal na comunidade rural, 2021.....	104
Quadro 5 - Avaliação da Capacitação pelos participantes do estudo, 2021.....	114
Quadro 6 - Avaliação da Educação em Saúde pela comunidade rural, 2021	116

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição das variáveis sociodemográficas dos trabalhadores das equipes de saúde da família rural do município de Uberlândia, MG, 2021	76
Tabela 2 - Distribuição das variáveis ocupacionais dos trabalhadores das equipes de saúde da família rural do município de Uberlândia, MG, 2021	79

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção básica
ABP	Aprendizagem baseada em problemas
CEP	Comitê de ética em pesquisa
CP	Capacitação Profissional
DCN	Diretriz Curricular Nacional
ES	Educação em Saúde
ESBF	Estratégia de Saúde Bucal da Família
ESF	Equipe de Saúde da Família
HPV	Papiloma vírus humano
INCA	Instituto Nacional de Câncer
MAEA	Metodologias ativas de ensino-aprendizagem
OMS	Organização Mundial da Saúde
PNAIPCFA	Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, Floresta e das Águas
PNEPS	Política de educação permanente em saúde
SPDM	Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidades Básicas de Saúde

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	18
1 INTRODUÇÃO	20
1.1 Pressupostos	24
1.2 Objetivos.....	25
1.2.1 <i>Objetivo primário</i>	25
1.2.2 <i>Objetivos secundários</i>	25
2 REVISÃO DE LITERATURA	26
2.1 Contextualização do tema abordado	26
2.1.1 <i>Estratégia de saúde da família</i>	26
2.1.2 <i>Saúde bucal na estratégia saúde da família</i>	29
2.1.3 <i>População rural e saúde</i>	31
2.1.4 <i>Vigilância do câncer de boca</i>	35
2.1.5 <i>Educação em saúde</i>	38
2.1.6 <i>Educação na saúde</i>	42
3 PERCURSO METODOLÓGICO	44
3.1 Aspectos éticos - Obtenção do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e Protocolo da Pesquisa	44
3.2 Desenho do estudo	45
3.3 Metodologia da pesquisa-ação.....	45
3.3.1 <i>Pilares da pesquisa-ação</i>	46
3.4 Pesquisa qualitativa.....	46
3.5 Abordagem Quantitativa	47
3.6 Referencial Teórico	48
3.6.1 <i>Metodologias ativas de ensino-aprendizagem (MAEA)</i>	48
3.7 Etapas do Estudo	53
3.8 Contexto do estudo	56
3.9 Participantes do estudo	56
3.10 Critérios de seleção da amostra	57
3.11 Instrumentos de coleta de dados	59
3.12 Método de coleta de dados	61
3.13 Descrição da Capacitação dos profissionais da ESFB e o uso das MAEAs	62

3.14	Descrição da Educação em Saúde para Comunidade rural e o uso das MAEAs	67
3.15	Metodologia de análise dos dados	72
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO	75
4.1	Perfil socioprofissional e demográfico dos trabalhadores da ESF rural.....	75
4.2	Sexo, faixa etária, estado civil, renda individual e participação na vida econômica da família e categoria profissional	76
4.3	Titulação máxima, tempo de formação, tipo e tempo de vínculo empregatício .	79
4.4	Conhecimento e interação sobre o câncer de boca dos trabalhadores da ESF rural.....	82
4.5	Percepção dos trabalhadores da ESBF e da comunidade rural frente ao uso das Metodologias Ativas de Ensino-Aprendizagem (MAEA), na vigilância do câncer de boca	88
4.5.1	<i>Comunidades de aprendizagem e interação</i>	<i>88</i>
4.5.2	<i>Reflexão crítica.....</i>	<i>95</i>
4.5.3	<i>Respeito ao contexto, a diversidade e ao conhecimento prévio</i>	<i>99</i>
4.5.4	<i>Protagonismo e autonomia do educando</i>	<i>104</i>
4.5.5	<i>Aprendizagem significativa.....</i>	<i>111</i>
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	117
	REFERÊNCIAS.....	120
	APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PROFISSIONAIS.....	134
	APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO.....	136
	APÊNDICE C – PLANEJAMENTO DAS OFICINAS.....	142
	APÊNDICE D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO POPULAÇÃO RURAL.....	145
	APÊNDICE E – REALIZAÇÃO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE COM A POPULAÇÃO RURAL DO MUNICÍPIO.....	147
	APÊNDICE F – CONVITE - RODA DE CONVERSA.....	149
	APÊNDICE G – TÉCNICA DE PERGUNTAS COM OS BALÕES.....	151
	APÊNDICE H - QUESTÕES DESENVOLVIDAS NAS COMUNIDADES DE APRENDIZAGEM, DURANTE A EDUCAÇÃO EM SAÚDE DE VIGILÂNCIA AO CÂNCER BUCAL, 2021.....	153
	ANEXO A - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP.....	154

ANEXO B - DECLARAÇÃO DA INSTITUIÇÃO COPARTICIPANTE.....169

APRESENTAÇÃO

A escolha de desenvolver um estudo a respeito da Vigilância ao câncer de boca que favoreça a população residente em territórios rurais responde a uma inquietação laboral da pesquisadora e sua imersão na odontologia, na avaliação de que durante muito tempo a inserção do dentista como profissional de saúde foi reduzida a “arrumar ou arrancar dentes”. A própria formação acadêmica e a rentabilidade do ofício estavam associadas a esse conceito.

A assistência odontológica ficou vinculada majoritariamente à conjuntura privatista, sendo que a grande maioria dos dentistas trabalham como profissionais liberais em seus consultórios privados, atendendo as pessoas de acordo com aquilo que elas podem pagar, ainda que não seja exatamente o melhor tratamento a ser proposto.

Nessa lógica, muitos pacientes não puderam ter acesso à saúde bucal por não possuírem renda e, a partir dessa realidade, a odontologia emerge como urgência na saúde coletiva brasileira, como parte importante na composição do sistema único de saúde, quando o Estado assume a responsabilidade de prover o direito à saúde a todo cidadão de maneira integral, incluindo os profissionais dentistas nas equipes.

Não se trata de uma mudança de paradigma apenas da lógica profissional, mas também sobre a visão do cidadão como um ser completo e não “uma boca isolada”, a ampliação curricular da formação acadêmica passa a contemplar o conhecimento do indivíduo como organismo todo e a resolução dos problemas relacionados com a saúde geral a partir da saúde bucal.

A assistência à saúde também precisa mover-se de uma prática curativa para ser efetivamente preventiva e promotora de saúde, os profissionais precisam preocupar majoritariamente com a manutenção e a prevenção de doenças relacionadas ao aparelho estomatognático, muito mais benéficos para a sociedade do que apenas tratamentos reabilitadores.

E foi mediante do Programa Brasil Sorridente em 2004, que o Brasil experimentou a verdadeira solidificação da odontologia como política nacional no Sistema único de saúde, com a expansão das ações existentes e criação de novos serviços, reorientando o modelo com a implantação de uma rede de ações multidisciplinares em todos os níveis de complexidade, reconhecendo a necessidade de que o dentista fosse de fato fundamental na amplificação das condições de saúde.

Essa reordenação do serviço colaborou para que muitos profissionais fossem integrados à rede de atenção primária à saúde, para compor a porta de entrada dos usuários do SUS com a Estratégia Saúde da Família. Assim se deu o contato profissional na saúde coletiva da pesquisadora, outrora uma aproximação estritamente acadêmica.

Com o trabalho desenvolvido em unidades básicas de saúde da família para garantir o vínculo com a população adstrita, foi possível identificar as necessidades principais da população e promover ações que garantissem saúde coletiva, além de oferecer assistência as situações de adoecimento e ordenação da rede de cuidados mais complexos em saúde.

Na prática são muitos os desafios para construir, adequar e aprimorar os instrumentos necessários à atuação efetiva do cirurgião dentista no âmbito do SUS, apesar da inegável melhoria apresentada no resultado do último levantamento epidemiológico nacional, que apontou mudança e avanços no perfil bucal de saúde, como a diminuição da prevalência de cárie. No entanto ainda chama muita atenção as diferenças regionais que indicam a necessidade de políticas voltadas para a equidade na atenção, pois existem demandas muito desproporcionais.

A inquietação para que essa pesquisa se realizasse veio da avaliação proposta a partir da adesão do município de trabalho da pesquisadora ao Programa Nacional de Melhoria do acesso e da qualidade da atenção (PMAQ), que proporcionou momentos de autoavaliação das ações realizadas pela equipe de Saúde Bucal voltadas para a prevenção e diagnóstico precoce do câncer bucal, nos abrindo os olhos para quão tímida é a organização dessa proposta na assistência à comunidade rural.

Assim sendo, o estudo vem principalmente do desejo de efetivação das ações da Rede de Atenção à Saúde para solucionar problemas graves como a doença câncer Bucal, pela consciência de que sua eficácia depende fundamentalmente de uma sólida prática de educação permanente que valorize o trabalho em equipe, com interdisciplinaridade e compartilhamento de saberes, capacitando para o planejamento do serviço de forma a ampliar os horizontes profissionais, potencializando habilidades e competências que nos permitam compreender e atuar no Sistema único de Saúde (SUS).

1 INTRODUÇÃO

A dinâmica da vida humana e as transformações na reprodução social abrangem mudanças demográficas, epidemiológicas, nutricionais e avanços científicos que proporcionaram um gradativo aumento na expectativa de vida (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013). Essas alterações modificaram os padrões relacionados ao processo saúde/doença e o perfil de mortalidade, apontando hegemônica prevalência das chamadas condições crônicas não transmissíveis, cujas manifestações clínicas ameaçam a manutenção da vida, tornando-se uma das principais demandas de adequação do sistema de saúde brasileiro (BRASIL, 2011, 2014b; MENDES, 2012).

Essas condições crônicas englobam uma gama de doenças que impactam a taxa de morbimortalidade, destacando neste universo, o câncer de bucal, pois apesar dos avanços tecnológicos consideráveis no manejo dessa neoplasia e da alta possibilidade de cura, as estatísticas demonstram que as pessoas estão iniciando o tratamento já em estágio avançado da manifestação desta doença, além de um crescente aumento de casos no mundo, sendo uma doença letal que causou no Brasil, em 2018, a ocorrência de 6.455 óbitos, sendo 4.974 homens e 1.481 mulheres e estima-se a incidência de 15.190 novos casos em 2022 (BRASIL, 2014b; INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2019).

O SUS é quem ampara e fomenta o enfrentamento desse macroproblema de saúde, sendo responsável pela ampla organização da vigilância ao Câncer de boca, coordenando ações de promoção da saúde, a proteção específica aos fatores de risco, o diagnóstico precoce das lesões bucais, a limitação do dano, levantamento epidemiológico da doença, reabilitação dos pacientes acometidos e formação de recursos humanos, para que haja sensibilização, conscientização e capacitação dos trabalhadores da saúde para promover intervenções estratégicas, formando uma rede de atenção integral à saúde (BRASIL, 2012b, 2015c, 2018d, 2018e).

Face ao exposto, a estratégia de saúde da família representa o modelo prioritário de organização deste processo, designada porta de entrada preferencial para os usuários do serviço multiprofissional de saúde, pela promoção de vínculo com a população adstrita para que, a partir das demandas do território, possam reconhecer as vulnerabilidades e os fatores de risco do desenvolvimento da doença, e empoderar a população propensa ao adoecimento, para a qual ofertam assistência, tendo a atenção básica (AB) como acolhedora deste serviço, com

foco preventivo, pautado na humanização e respeito à diversidade dos processos social (BRASIL, 2015b, 2017).

Nesse cenário destacam-se as comunidades residentes em áreas de rurais brasileiras, que apesar das múltiplas tipologias, possuem especificidades históricas que são agravadas pela reduzida prestação de serviço em saúde. Nessa referida esfera da comunidade rural, faz-se necessário o trabalho de fortalecimento de ações específicas na busca da equidade. São características prevalentes dessas populações: possuir menor nível de escolaridade e renda; difícil acesso aos bens e serviços; a progressiva precarização do trabalho; e, concomitante, aumento da informalidade e a exposição laboral patológica, o que resulta em grande vulnerabilidade e complexidade das condições de saúde (BRASIL, 2015d; INSTITUTO INTERAMERICANO DE COOPERAÇÃO PARA A AGRICULTURA, 2017).

Considerando esses aspectos postos, constata-se dificuldades na promoção da saúde a qual é agravada em relação ao câncer de boca, pois como visto, essa população possui grande fragilidade, principalmente, devido ao contato direto com fatores de risco de desenvolver a doença. As evidências científicas apontam que a exposição desprotegida a radiação solar ultravioleta, a infecções sexual pelo papiloma vírus humano (HPV), higiene bucal precária e próteses mal adaptadas, alimentação não saudável (privada de verduras, frutas e outros alimentos naturais) e o etilismo e tabagismo, podem desencadear o aparecimento das neoplasias bucais (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2014).

Dentre estes, o etilismo e tabagismo possuem efeito sinérgico no desenvolvimento dos tumores e na dose dependência bidirecional. Isso significa que fumantes são mais propensos a consumir bebidas alcoólicas e vice-versa, e consequentemente, um aumento considerável na chance de ser diagnosticados com a doença. Sabe-se que o consumo de cigarro e bebida alcoólica é amplamente difundido entre os trabalhadores rurais, assim como a exposição ao sol e o baixo acesso a cuidados odontológicos, se tratando de vários fatores/comportamentos de risco ao câncer de boca (BRASIL, 2015a; INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2015).

Perante isso, a vigilância específica dessa doença nos territórios rurais está condicionada a conscientização a respeito da interrupção ou diminuição da exposição aos fatores de risco pela modificação dos hábitos dessa comunidade, ao diagnóstico precoce de lesões bucais potencialmente malignas, de forma que sejam tratadas e acompanhadas antes de se transformarem em câncer e ao impedir a progressão das lesões cancerígenas nos acometidos, realizando o diagnóstico precoce mediante biopsias e tratamento em tempo

oportuno, na intenção de preservar a vida e a saúde das pessoas (BAUMGARTEN et al., 2018; INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2020a).

Apesar da complexidade despendida ao enfrentamento da doença, é possível proteger a população e reduzir os casos de óbitos, mediante a ordenação da rede de cuidado, ampliação do acesso, fomento da educação em saúde e sensibilização para a temática, a fim de promover a popularização dessas informações científicas e a pactuação do autocuidado apoiado, para que os fluxos de assistência à saúde sejam integrados as demandas e reconhecidos por todos, populares e trabalhadores (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2017; INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2019).

Para efetividade dessa ação, é necessário para além das ações de monitoramento epidemiológico, lançar mão de abordagens educativas e informativas como ferramentas estratégicas na prestação de serviço, visando fomentar transformações conceituais, comportamentais e instrumentais, de forma que os processos de ensino-aprendizagem sejam uma relação de troca consentida e informada com a comunidade, para promover a educação em saúde, que estrutura o conjunto de práticas pedagógicas centradas no cuidado, que possibilitam a ampla vigilância em saúde (BRASIL, 2014a, 2018a).

O universo da educação em saúde inclui vastas possibilidades de formação e aprendizado na área, que tornam possível propagar o conhecimento necessário a manutenção da vida e enfrentamento de doenças, desmembrando-se em dimensões importantes como a educação permanente em saúde: política norteadora da formação profissional para atuar nessa esfera e a educação popular em saúde, que busca o protagonismo dos movimentos sociais, baseada no diálogo com os saberes prévios das classes populares para objetivar a inclusão e promoção da saúde na comunidade.(BRASIL, 2009; MACHADO; WANDERLEY, 2011).

Nessa perspectiva, o intuito é buscar autonomia da população, que assume autoria e apropriação do saber necessário, visto que, segundo Freire (2014, p. 21) “Ensinar não é transferir conhecimento, mas criar as possibilidades para a sua própria produção ou a sua construção.”. Sendo assim, para estimular boas práticas intenta-se substituir a argumentação impositiva ao conduzir esses grupos sociais e estimular as pessoas a apresentarem, por si mesmas, argumentos e atitudes transformadoras, com base em suas circunstâncias e contextos (BRASIL, 2018b). Apostando na afirmação da consciência mútua de que cada decisão reflete diretamente na qualidade de vida (BORGES; PORTO, 2014).

A vigilância efetiva ao câncer bucal implica em uma postura ativa, e não na concordância acrítica frente a tratamentos formulados exclusivamente pelos profissionais. O

aporte das metodologias ativas no contexto da educação em saúde possibilita estimular a independência, a responsabilização, a integralidade e o trabalho em equipe, buscando superar os modelos tradicionais de ensino, baseados na pedagogia da transmissão, altamente normativos e pouco eficientes na contribuição à vigilância (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2019; OLIVEIRA et al., 2017).

A esse respeito, Freire (2008, p. 15) defende que:

Todo saber traz consigo sua própria superação. Portanto não há saber nem ignorância absoluta: a somente uma relativização do saber ou da ignorância. Por isso não podemos nos colocar na posição do ser superior que ensina um grupo de ignorantes, mas sim na posição humilde daquele que comunica um saber relativo a outros que possuem outro saber relativo.

Objetiva-se demonstrar, na estratégia saúde da família, que o aporte das metodologias ativas de ensino-aprendizagem (MAEA) move-se como facilitador da integração entre a rede de serviços em saúde e a comunidade, pois as mesmas consistem numa proposta metodológica, que conduz, entre várias características: o protagonismo dos educando-aprendiz; a promoção da reflexão crítica; e o respeito ao contexto, a diversidade e ao conhecimento prévio, na construção do conhecimento. Nessa ótica, facilita o aprendizado, por instigar a participação ativa dos envolvidos e considerar o cotidiano que estão inseridos. (BORGES, 2018).

Essa forma ativa/inovadora de aproximação do saber provoca um grande estímulo ao reconhecimento da situação problemática, podendo despertar as pessoas a promover e propagar as transformações necessárias, responsáveis pela sua trajetória e alcance de resultados benéficos a saúde, tornando-se aptos para gerenciar os processos de saúde-doença-cuidado, a fim de, em alguma medida, melhorar os indicadores do país.

Nessa perspectiva, apropriar-se dessas metodologias ativas como estratégia de ensino-aprendizagem permite aos profissionais da saúde sensibilizar e motivar a comunidade diante do problema, capacitando para refletir a realidade e dotando de significado as mudanças necessárias ao enfrentamento da doença (MITRE et al., 2008).

Assim, tornando o saber aplicável e composto de sentidos e significados, intentando que a comunidade rural adquira liberdade de gerar escolhas adequadas e factíveis, ter autonomia nas decisões e estar apta e propensa a disseminar o conhecimento em saúde, na promoção da equidade no acesso e de encaminhamentos frente aos impasses da vigilância ao câncer bucal, ampliando as possibilidades sociais de proteção da saúde (BRASIL, 2009).

Nesse sentido, tomando por princípio a Política Nacional de Promoção da Saúde e a Política Nacional de Educação Permanente para atuar na esfera do binômio educação/saúde, esse estudo tencionou avaliar o uso das metodologias ativas de ensino- aprendizagem como um potencial recurso facilitador, ora das ações “educativas na saúde”, onde o público almejado são seus trabalhadores, participantes da Equipe de Saúde da Família (ESF), atuantes em territórios rurais, ora “educativa em saúde” com foco em benefícios para a comunidade rural usuária da Rede SUS e de todo cidadão, no contexto da promoção da vigilância do câncer bucal (BRASIL, 2004; BRASIL, 2018c).

1.1 Pressupostos

O diagnóstico do câncer de boca não tem ocorrido (em seu estágio inicial) e, por outro lado, as ações de promoção e proteção à saúde, bem como as de prevenção dessa enfermidade não estão sendo suficientes e efetivas. Supõe-se que ao sobrelevar a promoção da saúde, reforçar estilo de vida e hábitos saudáveis junto à comunidade e a postura preventiva dos profissionais de saúde, intentando o diagnóstico precoce, em especial da equipe de saúde bucal da família, quiçá poderá tratar a doença (em seus estágios iniciais) ou em tempo hábil de bom prognóstico e, por conseguinte, reduzir a mortalidade, promovendo vigilância de excelência. Esse ciclo vicioso de alta morbimortalidade pelo câncer de boca, se repete, entre outros fatores, sobressaindo-se os conjunturais, socioeconômicos, culturais e de gestão do cuidado em saúde, considerados determinantes no aparecimento do câncer de boca.

O presente estudo se debruça na forma como ocorrem as práticas de vigilância, em especial as ações educativas em saúde verticalizadas, higienistas, prescritivas e de baixo significado e sentido para a comunidade rural, ressaltando a hipótese da insuficiência e não efetividade e impacto das mesmas na história desse agravo.

Dessa forma, supõe-se que a educação na saúde (capacitações do profissional) e a educação em saúde (com foco na comunidade) praticada mediante métodos tradicionais não é suficientemente eficaz para identificar e reduzir os entraves nos fluxos de vigilância ao câncer de boca, considerando as especificidades de cada território. Entretanto, o processo educativo somente possibilitará resultados efetivos, mediante alteração do método de ensino-aprendizagem transmissivo hegemônico utilizado, transitando para métodos ativos/inovadores.

Por isso, testa-se o pressuposto que o uso de metodologias ativas de ensino-aprendizagem, como método eleito para educação “na e em saúde” são promissoras e contribuem no sentido de resolver a baixa adesão as práticas de promoção, prevenção e recuperação na esfera do câncer de boca. Pois, considera-se que as mesmas promovem a reflexão crítica a respeito da postura, do papel e da atuação dos trabalhadores no contexto de educação em saúde, capacitando os profissionais a conduzir os espaços educativos com participação social ativa.

Em acréscimo, as MAEAs incitam a comunidade a apresentar por si mesma as atitudes possíveis e necessárias a mudança, resultando na construção de pontes de autocuidado apoiado junto à comunidade, que viabilizem efetiva vigilância das neoplasias bucais no campo da atenção primária, sem culpabilizar o usuário pela sua condição de saúde, mas reconhecendo o compromisso mútuo nas diferentes formas de cuidado.

1.2 Objetivos

1.2.1 Objetivo primário

Compreender o uso das metodologias ativas de ensino-aprendizagem (MAEA) nos campos da capacitação profissional e da educação em saúde, na vigilância do câncer bucal em comunidades rurais.

1.2.2 Objetivos secundários

- a) traçar o perfil socioprofissional, demográfico e de interação com a vigilância do câncer bucal dos trabalhadores da Estratégia de Saúde da Família (ESF) rural;
- b) conhecer as características das ações de vigilância do câncer bucal (com ênfase nas ações educativas), ofertadas pelos trabalhadores da Estratégia de Saúde Bucal da Família (ESBF) rural;
- c) reconhecer as potencialidades, os desafios e os recursos (estratégias, técnicas e tecnologias) das MAEAs na vigilância do câncer de boca, mediante a percepção do trabalhador da ESBF e da comunidade rural.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Contextualização do tema abordado

A seguinte literatura, articulada aos princípios do SUS e da estratégia de saúde da família fundamentam o repertório bibliográfico deste estudo, sendo composta por:

- a) estratégia de saúde da família;
- b) saúde bucal na estratégia saúde da família;
- c) população rural;
- d) vigilância do câncer de boca;
- e) educação em saúde;
- f) educação na saúde (preparação dos profissionais de saúde, sob a perspectiva da Educação Permanente em Saúde);

2.1.1 *Estratégia de saúde da família*

A luta social da população brasileira por melhores condições de vida, que culminou na implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), reverberou em processos de estruturação e implantação contínuos ao longo desses 30 anos de sua existência, visando o cumprimento da constituição federal, que versa a saúde como direito (PAIM et al., 2018).

Esse movimento de consolidação tem como objetivo de atingir o mais alto nível de descentralização das ações no contexto da saúde, pela ampliação da capilaridade dos serviços, intenta-se reordenar a rede de atenção, rompendo com a lógica curativista para garantir a manutenção e oferta de assistência nos locais onde a vida das pessoas acontece na comunidade, ou seja, próximo das suas residências (MENDES et al., 2015; SILVA et al., 2020).

Para Pitombeira e Oliveira (2020), uma vez desvelada a determinação social da saúde, que evidencia a forma que as relações das questões socioeconômicas modificam os processos saúde-doença, é de grande importância compreender como essas condições expressam as desigualdades, para propor soluções equânimes de acordo com as particularidades socio-territoriais.

Compreendendo esses mecanismos, é possível impactar positivamente na qualidade de vida e saúde nos territórios, possibilitando um diagnóstico populacional que favoreça o

planejamento de ações, tanto no que diz respeito às doenças, à morbidade, à mortalidade, a expectativa de vida e ao acesso ao serviço de saúde (PITOMBEIRA; OLIVEIRA, 2020).

Além de planejamento estratégico é necessária infraestrutura adequada, por isso cabe aos municípios a programação do trabalho, formação de recursos humanos e materiais e a obtenção de espaço físico para atendimento, estrategicamente instaladas nas regiões que compõe os territórios semelhante em necessidades de saúde, que recebem o nome de Unidades Básicas de Saúde (UBS) (BRASIL, 2012a).

Esses espaços físicos possuem consultórios de atendimento multiprofissional, para que as Equipe de Saúde ofereça ações específicas nas áreas próximas onde as pessoas trabalham, moram e estudam. Essa configuração, pelo favorecimento da acessibilidade, deve ser o contato preferencial dos indivíduos as ações e serviços de saúde, denominada Atenção Básica (AB) a saúde (BRASIL, 2014b).

Por representar essa porta de entrada principal das pessoas ao SUS, segundo Giovanella, Franco e Almeida (2020), a AB destaca-se por aliar a prática assistencial à vigilância em saúde e tem como estratégia de maior eficácia adoção do modelo Saúde da Família, que caracteriza-se como uma abordagem que integra vigilância epidemiológica e sanitária, a territorialização e a distritalização, o atendimento clínico e políticas intersetoriais, o atendimento programado e o acolhimento a demanda espontânea, com foco nas famílias e centrado no usuário.

A partir da Estratégia Saúde da Família (ESF), ao nível da AB, que são ofertadas as ações e serviços que contemplam desde a promoção, prevenção e recuperação da saúde no que compete a menor complexidade tecnológica, e quando necessário, ela coordena o cuidado na complexa rede assistencial do SUS, organizando os fluxos e contra fluxos aos demais níveis de atenção para garantir o cuidado integral (BRASIL, 2012a).

A ESF tem como especificidade a abordagem familiar, com a criação de vínculo entre esse núcleo de usuários e trabalhadores da saúde, mediante cadastro da população adstrita e acompanhamento acolhedor pela equipe multiprofissional. Formada por médico (a), enfermeiro (a), técnico (a) em enfermagem, cirurgião-dentista, técnico (a) em saúde bucal e/ou auxiliar de saúde bucal e agentes comunitários de saúde que conduzem o atendimento de 40 horas semanais e demais especialidades que possam contribuir com as demandas específicas, como psicólogo, fisioterapeuta (BRASIL, 2012b).

Cada equipe vinculada aos territórios adscritos, deverá mapeá-lo em áreas nas quais residam até 4000 pessoas cadastradas, que serão devidamente estudadas e compreendidas

para que seja possível um acompanhamento qualitativo e programado de ações relacionadas a todo o âmbito da saúde e setores afins (BRASIL, 2012a).

Esse processo de territorialização da saúde que compreende o mapeamento da população, também contempla o conhecimento do espaço geográfico nas diversas dimensões, além das informações documentais, dos dados epidemiológicos e o reconhecimento dos equipamentos sociais, para potencializar a compreensão da realidade comunitária, permitindo um diagnóstico situacional a partir das informações adquiridas de forma direta e indireta, que culminem na hierarquização dos problemas, adequando as prioridades na assistência à saúde em concordância com as diretrizes do município no qual está vinculado (BRASIL, 2018d).

O estudo realizado por Sousa e colaboradores (2019) demonstra o potencial dessa estratégia para orientar a mudança progressiva necessária, desenhadas desde a adoção do sistema público de saúde, tendo alcançado vitórias importantes no que diz respeito ao rompimento do modelo hospitalocêntrico, hegemônico de atenção à saúde brasileira.

No entanto, os mesmos autores apontam que apesar das iniciativas de consolidação do SUS na visão de transformação de paradigma assistencial da saúde, o modelo praticado ainda se mantém hegemonicamente hospitalocêntrico, centrado no atendimento médico e de atenção voltada para as doenças já instaladas ao invés da promoção da saúde. Nesse aspecto, a atenção básica adotando a ESF resiste em abrir caminhos para a efetivação do direito universal à saúde e fortalecimento da cidadania (SOUSA et al., 2019).

Pela sua abordagem, a ESF compreende o conceito “família” em uma definição ampla e de constante transformação, desconsiderando a noção familiar apenas nuclear, formada por pai, mãe e filhos e contemplando a diversidade de estruturas familiares possíveis e reconhecidas no censo demográfico, definidas como núcleos de pessoas em convívio estruturado afetivamente e vínculo duradouro (BRASIL, 2018d).

Ao enfrentar os problemas de saúde dentro da perspectiva de indivíduo-famílias, reforça-se a necessidade de compreender as pessoas numa visão dinâmica do contexto familiar, reconhecendo sua influência nas decisões, configurações dos hábitos e nos vínculos que se estabelecem de modo específico nos diferentes ciclos da vida, influenciando na saúde individual e coletiva (BRASIL, 2018d).

Bispo e outros (2020) demonstram que o trabalho da ESF favorece grandes avanços no que se refere a maior extensão do acesso, maior qualidade dos serviços e melhor condução dos cuidados em saúde no território, no entanto, para a população alcançar e utilizar os serviços ofertados, uma gama fatores como barreiras geográficas, horário reduzido de

funcionamento, dificuldades na marcação de consultas e espera prolongada de atendimento, incidem diretamente na gestão das questões de saúde, demandando adequação específica entre a oferta, o serviço e a realidade dos usuários.

Para Gomes, Gutiérrez e Soranz (2020) a adoção do modelo ESF reflete um importante facilitador da aquisição dos serviços de saúde, consiste em uma abordagem necessária principalmente diante da extensão e diversidade brasileira, pelas próprias dimensões continentais e dos mais de 5.500 municípios com suas peculiaridades.

Seu estudo evidenciou que a estratégia melhorou os indicadores de saúde do país e reduziu hospitalizações desnecessárias. Pelos progressos conquistados, resta o desafio de resgatar à vontade política de fortalecimento das ações e princípios norteadores do SUS para tornar possível a ampliação da cobertura da EFS para toda a população brasileira (GOMES; GUTIÉRREZ; SORANZ, 2020).

Segundo Costa e outros (2020) há ainda os desafios relacionados ao processo de trabalho na ESF que revelam a importância do constante aprimoramento das equipes de trabalhadores da saúde, pelo fomento e viabilização de iniciativas educativas relacionadas a temática, para que invistam tanto no aperfeiçoamento profissional e de gestão como no ensino-aprendizado da comunidade, com vista ao exercício de uma construção mais coletiva e interdisciplinar do acesso a saúde, reiterando a necessidade de conhecer e respeitar as dinâmicas locais.

Por isso, defende-se que essa perspectiva de atenção, proposta na ESF, transforma a prática profissional em ações condizentes com as demandas evidenciadas, levando em consideração a epidemiologia, no que se refere ao modo prevalente de adoecer e morrer de determinada comunidade, refletidos a partir da estrutura social, de vida, da produção, do consumo, do perfil genético e dos fatores de risco que afetam e são afetados pelo ambiente domiciliar, familiar, da vizinhança, do trabalho e da natureza que as contém (BRASIL, 2018e).

2.1.2 Saúde bucal na estratégia saúde da família

Tendo em vista o acesso às ações e serviços do SUS designados à saúde bucal da população no Brasil, até o ano de 2003 a odontologia apresentou-se “tímida” nas políticas públicas, de forma que a população, por não ter resultados favoráveis nos parâmetros das condições bucais satisfatórias, se contentavam em receber atendimento odontológico pontuais

e extremos, com acesso sobretudo limitado ao setor público (NICKEL; LIMA; SILVA, 2008).

As práticas odontológicas foram se ampliando nos programas de saúde coletiva de âmbito Nacional, no entanto, demonstrando um caráter curativo-reparador ao longo da história, asseverando a adoção de modelos assistenciais fragmentados. Chegada à década de 50, instaurou-se o chamado Sistema Incremental, com enfoque na oferta de tratamento para grupos escolares do sistema público. Posteriormente, nos anos 70, instituiu-se o modelo da Odontologia Integral, com abordagens para a promoção e prevenção da saúde bucal e ênfase coletiva e educacional, representando um avanço, ainda que modesto, no curso da saúde bucal (BRASIL, 2008; NICKEL; LIMA; SILVA, 2008).

Pelas falhas e insuficiências desses modelos, a comunidade científica e a sociedade foram tentando progressos nos paradigmas da saúde bucal que já vinham sendo discutidos em paralelo no âmbito da saúde geral, preconizando a mudança da ênfase “curativa” para “controle” das condições de saúde da população, destacando as ações de caráter preventivo-promocional, que, somado as demandas epidemiológicas insustentáveis retratadas nas pesquisas e relatórios públicos, reverberaram na criação da política Nacional de Saúde Bucal, denominada Brasil Sorridente, criada em 2003 para integrar definitivamente a saúde bucal ao SUS pelo reconhecimento da sua indissociabilidade no conceito amplo de saúde (BRASIL, 2008; BRASIL, 2018e).

Seguindo os preceitos da universalidade, integralidade, equidade, participação popular, descentralização, regionalização e hierarquização do serviço, os quais fundamentam o Sistema Único de Saúde, a política Brasil Sorridente esclarece que o campo de atuação na Saúde Bucal extrapola, em muito, os limites da cavidade oral, seu escopo compreende as diferentes áreas de conhecimento, integrando ações intersetoriais, práticas educativas, promoção à saúde e ações assistenciais nos diferentes níveis de complexidade, tentando o enfrentamento das iniquidades e ampliação do acesso, principalmente para populações em situação de vulnerabilidade (BRASIL, 2004; BRASIL, 2018e; BRASIL, 2016).

Assim sendo, uma das principais linhas operacionais da Política Nacional de Saúde Bucal é a reorganização da Atenção Básica, mediante a incorporação das ações de abrangência odontológica doravante a implantação e ampliação das equipes de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família, visando transpor a odontologia realizada em quatro paredes, restrita à atuação isolada do cirurgião dentista com seu equipamento odontológico, para contemplar um movimento de reflexão contínua sobre as práticas da saúde, promovendo a

integração entre o serviço multiprofissional e a comunidade, que favoreça a realização do trabalho a nível local e recupere o quadro sanitário brasileiro (BRASIL, 2004; BRASIL, 2018a).

No repertório de ações intersetoriais voltadas para assegurar a promoção da saúde bucal brasileira está a vigilância a doença câncer de boca que pela localização e história natural da doença, expecta-se que a equipe odontológica da Estratégia Saúde da Família, coordene a redes de atenção integral e integrada do sus no enfrentamento dessa enfermidade, encabeçando a programação interdisciplinar e multiprofissional para trazer informações relevantes, diminuir os fatores de risco, promover o rastreamento e diagnóstico precoce em benefício da população na sua área de abrangência (BRASIL, 2018e; TORRES-PEREIRA et al., 2012).

2.1.3 População rural e saúde

Para compreender a situação da população rural no Brasil atual é necessário um mergulho histórico. O Brasil nasceu uma colônia rural, até que mudanças importantes começaram a ocorrer em meados do século XIX e os aglomerados urbanos passaram por um processo de ressignificação, anteriormente de dimensão administrativa e religiosa, começaram a incorporar a centralidade das atividades econômicas, no denominado evento de urbanização massiva (INSTITUTO INTERAMERICANO DE COOPERAÇÃO PARA A AGRICULTURA, 2017).

Esse processo se deu em formas e ritmos diferentes quando consideradas as regiões do país, tendo em vista suas dimensões continentais. Nesse período o êxodo rural foi interpretado como a possibilidade de avanço e modernidade em relação futuro, estabelecendo um senso coletivo de que a vida no campo é representante do Brasil arcaico, sinônimo do atraso, da falta de civilização, de carências na infraestrutura, e, portanto, condenada ao desaparecimento (INSTITUTO INTERAMERICANO DE COOPERAÇÃO PARA A AGRICULTURA, 2017).

Com vista a esse histórico, Cella, Queda e Ferrante (2019) esclarecem que o rural fica definido como oposição ao urbano, funcionando como resíduo, como se a ruralidade fosse uma etapa do desenvolvimento social a ser superada com o avanço trazido pelo progresso da urbanização. Quanto aos critérios utilizados no Brasil para definir áreas rurais, o autor aponta que são relativos ao distanciamento dos centros urbanos e a densidade populacional,

geralmente menor de 150 pessoas por metro quadrado, e reforça que os aspectos demográficos são necessários, mas não suficientes para descrever áreas do campo.

E para Pessoa, Almeida e Carneiro (2018), devido a esses antecedentes, as populações rurais concentram índices altíssimos de pobreza e analfabetismo que refletem a iniquidade no acesso à educação, precário fornecimento de energia elétrica, acesso reduzido a meios de comunicação e bens de serviço, transporte público ineficiente, escassez de saneamento básico, falta de água potável e insuficiência de serviços de saúde.

A situação é agravada pela extrema escassez de recursos humanos no campo, cujas condições refletem a precariedade do desenvolvimento e na importância do fortalecimento da atenção básica à saúde, por meio da adoção de medidas terapêuticas efetivas e de baixa complexidade (PESSOA; ALMEIDA; CARNEIRO, 2018).

A população rural retratada na atualidade não reflete, na totalidade, as transformações constantes das sociedades contemporâneas, relativas à tecnologia e a informação abrangentes, outrora estáticos entre as regiões, territórios, cidades, rural e urbano. Apesar de existirem atualmente algumas facilidades no deslocamento, as informações nesse contexto são ainda expressivamente diferentes na infraestrutura do espaço rural em relação ao urbano, que refletem a exclusão nas políticas públicas de moradia, transporte, saneamento, telecomunicações, proteção ao trabalhador e Saúde (INSTITUTO INTERAMERICANO DE COOPERAÇÃO PARA A AGRICULTURA, 2017).

Em contraponto ao pensamento hegemônico no Brasil, Cella, Queda e Ferrante (2019) defendem que o crescimento prioritariamente urbano não é, por si só, o caminho para a redução do nível de escassez da população. Nesse aspecto, é preciso identificar no espaço rural uma série de oportunidades de geração de bens e acesso relacionadas não somente a produção primária de alimentos, mas também do processamento de produtos, serviços e comércio.

Por essa razão, o Instituto Interamericano de Cooperação para a Agricultura (2017) defende que a garantia do direito depende da mobilização de diferentes setores da sociedade para tratar do mundo rural, neste movimento por equidade serão necessárias a coparticipação e corresponsabilização da sociedade civil e do Estado, para alcançar a igualdade e universalidade nas ações e serviços.

Por isso, destaca-se que as ruralidades Brasileiras são diversas e complexas, não podendo ser descritas na generalização visto que se trata de um conceito multidimensional. É preciso que sejam compreendidas para além da demarcação de terra, no processo de vivência

do território e nas suas dimensões físicas e sociais, sendo os aspectos demográficos necessários, mas não suficientes (CELLA; QUEDA; FERRANTE, 2019).

Além da necessidade de adequação nas políticas públicas, Diniz (2019) certifica que os espaços rurais precisam se tornar mais atrativo e adquirir condições adequadas para que as pessoas se estabeleçam nesse meio, entendendo que o rural abarca as expressões sociais, políticos e sociais para além da atividade agrícola.

Sendo que, para que não seja só um pensamento de desejo, mas um plano de ação que torne essa possibilidade de melhorias no campo em realidade, deve-se trilhar um caminho de valorização do meio rural através do fortalecimento das políticas públicas voltadas para essas comunidades, que favoreçam a ideia de complementaridade do rural com o urbano (CELLA; QUEDA; FERRANTE, 2019).

Pedroso e Navarro (2020) destacam a forte tendência de modernização produtiva e tecnológica na agropecuária do Brasil rural, como consequência, intensifica-se um processo visível de diferenciação social causada pela dominação categórica do capital financeiro na determinação do funcionamento do sistema produtivo rural, ampliando a concentração da riqueza e a exclusão de fonte de renda das pessoas desassistidas de acesso às tecnologias (PEDROSO; NAVARRO, 2020).

A situação de exclusão e negação de participação efetiva nas políticas econômicas e sociais é um dos principais fatores que contribui ainda nos dias atuais para o êxodo rural seletivo, principalmente de jovens e das mulheres, culminando no envelhecimento da população e também na masculinização da população do campo. Outro fenômeno que é observado nesse retrato é a violência que influencia diretamente na saúde populacional, apesar de pouco divulgada e da subnotificação, apresenta constante elevação independentemente da tipologia analisada (PESSOA; ALMEIDA; CARNEIRO, 2018).

Também é destaque nas questões de saúde coletiva, a exposição aos riscos ambientais, acentuada pelo atual modelo de desenvolvimento econômico agrícola, que permite a exploração exaustiva dos recursos naturais embasados na produção e lucros, gerando contaminação química, atmosférica ou de corpos hídricos, é um elemento importante de contextualização que inter-relaciona os processos de saúde/doença que atingem as populações do campo de maneira específica (BRASIL, 2015b).

Com foco na promoção da saúde é necessário diminuir as vulnerabilidades adotando conceito socioambientalista de cuidados em saúde, que pressupõe um movimento de corresponsabilidade entre Estado e sociedade civil na efetivação, na racionalização de

serviços, na gestão dos conflitos do campo e na promoção da justiça social, destacando-se o princípio da equidade, visto que esses fatores impactam não somente a saúde da população como também o ambiente (BRASIL, 2015b).

Lima e colaboradores (2019) enfatizam a importância da sensibilização e da capacitação dos profissionais de saúde para olharem o território e acatarem o que a população expressa como suas necessidades, para não arriscarem numa atuação sobre os programas propostos pelo Ministério da Saúde, sem atingirem as necessidades específicas da população rural para a qual estão prestando assistência, evitando a perpetuação da histórica invisibilidade das comunidades rurais, resgatando o modo de viver e produzir.

Apesar dos esforços e avanços constatados pela formulação e ampliação das políticas vigentes, o cenário atual aponta para a necessidade de superar as práticas e refletir sobre as inquietações dos atores sociais rurais, conhecendo suas especificidades, criando acesso e formas de intervenção que valorizem a participação coletiva e o saber local nas práticas de saúde, sejam elas de promoção, prevenção ou recuperação (BRASIL, 2015b).

Para Lima e outros (2019, p. 762):

As atividades educativas requerem que as comunidades rurais participem ativamente desde o planejamento das ações até a tomada de decisões sobre as necessidades de saúde e utilização dos recursos, bem como, colaborem para a redução da dependência de cuidado curativo e da alta tecnologia. Essa perspectiva demanda que os profissionais de saúde contribuam para o empoderamento da população rural, de forma que possam assumir maior responsabilidade na resolução dos problemas de saúde dos indivíduos e comunidade.

Pautada nessas evidências, a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, Floresta e das Águas (PNAIPCFA) é formulada para respaldar as ações a fim de proporcionar assistência em saúde nas áreas rurais de forma descentralizada, em loco, voltadas para a educação permanente em saúde e desenvolvimento sustentável, com vista a promoção da Equidade para esses povos (BRASIL, 2013a).

Apesar do reconhecendo da importância de política específicas para incluir a participação social dessas minorias, vale ressaltar que as questões do campo extrapolam o setor saúde, sendo que para sua efetivação política é condição *sine qua non* ampliar a intersetorialidade, envolvendo todos os setores de governança pública, principalmente relacionadas ao ambiente e a sustentabilidade (BRASIL, 2013a).

2.1.4 Vigilância do câncer de boca

A possibilidade de viver mais que os seus ancestrais próximos é uma realidade na espécie humana, devido a sua capacidade de adaptar e transformar o mundo podemos perceber uma progressão contínua da expectativa de vida, que acompanha as transições econômicas, demográficas e alimentares da sociedade com seus avanços científicos e tecnológicos (MENDES, 2012).

Isso não significa necessariamente que as pessoas estão envelhecendo saudáveis, a epidemiologia tem demonstrado transformações nas características de adoecimento populacional, e não a sua ausência. As novas características dos processos saúde/doença estão prioritariamente relacionadas a condições crônicas, que englobam uma gama de enfermidade não transmissíveis, no entanto muito prejudiciais à saúde (BRASIL, 2011; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2002).

Dentre esses agravos não-transmissíveis, o Câncer se destaca tanto pela estatística alarmante e aumento progressivo como pela gravidade em termos de morbidade e mortalidade, exercendo uma enorme pressão física, emocional e financeira sobre a populações. Isso exige uma organização governamental grandiosa, pois de acordo com o dado epidemiológico mundial, no ano 2018 ocorreram no planeta 18 milhões de casos novos de câncer e para cada ano do triênio 2020-2022, estima-se que ocorrerão 625 mil casos novos de câncer no Brasil e se considerarmos apenas tumores da cavidade oral, a estimativa é de aproximadamente 15.190 casos novos por ano, sendo de 11.180 casos entre homens e de 4.010 entre as mulheres (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2018).

A enfermidade que denominamos câncer, é na verdade um grupo de várias doenças diferentes e de causas multifatorial, que possuem características clínicas e biológicas específicas e podem aparecer em qualquer localidade do corpo nas variadas fases da vida. Ela se manifesta a partir de danos a genes de células corporais e progride quando ocorre falhas no sistema imunológico responsável pela reparação celular, resultando na proliferação desordenada de células insatisfatórias com potencial dano tecidual (CARRARD et al., 2020; INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2019).

Apesar da complexidade da doença, é possível proteger a população e reduzir os casos de óbitos mediante a realização de diagnóstico precoce, da ordenação dos fluxos das redes saúde, ampliação do acesso, educação permanente e sensibilização populacional para o reconhecimento dos mais vulneráveis e com maior exposição aos fatores de risco associados

ao aparecimento de câncer que permitam prevenir agravos. A prevenção primária consiste em agir no controle da exposição a circunstâncias e substâncias que possuem comprovada relação de causa e efeito com o adoecimento (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2017).

Utilizamos o termo do câncer de boca para classificar as lesões cancerígenas localizadas no interior da cavidade oral incluindo gengivas, mucosa jugal, palato duro, assoalho bucal, glândulas salivares, orofaringe, amígdalas ou nos lábios. Especificamente para essa modalidade, são fatores de risco: a exposição indevida a radiação solar ultravioleta, a infecções pelo papiloma vírus humano (HPV) por transmissão sexual, higiene bucal precária e próteses mal adaptadas, alimentação não saudável privada de frutas e vegetais, pacientes com histórico de neoplasia, o Etilismo e Tabagismo (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2019).

Sendo que a dependência da nicotina e o consumo aumentado de álcool tem comprovado efeito sinérgico no desenvolvimento de tumores na boca quanto e na dose dependência bidirecional, isso significa que fumantes são mais propensos a consumir bebidas alcoólicas e os consumidores do álcool mais propensos a fumar, e conseqüentemente, as pessoas tabagistas e etilistas possuem um aumento considerável na chance de ser diagnosticados com câncer bucal. Esse consumo tem uma gama de doenças comprovadamente relacionadas, demandando campanhas governamentais, visto que não existem dosagens seguras para sua utilização, apesar de serem substâncias legalizadas (BRASIL, 2015b).

Em termos epidemiológicos, a prevalência de tabagismo é consistentemente superior no sexo masculino e em populações rurais, a prevalência do câncer bucal também é maior em homens, sendo a quinta neoplasia mais comum entre homens na região sudeste. Esses valores epidemiológicos correspondem a um risco estimado de 10,69 casos novos a cada 100 mil homens por ano, enquanto para as mulheres, corresponde a 3,71 para cada 100 mil mulheres, sendo a décima terceira doença mais frequente entre todos os cânceres. Em relação a idade são mais acometidos adultos acima de 40 anos, e a frequência de casos é maior na região sudeste do Brasil, sendo o quarto câncer mais frequente nessa região (BRASIL, 2015b; INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2019).

O rastreamento populacional não é uma estratégia recomendada para vigilância do câncer de boca, por não haver comprovações científicas da sua eficácia na redução da mortalidade. O autoexame também não é suficientemente eficaz em razão da limitação da população leiga na identificação das lesões, no entanto recomenda-se educação permanente

para informação popular como forma de conscientizar da importância da atenção ao corpo que viabilize o autocuidado (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2014; BRASIL, 2015b; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2017).

A recomendação da Organização Mundial da Saúde (OMS) para a Prevenção e Controle do câncer de boca, é que se faça a prevenção secundária com foco na detecção de lesões bucais com potencial de magnetização e diagnóstico precoce de lesões cancerizáveis. A estratégia indicada é o rastreamento oportuníssimo, que acontece quando a pessoa é assistida no serviço de saúde como rotina e o profissional atento e treinado, aproveita o momento para rastrear condição ou riscos de adoecimento, com uma prática clínica eficaz na promoção da saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2017).

Os sinais e sintomas para diagnóstico precoce de câncer de boca são a identificação de feridas que não cicatrizam, presença de lesão com crescimento rápido, ulcerações superficiais sem sintomatologia dolorosa, lesão intraóssea não associada a dentes necróticos; manchas brancas ou avermelhadas não compatíveis com estruturas anatômicas, dor ou desconforto inespecífico, dificuldade na mastigação, deglutição e fala; emagrecimento acentuado; presença de linfadenomegalia cervical e rigidez nos lábio e tecidos (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2020b).

Das desordens bucais que estão propensas a se transformar em células cancerígenas, denominadas potencialmente malignas, as conhecidas são: Leucoplasia, que aparece na forma de mancha branca não removível à raspagem, a Eritroplasia que se caracteriza como mancha ou placa vermelha, a Queilite Actínia que aparece na mucosa de transição, levando à perda de nitidez dos limites labiais, e ainda o Líquen Plano, que possui manifestações das mais variadas, como Lesões brancas e/ou vermelhas, única ou múltipla, uni ou bilaterais, com ou sem dor (BAUMGARTEN et al., 2018; CARRARD et al., 2020).

Uma vez identificadas lesões cancerígenas e potencialmente malignas, o método de escolha preferencial para confirmação de diagnóstico clínico é a biópsia, um procedimento ambulatorial que demanda análise do laboratório anatomopatológico. Apesar de ser um método relativamente simples, na maioria das vezes esse exame é realizado em pacientes que já se encontram em estágio avançado de desenvolvimento do câncer bucal, resultando em pior prognóstico (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2017).

Para capacitar profissionais na realização do diagnóstico precoce, devem ser identificadas as lacunas no acesso, avaliando o desempenho dos programas de saúde para melhorar os serviços de atenção. Muitos fatores estão relacionados a esse atraso de

diagnóstico, que podem ser provocados pelas limitações do paciente, por falta de conhecimento da doença, pelo próprio estigma sobre o câncer, que muitos acreditam ser uma doença fatal e até mesmo pela dificuldade de acesso a assistência e aos polos de atenção de média e alta complexidade (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2019; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2017).

A falha também pode estar relacionada aos profissionais de saúde, pela imprecisão ou atraso no diagnóstico, inabilidade de realizar exames e biopsias e outras questões organizacionais do sistema de saúde, como lacunas na coordenação dos serviços na rede de saúde, recursos insuficientes e barreiras socioculturais, educacionais, financeiras, geográficas e logísticas (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2020c; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2017).

De forma prática, para evitar novas mortes e promover vigilância eficaz no controle do câncer, é necessário ampliar e capacitar as equipes multiprofissionais nas suas diferentes áreas de formações e atuação, para que sejam capazes de direcionar as linhas de cuidado e capacitados para o atendimento, planejamento de ações e cumprimento das políticas públicas. (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2018).

Quando se trata especificamente do câncer de boca, a Estratégia de Saúde da Família que possua equipe de saúde bucal tem importância significativa na ordenação do serviço de vigilância, não só pela proximidade educacional e profissional com a manifestação da doença mas também por possuir a atribuição de promover a assistência clínica, o acesso rápido e a qualificação das ações e serviços da atenção básica para articulação de práticas educacionais em saúde, buscando a aproximação e participação popular na integração necessária ao enfrentamento do câncer de Boca (BRASIL, 2018d, 2018e).

2.1.5 Educação em saúde

Parte importante do trabalho no campo da saúde consiste em oportunizar a expansão da “alfabetização em saúde”, mediante a proposição das atividades de ensino-aprendizagem que tem por finalidade a aquisição dos conhecimentos específicos, que resultem no desenvolvimento de melhorias na vida e nas condições de saúde individuais e coletivas. (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1998).

Segundo a World Health Organization (1998), a prática de educação em saúde não trata de apenas comunicar informações relevantes para enfrentar os fatores e comportamentos

de risco que afetam a rede do cuidado em saúde, para além disso é necessário fomentar a motivação e o desenvolvimento de habilidades para encontrar viabilidade política, social e organizacional de ações que suscitem as múltiplas formas de enfrentamento dos determinantes socioeconômicos e ambientais, necessárias para atuar na manutenção e aprimoramento da situação de saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1998).

Nesse aspecto, a educação em saúde é a parte inerente ao trabalho em saúde que se expressa de forma privilegiada na saúde coletiva, por representar um âmbito de práticas que possibilita a incorporação de ações multiformes, em ambientes diversos, para públicos variados, envolvendo organizações e instituições de toda esferas da sociedade. Isso facilita transpor barreiras físicas, sociais, culturais e de informação, permitindo enfrentar algumas iniquidades no sistema único de saúde (FALKENBERG, 2014).

Tendo em vista a indissociabilidade e complexidade desse binômio: “saúde-educação” e tomando por referência o Ministério da Saúde, conceitua-se a educação em saúde como o:

Conjunto de práticas desse setor que contribui para aumentar a autonomia das pessoas no seu cuidado e no debate com profissionais e gestores a fim de alcançar uma atenção à saúde de acordo com suas necessidades, essas ações potencializam o exercício do controle social sobre as políticas e os serviços de saúde para que esses respondam às necessidades da população, isso deve contribuir para o incentivo à gestão social da saúde (BRASIL, 2013b).

Sendo assim, a educação em saúde consiste em processo educativo de construção de conhecimentos em saúde que visa à apropriação temática por toda a população, além da profissionalização ou carreira nesse campo.

Destarte, o agir educativo na prática laboral dos trabalhadores da saúde intenta ser tratado como prioritário na agenda laboral, mas muitas vezes é colocado em segundo plano na organização dos serviços e na execução das ações. As atividades de ensino-aprendizagem embasadas em conteúdo técnico, político e científico, quando vivenciadas e compartilhadas pelos profissionais da área junto aos setores organizados da população tem potencial de melhorar os resultados esperados na promoção e vigilância em saúde, contribuindo para a formação da consciência crítica e sensibilização individual e de grupos, para atuarem sobre a realidade e transformá-la (FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 2007).

Intenta-se, por essa compreensão de educação em saúde, romper a ideia hegemônica na sociedade civil de que “educar a população” a respeito das melhores práticas é transmitir informações técnico-científicas a partir de uma postura autoritária, esperando dos “pacientes” uma completa obediência aos preceitos medico-sanitários transferidos pelos profissionais da

saúde. A proposta central para a educação democrática em saúde é reconhecer os sujeitos como históricos e políticos, envolvendo os atores sociais na tomada de decisão, como participantes ativos desse processo, pois as mudanças referidas a vida das pessoas precisam abraçar a ética e respeito as individualidades, além de considerar as tensões existentes entre a realidade da população e as condutas propostas (LEFEVRE; LEFEVRE; CAVALCANTI, 2015).

Portanto, abandonando essas características transmissivas e prescritivas dos ensinamentos repassados nas falas dos profissionais (considerados os detentores de conhecimento) para os pacientes (muitas vezes tratados como pessoas ignorantes de saber), as novas perspectivas das práticas educacionais buscam proposições inovadoras e devem estar fundamentadas nos princípios do diálogo; da amorosidade, da problematização, da construção compartilhada do conhecimento, da emancipação e do compromisso com a construção democrática. Para além de trazer informação e buscar mudar comportamentos deletérios, a ampliação das intervenções de ensino-aprendizagem em saúde tem o potencial de empoderar os usuários na participação e tomada de decisões relacionadas à própria saúde (BRASIL, 2013c; BRASIL, 2018d; MACHADO; WANDERLEY, 2011).

Nessa busca, a saúde coletiva tem vivenciado avanços no campo da educação, para que, ao seu tempo, sejam substituídas as práticas mercantilizadas e repetitivas nos serviços de saúde, de forma que cada vez mais são afirmadas políticas emancipatórias, que permitam aos sujeitos individuais e coletivos reconhecer os mecanismos de cuidar de si e dos outros, compartilhando saberes e responsabilidades (PEDROSA, 2021). Segundo Freire (2014) a educação é o mecanismo que liberta as pessoas para adquirir a autonomia do desenvolvimento humano, pela somatória do conhecimento à realidade concreta.

As intervenções educativas, quando aplicadas na perspectiva do diálogo, promovem a conscientização pública sobre aspectos epidemiológicos, a exemplo do câncer, permitindo a mobilização da comunidade e o reconhecimento dos seus determinantes e condicionantes da Saúde, podendo ter efeitos benéficos em toda rede da saúde, desde a redução de casos da doença, aumento da adesão aos cuidados, diagnóstico precoce e tratamento efetivo, resultando em melhoria na equidade e redução da mortalidade (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2017).

Visando apropriar desses recursos educacionais, seja de maneira formal ou informal e tornar a gestão do SUS verdadeiramente participativa em relação ao controle social, um desdobramento da educação em saúde reverbera na instituída a Política Nacional de Educação

Popular em Saúde. Por intermédio dela, o Estado se comprometeu a construir, com o aporte da educação, uma sociedade mais participativa, justa, democrática e igualitária, com respeito a diversidade cultural, dando protagonismo os sujeitos populares, seus grupos e movimentos para prover a garantia do direito universal à saúde (BRASIL, 2013c).

Com a formulação dessa política objetivou-se promover diálogo entre as práticas e saberes populares e o conhecimento técnico/científico/acadêmico no âmbito do SUS, aproximando a população da gestão pública, dos serviços de saúde, dos movimentos sociais populares e das práticas pedagógicas voltadas para o cuidado, impulsionando o protagonismo popular no enfrentamento dos determinantes e condicionantes sociais da saúde (BRASIL, 2013c).

A noção conceitual de educação popular em saúde resgata uma aposta pedagógica de ampliação progressiva da análise crítica da realidade na qual as pessoas estão inseridas, permitindo que à medida que elas vão vivenciando o cotidiano, o conhecimento ajudar a população a compreender as causas das doenças e a se organizar para a superação dos problemas, portanto, não se trata simplesmente de mudarem seus hábitos pela assimilação de práticas higienistas e recomendações médicas taxativas (GOMES; MERHY, 2011).

Especificamente na área da odontologia, a educação em saúde é um importante veículo para a promoção da saúde, sendo a estratégia com melhores resultados para divulgar assuntos e transformar comportamentos deletérios por meio da informação, tornando eficaz para o trabalho de vigilância. Observa-se, no entanto, um despreparo formativo por parte dos profissionais para atuarem nessas ações por sua formação ser majoritariamente técnica e ainda a falta de recursos para trabalhar com inovação e criatividade, sugerindo a necessidade de reformulação da composição curricular e do foco do trabalho no campo da saúde bucal (CAMPESTRINI et al., 2019).

Vale ressaltar que por mais que sejam descobertas, conhecidas e estudadas as causas, efeitos, tratamentos e prevenções que envolvem a história natural de algumas doenças, seu enfrentamento sempre atravessará muitas “transversalidades” que apenas poderão ser superadas por meio da educação em saúde. Entendendo isso e compreendendo a prática educativa como parte integrante do cuidado em saúde, suas ações não tem características pontuais ou conclusivas, mas reforçam seu caráter permanente e transformador, para acompanhar as mudanças constantes do mundo (CONVERSANI, 2004).

Portanto, é condição *sine qua non* na afirmação da educação em saúde, o preparo dos profissionais para atuarem nessa esfera. Quanto antes o corpo clínico, desde a sua formação e

durante toda a carreira profissional, fortalecer as habilidades necessárias para desenvolver as ações nesse contexto, imbricando os diferentes saberes (práticos, biológicos, metodológicos, populares, etc.) mais efetivos, será o seu trabalho de vigilância na saúde. Esse processo amplo e multiforme de “formação técnica, desenvolvimento de recursos humanos e capacitação profissional diz respeito ao ramo da educação em saúde que se denomina “educação na saúde” (BRASIL, 2009; CONVERSANI, 2004).

2.1.6 Educação na saúde

Há um consenso na esfera da saúde, a respeito da carreira profissional, sobre a necessidade de formação constante do corpo técnico, tendo em vista as transformações na sociedade e a quantidade de inovações e descobertas científicas que podem contribuir no enfrentamento das doenças, exigindo dos profissionais, gestores e assistenciais, que esmerem em viabilizar momentos pedagógicos de capacitação e renovação profissional, de modo a transformar suas práticas laborais. Para resolver esse impasse, o órgão responsável pela gestão nacional do sistema único, o Ministério da Saúde estabeleceu a política de Educação Permanente em Saúde como estratégia central de gestão, para solidificar a ininterrupta Educação na saúde (BRASIL, 2009; FREITAS et al., 2015).

Por definição, educação na saúde compreende a produção e sistematização de conhecimentos relativos à formação para atuar na esfera da saúde e desenvolvimento profissional, abrangendo toda prática de ensino, diretriz didática e orientação curricular e ações educativas que reverberam na problematização do processo de trabalho e tratam das necessidades de saúde dos cidadãos e grupos populacionais (BRASIL, 2013b).

Essa supracitada educação é entendida como permanente, um conceito pedagógico aplicado na esfera da saúde que vincula ensino e as ações profissionais, correlacionando o ensino-aprendizado e a prestação de serviço com intenção de desenvolver competências e ampliar capacidades dos trabalhadores vinculados à saúde, segundo as diretrizes e estratégias implementares da supracitada Política de educação/saúde, em acordo com as necessidades de formação e desenvolvimento para o trabalho realizado no SUS, considerando as especificidades loco regionais e a necessidade de superação das desigualdades (BRASIL, 2009).

Isso requer por parte dos profissionais de saúde, constantes adequações e aprimoramento, por isso é chamado de educação permanente, que contempla a aquisição e a

atualização dos conhecimentos e potencialização das habilidades de seus atores sociais, sendo essencial na transformação da postura profissional, da oferta de serviços e da organização do trabalho das equipes, para identificar as necessidades de aprendizado e os desafios à qualificação que possibilite realizar planejamento em saúde (BRASIL, 2018a).

O redirecionamento do modelo de atenção à saúde do foco “curativo” para o “preventivo” gerou transformações positivas na esfera assistencial, pautado no trabalho interdisciplinar realizado por equipe multiprofissional, possibilitou conectar as ações prestadas à comunidade e construir coletivamente as intervenções significativas de educação e promoção de saúde, caracterizadas pelo respeito à individualidade; adequação as realidades diversificadas do nosso país de dimensão continental, mantendo a reverência cultural (BRASIL, 2018d).

O desenvolvimento dessas competências profissionais reforçam a perspectiva da indissociabilidade do tripé assistência, ensino-aprendizagem e vigilância, que possibilite atuar de forma integral e interdisciplinar em toda linha do cuidado da atenção oncológica, estabelecendo caminhos que possam orientar a execução das ações educativas emancipatórias, abrangendo desde ações de promoção da saúde, prevenção de agravos, detecção precoce das doenças, diagnóstico preciso, tratamento correto, reabilitação e cuidados paliativos (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2019).

Nesse contexto do ensino-aprendizado na saúde, espera-se que os profissionais diretamente envolvidos nas práticas educacionais aplicadas a vigilância de doenças com prognóstico desfavorável, como os cânceres, consigam estabelecer caminhos de orientações educacionais dialogadas com a comunidade, desenvolvendo habilidades que permitam planejamento de atividades intrínseca ao processo educacional sem improvisos, promovendo consistente informação na ampliação de reflexão crítica, com rigor científico e intelectual esperado do serviço (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2019).

3 PERCURSO METODOLÓGICO

3.1 Aspectos éticos - Obtenção do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e Protocolo da Pesquisa

Para que a pesquisa fosse realizada dentro dos parâmetros éticos vigentes, iniciamos o presente estudo pela informação e pedido de autorização à coordenação geral da Atenção Primária à Saúde do município, à coordenação das unidades de Saúde da família onde atuam os profissionais convidados a participar (trabalhadores da saúde de zona rural), à coordenação da Unidade de Saúde e para a presidência da Associação de moradores do distrito rural onde se realizou a educação em saúde com a população usuária (distrito de Tapuirama), respectivamente.

Todos participantes envolvidos foram devidamente esclarecidos da importância do estudo e motivados a colaborar com a pesquisa, foram informados dos objetivos, da finalidade da pesquisa, dos métodos utilizados e dos possíveis riscos advindos da sua realização. Para a adesão ao estudo, foram respeitados os critérios de inclusão e exclusão previstos na pesquisa.

Aos que espontaneamente concordaram em contribuir como participantes, foi solicitado a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em via dupla, entregue em mãos, no local de trabalho do convidado, sendo uma via pertencente ao pesquisador e a outra entregue ao participante.

Os pesquisadores informaram a todos que a participação é voluntária, sem fins lucrativos e que todo o custeio do estudo é de responsabilidade única dos investigadores, sendo incumbidos da provisão de transporte e alimentação para os envolvidos nas atividades de campo, assim como pelo fornecimento de todo material necessário a pesquisa. A educação em saúde com a participação da comunidade ocorrerá no centro de convivência do distrito rural de residência dos participantes voluntários, facilitando o acesso do público alvo.

O presente estudo seguiu critérios éticos estabelecidos para a pesquisa em seres humanos determinados em âmbitos nacional, como a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (2012) e internacional (Declaração de Helsinque). O protocolo de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Uberlândia (UFU), sob número de parecer 3.911.668, CAAE: 23502719.5.0000.5152, Anexo A.

3.2 Desenho do estudo

As abordagens qualitativa e quantitativa, mediante análises temática e descritiva, respectivamente, adotadas intentam desmistificar os entraves no enfrentamento da vigilância do câncer de boca em benefício da comunidade rural de um município de médio porte, na qual a oferta de serviços públicos de saúde da rede municipal do SUS é realizada pela equipe de saúde da família em caráter de promoção, prevenção e clínico-reabilitador.

Nesse sentido, na abordagem qualitativa do estudo utilizou-se do aporte da *pesquisa-ação* no uso das metodologias ativas de ensino-aprendizagem, inserida nos campos da capacitação profissional e da educação em saúde, versando sobre o tema vigilância do câncer bucal. Ressalta-se que a pesquisadora é, concomitantemente, investigadora e investigada, exercendo a participação síncrona com o público alvo, imersos na situação observada para que a pesquisa se materialize em um movimento social reflexivo e sistemático, em que a aprendizagem permeia todo o processo, objetivando a transformação da realidade educacional e/ou social vigente (CORREA; CAMPOS; ALMAGRO, 2018).

Para análise temática, foi utilizado o referencial teórico da linha de pensamento construtivista-interacionista, em bases andragógicas - *as MAEAs*, agregadoras de potenciais elementos na preparação de profissionais para educação em saúde, destacando-se: interação; diálogo; pensamento crítico-reflexivo; autonomia e protagonismo do educando; respeito ao conhecimento prévio, a diversidade e ao contexto e aprendizagem significativa.

Em caráter complementar, fez-se necessário o uso da abordagem quantitativa objetivando traçar o perfil socioprofissional e demográfico e a interação com a vigilância do câncer de boca dos trabalhadores da ESF rural.

3.3 Metodologia da pesquisa-ação

A pesquisa-ação vem emergindo como uma metodologia para intervenção, desenvolvimento e mudança no âmbito de grupos, organizações e comunidades que vem sendo incentivada no campo da saúde e de mestrados profissionais. Nesse tipo de pesquisa, os pesquisadores desempenham um papel ativo no equacionamento dos problemas encontrados. O pesquisador não permanece só levantando problemas, mas procura desencadear ações e avalia-las em conjunto com a população envolvida (GIL, 2010).

Ainda, o referido autor, complementa que a pesquisa-ação tem características situacionais, já que procura diagnosticar um problema numa situação específica, com vista a alcançar algum resultado prático. Diferentemente da pesquisa tradicional, não visa a obter enunciados científicos generalizáveis, embora a obtenção de resultados semelhantes em estudos diferentes possa contribuir para algum tipo de generalização (GIL, 2010).

Para Barros e Lehfeld (2014), na pesquisa-ação há uma interação efetiva e ampla entre pesquisadores e pesquisados; o objeto de estudo é constituído pela situação social e pelos problemas de diferentes naturezas encontrados nessa situação; volta-se para a resolução e/ou esclarecimento da problemática observada; a pesquisa não é um simples ativismo, mas há o objetivo de aumentar o conhecimento dos pesquisadores e o nível de consciência das pessoas e grupos considerados.

Na pesquisa-ação, a participação dos pesquisadores é explícita dentro da investigação e vai além de uma simples constatação /configuração do problema, ou seja, a pesquisa-ação atinge o nível de descrição dos fenômenos, porém não se restringe aos passos declinados pelo modelo clássico da pesquisa descritiva. Nesse tipo de abordagem, a maior preocupação está em estabelecer um sentido de horizontalidade no processo de conhecimento entre o pesquisador e realidade, pesquisador e pesquisado (GIL, 2010).

3.3.1 Pilares da pesquisa-ação

A maioria dos autores a situa nos marcos referenciais interpretativo e crítico, fundamentando os desenhos de pesquisa ação em três pilares:

- a) os participantes que estão passando por um problema são os que estão mais capacitados para abordá-los em um ambiente natural (habitual);
- b) a conduta dessas pessoas está muito influenciada pelo entorno natural onde elas se encontram;
- c) a metodologia qualitativa é a melhor para o estudo dos ambientes naturais, porque é um de seus pilares epistemológicos (SAMPIERI; COLLADO; LÚCIO, 2013).

3.4 Pesquisa qualitativa

Para Minayo (2010) a pesquisa qualitativa é a modalidade apropriada para investigar delimitações de grupos sociais, como proposto nesse estudo com ênfase na população rural.

Segundo a autora, a abordagem permite desvendar os processos históricos de saúde-doença quando ainda pouco conhecidos, à medida que possibilita a análise da magnitude do fenômeno a partir das vivências dos envolvidos.

Atentando para os valores, atitudes, crenças e particularidades da população a quem a pesquisa se dirige, intentou-se o desenvolvimento da pesquisa social apropriando da pesquisa-ação, conforme Thiollent (2011), caracterizada pelo envolvimento dos pesquisadores e pesquisados na situação problema, de modo cooperativo e participativo, para propor uma ação/resolução da situação coletiva identificada.

Em consonância com os requisitos participativos da metodologia, preconizou-se as MAEA como aporte metodológico, pelas suas características inovadoras que propõe uma postura ativa, criativa e indagadora por parte dos participantes, para ultrapassar o treinamento meramente técnico durante a proposta educativa, intentando alcançar uma prática andragógica ética, crítica, reflexiva e transformadora, que possibilite aos envolvidos reconhecerem a realidade histórica que estão inseridos como mutável (MITRE et al., 2008).

Segundo Mitre et al. (2008), considerando a relevância didática e o potencial que as MAEA exercem no estímulo de práticas colaborativas interprofissionais, a metodologia favorece e qualifica o trabalho em equipe. Ainda nessa perspectiva, Gontijo et al. (2020) afirmam que essa abordagem sensibiliza o público alvo a desvendar os caminhos de aprender, pensar e questionar, possibilitando aos mesmos sentir-se parte das transformações possíveis na realidade social que pertencem, repercutindo em desdobramentos benéficos a comunidade. Nesse sentido, estimulou-se a participação, a criatividade, o protagonismo e a autonomia desses trabalhadores, para garantir o desenvolvimento de suas dimensões cognitiva, comunicacional, estética e social, que reverberam no conhecimento aplicado, proposto nesse estudo (GONTIJO et al., 2020).

3.5 Abordagem Quantitativa

A abordagem do estudo quantitativo foi transversal descritivo desenvolvido na Rede SUS do município. Segundo Estrela (2018), a pesquisa quantitativa representa a metodologia mais tradicional no campo da ciência, que busca responder as questões com vista a explicações objetivas. Aplicada com intensão de possibilitar a repetição das medições, essa abordagem é importante para comparar diferentes populações, visto que, nessa linha de estudo, são enfatizados os dados numéricos.

O estudo descritivo proposto é assim classificado pois teve como foco descrever a distribuição das variáveis analisadas, considerando a populações alvo e seus subgrupos, demonstrando como a mesma se comportou em relação ao evento estudado, levou em conta a localidade geográfica e a variação da frequência /ocorrência do evento no tempo. (ESTRELA, 2018).

Dessa forma, o estudo é também definido transversal, no qual a situação observada na população foi avaliada a partir das características individuais do grupo que a compõe, tendo os indivíduos como unidade de estudo. Por essa abordagem, a pesquisa torna conhecida a prevalência das características determinadas, no momento temporal estudado. A amostra é representativa do grupo de trabalho, como uma “fotografia” da ocorrência e foi realizada mediante dados de fontes primárias, ou seja, informações coletadas diretamente dos participantes. (ESTRELA, 2018).

Nesta pesquisa, os métodos quantitativo e qualitativo foram abordados de forma complementar e a combinação deles, considerando suas vantagens e limitações, representou a melhor opção para elucidar as questões estudadas, priorizando a qualidade nos processos e resultados.

3.6 Referencial Teórico

O seguinte referencial teórico construtivista fundamentou teoricamente este estudo, sendo ele:

3.6.1 Metodologias ativas de ensino-aprendizagem (MAEA)

No campo da saúde, a postura dos profissionais tem refletido historicamente um fenômeno que vem sendo refutado no âmbito da educação, é o que Freire (2008) descreveu como abordagem vertical, na qual se pressupõe ter um único detentor do saber, o profissional da saúde, sendo portando quem está apto a repartir informações, como um “ser superior” que ensina os ignorantes, passando a transmitir o conhecimento de forma que o educando se torna um depósito passivo do aprendizado recebido por meio do educador.

Influenciados pelos modelos hegemônicos que predominam nesses métodos de ensino, com caráter tecnicista e transmissivo que compôs a base da formação acadêmica majoritária dos profissionais que integram o SUS, os trabalhadores da esfera da saúde quando precisam

recorrer a ações educacionais para alertar a população sobre prevenção e promoção da saúde acabam por repetir recomendações taxativas em uma atitude passiva e acrítica, reproduzindo modelos que tem se mostrado ineficazes e ineficientes na vigilância a saúde da população (BORGES, 2018).

Pensando nesses entraves, tendo em vista as diretrizes da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, que dá o aporte para todo o escopo educativo nessa dimensão, os cursos de graduação nas áreas da saúde estão promovendo transformações nas práticas de ensino mediante a redefinição das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs), expandindo as recomendações por estratégias de ensino-aprendizagem inovadoras, visando o preparo dos futuros profissionais para desenvolver competências que atendam às necessidades sociais e sustentem o trabalho em equipe, estimulando as práticas colaborativas multiprofissionais (BRASIL, 2012a; BRASIL, 2013c; BRASIL, 2018b).

Segundo Moran (2015), o ponto de partida para avanços na aprendizagem, seja na reflexão, na integração cognitiva, na generalização de conhecimento científico ou na renovação de práticas, é alcançado pela superação dos métodos tradicionais de ensino transmissivo e sua substituição por metodologias ativas, que trazem a combinação de atividades criativas, informações básicas e problemas reais, permitindo que as pessoas aprendam juntas, ainda que cada uma no seu próprio ritmo.

Buscando modificar a realidade, de forma permanente as possibilidades vão sendo construídas na educação, as quais Silva, Lima e Reis (2020) esclarecem, a respeito da atual conjuntura da condução do ensino-aprendizagem nos variados espaços educacionais, infantis e andragógicos, que tendem a uma orientação construtivista, isso implica em paradigmas pedagógicos que priorizam o conhecimento adquirido na medida que o indivíduo mergulha na situação problema, para que ele desenvolva uma atitude ativa e percepção crítico-reflexiva com base na problematização da realidade, incentivando-o a promover autogestão dos conflitos e autodidatismo.

Conceituando essas abordagens educacionais, Onofre e Albuquerque (2016) esclarecem que as chamadas metodologias ativas de ensino-aprendizagem (MAEAs) são assim nomeadas por basearem-se no engajamento participativo e na aquisição do conhecimento necessário e aplicado. Sua adoção aperfeiçoa a arte de ensinar, à medida que contribui para a visão crítica e reflexiva dos sujeitos, tornando-os capazes de exercer um papel fundamental de meio transmissor dos elementos socioeducativos que podem ser válidos na prática da vigilância de doenças no contexto da saúde pública.

Por sua abrangência teórico -metodológica, as MAEAs se fundamentam nas teorias de pensadores de diversificadas épocas cronológicas no campo da aprendizagem e da educação. Enaltecendo as ideias construtivistas e interacionistas dos renomados: Piaget, Vygotsky, Foucault, Ausubel, Freire e seus seguidores, por meio das quais são pensadas as práticas pedagógicas múltiplas dessa abordagem, que tem em comum as características problematizadoras e afetivas as quais intentam a valorização do conhecimento prévio e cotidiano, refutando o saber normativo e a verdade absoluta, para evocar nos educandos a postura autônoma, libertaria e dialógica (GONTIJO et al., 2020).

Essas perspectivas das metodologias ativas têm o diálogo como pressuposto, por meio da valorização do conhecimento no contexto do qual os educandos estão inseridos e a divulgação de informações relevantes, com embasamento de evidências científicas na busca ativa de soluções para problemas do cotidiano, até mesmo para aqueles relacionadas a saúde. Por suas características, as MAEAs estão em consonância com as diretrizes governamentais descritas na Política nacional de promoção da saúde e de educação em saúde (BRASIL, 2013c; ONOFRE; ALBUQUERQUE, 2016).

A afirmativa das MAEAs, por sua aplicação, é que a construção dos saberes e práticas é legítimo a qualquer aprendiz, à medida que contempla a expansão de uma educação contextualizada, na qual o papel do educador é estratégico em facilitar o diálogo entre o sujeito com as demandas emergentes da sociedade em transformação. Nesse sentido, essa pratica promove o deslocamento da centralidade do fenômeno ensino-aprendizagem outrora focada nos desígnios de saberes transferidos pelo professor, para as necessidades do aprendiz (LARA et al., 2019).

Nos espaços de aprendizagem, Freitas et al. (2015) esclarecem que quando as pessoas precisam assimilar instruções diferentes das que já conhecem, o processo de ensino-aprendizagem deve acontecer de maneira que os novos saberes, os saberes reconstruídos e os saberes ressignificados sejam internalizados, de maneira que possam ser elaborados para a pratica no mundo real, e culminem em mudanças criativas e sustentáveis, dotadas de sentido, com potencial de promover melhorarias ao ambiente no qual os aprendizes estão inseridos. Caso contrário, as pessoas tendem a apresentar dificuldades de aplicação, isso acontece porque a retenção de conhecimento serviu apenas para ser memorizada literalmente, sem reflexão sobre o que fazer com o aprendido.

Pela possibilidade de aplicação em diferentes contextos, Lara et al. (2019) afirmam que o emprego das metodologias ativas de ensino-aprendizagem são proveitosos em

processos de capacitação profissional para recursos humanos na saúde, sendo um facilitador na ampliação da educação permanente, por promover uma aproximação da reflexão teórica com a prática, transpondo a função iniciativa educacional para além da proposta, numa ação que mantém ativas as capacidades críticas e reflexivas dos profissionais de saúde envolvidos.

A sociedade em constante transformação que vivemos, na presença das incertezas que lidamos o emprego das metodologias ativas permite que não sejam defendidos modelos únicos de enfrentamento de problemas, mas possibilidades flexíveis para os desafios, de forma contextualizada aos processos reais, trazendo o equilíbrio da colaboração e da personificação do saber. Assim, corroborando no preparo dos indivíduos e coletivos para enfrentar escolhas complexas em situações diferentes, nesse cenário de profundas e rápidas transformações da era tecnológica em que vivenciamos (MORAN, 2015).

Na visão de Mattar e Aguiar (2018) para além do que a assimilação de conteúdo, os objetivos desses métodos de aprendizagem ativa visam contemplar a compreensão dos conceitos que capacitem para intervir na sociedade de forma transformadora, pela conscientização crítica e capacidade de escolha diante das situações/problemas que se apresentem na sociedade.

Na proposição da construção do saber autônomo, os profissionais envolvidos no ato educativo devem ter compromisso com a transformação social dos participantes de forma contínua, coerente e sensibilizada que desenvolva a capacidade sociopolítica do coletivo. Para tanto, Gonçalves et al. (2020) defende o uso adequado das metodologias ativas, as quais podem ser aplicadas em oficinas educativas e funcionam como tecnologia facilitadora para a promoção da saúde, ancorada na democratização das informações e no trabalho conjunto da sociedade para a superação de problemas.

A abordagem ativa proporciona a valorização das relações pessoais, facilita o processo de acolhimento, o vínculo e confiança entre os participantes, para integrar o fazer, o pensar e o ser, dando visibilidade tanto para as potencialidades quanto para as vulnerabilidades. Sua aplicação na saúde é uma estratégia diferencial, em especial dos grupos mais vulneráveis como a população rural. Dessa forma, o enfoque é dado ao que tem de ser aprendido pelo “aluno” e não ao que deve ser ensinado, contemplando o desenvolvimento do cuidado autônomo acerca de conhecimentos peculiares à temática contextual, fomentando a vida saudável e prática de cuidado mais efetiva (SILVA et al., 2018).

Por isso, o profissional que se propõe a realizar propostas de educação em saúde, ao abandonar a ideia de ser o único detentor do saber e retorna-lo de forma passiva, assume uma

postura de mediador cultural descrito por, Soares (2003) como um pensador consciente que a prática de educação “de massa” e “multicultural” está para além da simples aquisição de conteúdos informativos, com enfoque na maneira em que o grupo constrói uma representação do mundo.

Na educação popular, Soares (2003) itera que o profissional/mediador desenvolve a habilidade de mobilizar uma quantidade de “micro saberes” acumulados para construir coletivamente os conhecimentos e lhe dar sentido de apropriação prática, com isso, quem se propõe a ensinar:

Reafirma mais do que nunca seu papel insubstituível: não mais de acumular conhecimentos – que se pode encontrar em outro lugar – mas de se servir dos conhecimentos para construir uma certa representação do mundo. Representação essa não mais “objetiva” como se acreditou por muito tempo, mas “relativa”, permitindo a adaptação a diferentes situações (SOARES, 2003).

Nessa perspectiva, Prado, Silva e Garcia (2020) diz que a função central dos profissionais na mediação de intervenções de ensino-aprendizagem é o planejamento educacional, ao construir estratégias adaptadas ao cenário social em que está inserido, seja em âmbito operacional ou de gestão. As escolhas pedagógicas coerentes e fundamentadas são pontos importantes da construção da aprendizagem, tanto cognitiva quanto didático-pedagógica, a medida em que estimulam o processo de identificar um problema ou necessidade educacional e desenhar, implementar e avaliar uma solução para esse problema.

Com vista a este planejamento, as ações educacionais com o aporte das MAEAS devem ser pautadas no respeito, tanto à diversidade como ao contexto. Por coerência, o plano das atividades pedagógicas é alicerçado por recursos e técnicas que sejam apropriados para potencializar esses elementos característicos da metodologia, que preconiza o trabalho em grupos ou comunidades de aprendizado, disparadores e potencializadores da reflexão crítica e da interação, buscando nesse percurso pedagógico, o protagonismo e a autonomia dos educandos que resulte na aquisição da aprendizagem significativa que intentamos (GONTIJO et al., 2020).

O emprego dessas metodologias têm beneficiado a formação e capacitação dos profissionais de saúde atuantes no SUS, promovendo a efetivação das estratégias de aproveitamento do potencial na qualificação dos recursos humanos, ressignificando seus perfis de atuação por meio do desenvolvimento de habilidades e competências para enfrentar as transformações e os desafios gerados no desempenho do trabalho, contribuindo assim para

a prestação de serviço tornar-se mais efetivas, integradas e contextualizada à realidade local (FREITAS et al., 2015).

Por intermédio disso, a aproximação dos trabalhadores da saúde às MAEAs reverbera no fortalecimento da educação popular, que é um pilar para a participação comunitária no âmbito da saúde, ampliando o acesso da população aos conhecimentos e tecnologias elementares para seu desenvolvimento da vigilância saúde, oportunizando a organização própria e a capacidade de intervenção local, para a concretização da cidadania (FREITAS et al., 2015; BRASIL, 2009).

3.7 Etapas do Estudo

Para tanto, o percurso metodológico do estudo, mediante a definição de suas etapas, seguiu os parâmetros éticos, inicialmente pela apresentação da pesquisa à instituição responsável, a Secretaria Municipal de Saúde/Prefeitura de Uberlândia, Anexo B, e solicitou-se a autorização institucional, após alinhamento com a organização civil participante sem fins lucrativos: Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina (SPDM) o projeto foi submetido e aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), sequencialmente foi realizado o levantamento bibliográfico e digital para garantir que o trabalho seguisse amparado em evidências científicas e na produção acadêmica, Anexo A.

Seguiu-se ao agendamento das ações relacionadas a coleta de dados posteriormente à apresentação da pesquisa para os participantes/alvo e suas chefias imediatas e indiretas, nesse momento os participantes concordaram em contribuir voluntariamente pela assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), Apêndice A. Cada profissional e participante foi devidamente informados e esclarecidos dos objetivos e processos da realização da pesquisa que prosseguiu mediante o percurso de 3 fases distintas:

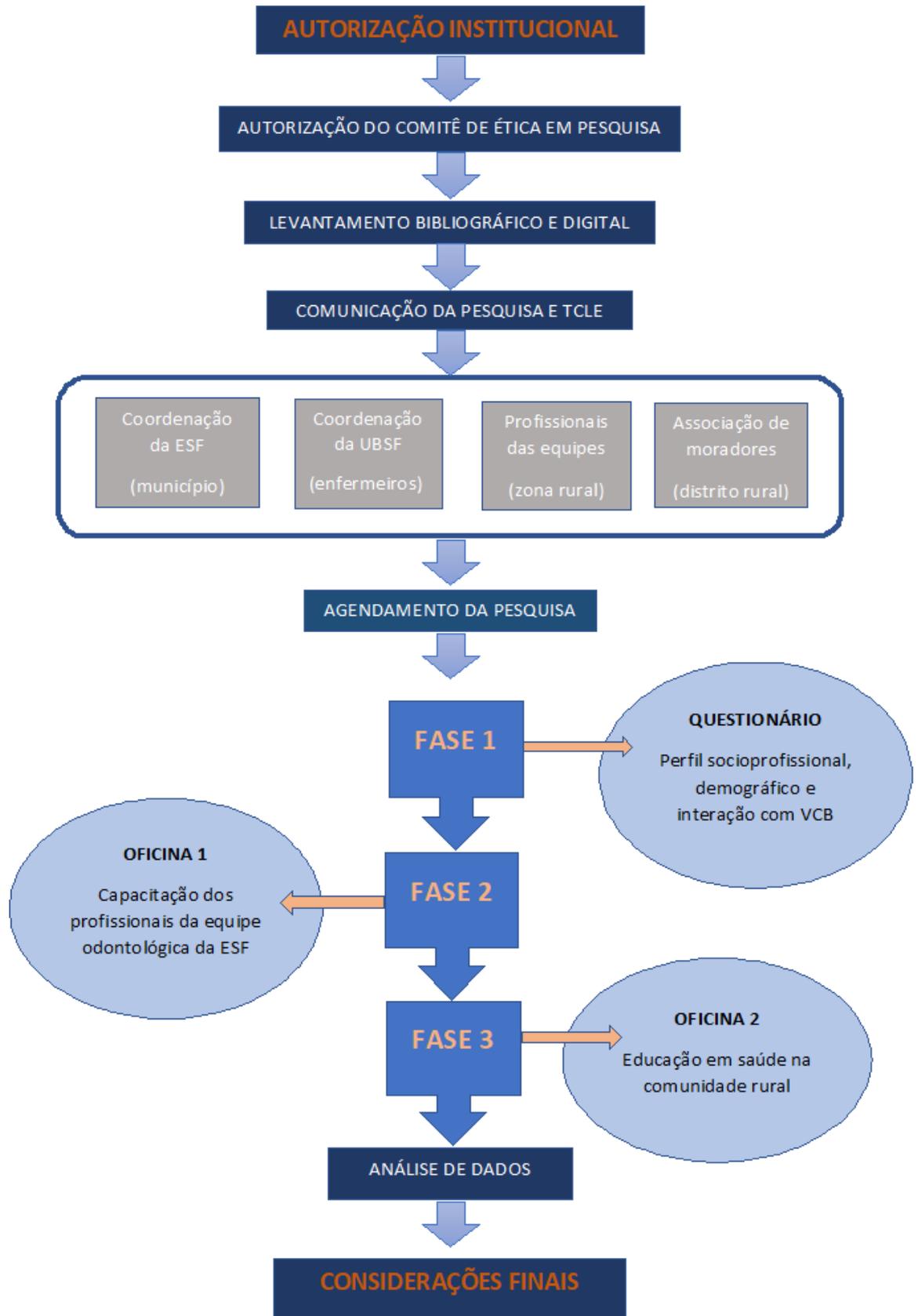
- a) Fase 1: Inicialmente, foi realizada a aplicação de um Questionário para traçar o perfil socioprofissional, demográfico e de interação com a Vigilância do Câncer de Boca, direcionado aos Profissionais de Saúde atuantes na equipe da Estratégia de Saúde da Família (ESF) lotada em áreas rurais, correspondente a um quantitativo de 52 trabalhadores da ESF;
- b) Fase 2: Procedeu à realização da Capacitação profissional, objetivando conhecer a respeito das abordagens de vigilância do câncer bucal propostas pelas Equipes de Saúde Bucal da Família (ESBF) e, refletir sobre as práticas de educação em saúde

no enfrentamento da doença, com base em metodologias ativas de ensino-aprendizagem , para que os profissionais pudessem compartilhar (nos pequenos grupos e no coletivo) como compreendem os principais elementos relacionados ao câncer de boca (diagnóstico; fatores de risco e protetivos; vigilância, promoção e educação em saúde). Essa etapa foi direcionada as ESBF em áreas rurais, compostas por cirurgiões-dentistas e técnicos/auxiliares de saúde bucal;

- c) Fase 3: Nesse terceiro momento da pesquisa, realizou-se uma devolutiva social, junto à comunidade rural, mediante a proposição da Educação em Saúde caracterizada como espaço andragógico crítico-reflexivo. Foi conduzida conjuntamente pelas pesquisadoras e uma especialista em câncer bucal, que também experienciaram as MAEA na fase 2, com a participação de dois estudantes da graduação em odontologia e o apoio de trabalhadores da equipe multiprofissional da estratégia saúde da família rural que participaram da fase 1. A proposta nesse momento foi voltada à comunidade rural, reverberando sobre o tema da vigilância do câncer de boca. Desta forma, nesse encontro presencial, realizado no dia 09 de novembro de 2021, participaram os profissionais supracitados e 10 pessoas da comunidade, compondo o público-alvo (pessoas do gênero masculino, acima de 50 anos) da ação educativa no enfrentamento do câncer de boca, com base no uso de MAEAS.

A figura 1 apresenta um fluxograma com o resumo esquemático do estudo.

Figura 1 - Resumo esquemático do estudo



Fonte: Naessa Santos Borges Zure (2022).

3.8 Contexto do estudo

O município do estudo, Uberlândia, localiza-se na Mesorregião do Triângulo Mineiro/Alto Paranaíba, Estado de Minas Gerais, Região Sudeste do Brasil e possui população estimada de 699.097 habitantes distribuídos em setores rurais e urbanos. Para a atenção à saúde da população desse município, conta-se com 74 Equipes da Estratégia Saúde da Família, distribuídas em 56 Unidades Básicas (IBGE, 2020; UBERLÂNDIA, 2018).

Das ações e serviços organizados nas áreas de abrangência rurais, no município conta-se com seis equipes de saúde da família, que levam o nome do distrito onde funcionam, são elas: UBSF Tapuirama, UBSF Miraporanga, UBSF Martinésia, UBSF Cruzeiro dos Peixotos, UBSF Tangará / Rio das Pedras e Unidade de Apoio Sobradinho. Dentre os residentes nas áreas rurais que são atendidos nessas unidades básicas de saúde da família (UBSF), estima-se a quantidade populacional de 11.698 pessoas (IBGE, 2020; UBERLÂNDIA, 2018).

As Equipes são multiprofissionais e desenvolvem ações de saúde no território adscrito em nível de densidade tecnológica da atenção primária, que tem a função de ordenadora dos fluxos na rede de atenção à saúde de acordo com o mapeamento e cadastro territorial e características estruturais e populacionais. O grupo é responsável pelo desenvolvimento de ações e serviços de prevenção, promoção da saúde, assistência e coordenação das referências em nível secundário e terciário de densidade tecnológica, para ordenar a média e alta complexidade no SUS (UBERLÂNDIA, 2018; BRASIL, 2012b).

3.9 Participantes do estudo

Para interesse dessa pesquisa, foram investigados os profissionais que atuam nas áreas adstritas do setor rural no município, por trabalharem com população de características semelhantes em risco e vulnerabilidade.

O público alvo do estudo correspondeu ao quantitativo de n= 52 profissionais de Saúde da Estratégia Saúde da Família ESF (n=52;100%), que trabalham em Unidades Básicas de Saúde da Família em áreas rurais, o referido total de recursos humanos corresponde as seguintes categorias profissionais: 5 médicos (n=5;9,6%); 7 dentistas (n=7;13,4%); 5 enfermeiras (n=5;9,6%); 9 técnicos em enfermagem (n=9;17,3%); 6 auxiliares administrativos (n=6;11,5%); 7 técnicos/auxiliares de Saúde Bucal (n=7;13,4%); e 13 Agentes Comunitários de Saúde (n=13;25,0%), Quadro 1.

Quadro 1 - Número de profissionais da equipe de saúde da família, segundo a lotação na Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) rural da rede municipal de saúde, em Uberlândia- MG, 2021

Quantitativo profissional da Estratégia da Saúde da Família/ Zona rural em Uberlândia							
CATEGORIA PROFISSIONAL	Unidades Básicas de Saúde da Família						TOTAL POR CATEGORIA PROFISSIONAL
	UBSF TAPUIRAMA	UBSF MIRAPORANGA	UBSF CRUZEIRO DOS PEIXOTOS	UBSF MARTINÉSIA	UBSF APOIO SOBRADINHO	UBSF RIO DAS PEDRAS /TANGARÁ	
ENFERMEIRO(a)	1	1	1	1	-	1	5
TEC/AUX ENFERMAGEM	2	1	2	2	1	1	9
MÉDICO(a)	1	1	1	1	-	1	5
DENTISTA	1	1	1	1	2	1	7
TEC/AUX DE SAÚDE BUCAL	1	1	1	1	2	1	7
AUX ADMINISTRATIVO	2	1	1	1	-	1	6
AGENTE COMUNITÁRIO	5	2	3	2	-	1	13
TOTAL POR EQUIPE	13	8	10	9	5	7	52

Fonte: Naessa Santos Borges Zure (2022).

Todos os trabalhadores das ESF rural foram convidados a participar da fase 1 do estudo, mediante o preenchimento do Questionário socioprofissional, demográfico e de interação com a Vigilância do Câncer de Boca. Receberam o convite de sua coordenação imediata, em seu local de trabalho, contendo orientações necessárias e o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE), em duas vias, para assinatura daqueles que concordassem em colaborar nesse estudo. Entretanto, obteve-se a participação de (n= 44; 84,62%) desses trabalhadores supramencionados.

A fase 2 (Capacitação Profissional) foi destinada aos profissionais da ESBF rural, composta por 7 cirurgiões dentistas; e 7 técnicos/auxiliares de saúde bucal, totalizando um quantitativo de 14 profissionais e a fase 3 (Educação em Saúde) contou com a participação de 10 representantes da comunidade rural.

3.10 Critérios de seleção da amostra

Participaram do estudo profissionais representantes das 6 equipes de saúde da família, as quais correspondem a 100% das equipes responsáveis pela cobertura da rede SUS, em área rural. A população, dos diferentes distritos rurais deste município, apresenta-se semelhança em risco e vulnerabilidade.

A amostra foi intencional, buscando abranger três critérios:

- a) compreender representantes das categorias profissionais vigentes, incorporando os níveis de escolaridade superior e técnico, do mesmo modo que Agentes Comunitários de Saúde e Auxiliares Administrativos;
- b) incluir representantes do coletivo das equipes rurais de saúde bucal da família;
- c) considerando a vigilância do câncer de boca, no campo da odontologia, destacou-se a necessidade da participação preferencial dos cirurgiões-dentistas, auxiliares e técnicos em saúde bucal. Para além, dos critérios citados, atentou-se em utilizar período (semanal, mês e horário) conveniente aos participantes do estudo, tendo em vista não prejudicar a atenção aos usuários, evitando, dessa forma, prejuízos na diminuição de profissionais e garantia, simultânea, da atenção à saúde da comunidade e a participação das equipes no estudo.

Foram também incluídos no público-alvo dessa pesquisa, a comunidade rural que engloba os seguintes critérios:

- a) serem moradores cadastrados nas unidades de saúde dos distritos rurais e acompanhados na unidade básica do seu território;
- b) terem interesse em participar da pesquisa através da assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE);
- c) terem disponibilidade para participar da educação em saúde;
- d) estarem incluídos nos critérios de exposição a fatores de risco para desenvolver câncer de boca.

Sendo assim, a definição do corpo de usuários do SUS da pesquisa baseou-se na população rural vinculadas à supracitadas Unidades de Saúde, que teve interesse em participar e apresentasse um ou mais condições/situações referentes aos seguintes critérios de risco e vulnerabilidade ao desenvolvimento de câncer de boca:

- a) pertencer à faixa etária igual ou superior a 40 anos;
- b) ser tabagista e etilista;
- c) trabalhar submetido à exposição excessiva à radiação solar ultravioleta;
- d) possuir lesões bucais que não cicatrizam em no máximo 14 dias;
- e) ter fatores genéticos e história pregressa de neoplasias;
- f) histórico de infecções por papiloma vírus humano (HPV);
- g) ter condições limitantes de higiene bucal e próteses mal adaptadas;
- h) possuir baixa qualidade nutricional, pobre em vegetais e frutas.

3.11 Instrumentos de coleta de dados

Utilizou-se **três instrumentos** de pesquisa para coleta de dados/informações, sendo eles:

- a) ***Um questionário*** contendo 14 perguntas, sendo que 11 delas solicitavam respostas objetivas e as últimas 3 eram questões abertas e demandavam aos participantes descrever sua experiência profissional. Na primeira parte desse instrumento objetivou traçar o perfil socioprofissional e demográfico contendo perguntas referentes a Categoria Profissional Principal, Titulação máxima, Tempo de formação, Faixa Etária que pertenciam, Sexo Biológico, Estado Civil, Tipo e Tempo de vínculo empregatício no Sistema Único de Saúde, Renda mensal individual, qual a participação na vida econômica da família.

Em seguida, foram feitos questionamentos a respeito da interação das Equipes de Saúde com a Vigilância do Câncer de Boca dos Profissionais de Saúde atuantes na Estratégia de Saúde da Família (ESF). As informações solicitadas no formulário foram: Como o participante avalia seu conhecimento sobre o câncer de boca (fatores de risco, prevenção e vigilância, fatores protetivos, tratamento e prognóstico), perguntou-se sobre a atuação profissional, se o participante já acolheu ou atendeu alguma pessoa que precisava de orientações relacionadas a doença Câncer de Boca e solicitou-se o relato da experiência ,indagando se no trabalho, o profissional participou de alguma ação (educativa ou de capacitação) sobre o tema 'Câncer de Boca' e foi pedido para que descrevessem os principais pontos e por último, foi solicitado ao profissional descrever quais ações que poderiam ser realizadas no seu trabalho a fim de colaborar na vigilância ao câncer de boca (Apêndice B);

- b) ***Realização da capacitação profissional*** com os trabalhadores da ESBF rural, versando sobre a Vigilância de Câncer bucal, com finalidade de capacitação e sensibilização dos profissionais das equipes odontológicas da Estratégia saúde da família rural. Duração de 4 horas, contendo as seguintes atividades:
 - 15' para realizar um café da manhã de boas-vindas, para que os mediadores possam receber e acolher os profissionais participantes;
 - 35' para apresentação dos pesquisadores e participantes, usando uma técnica de quebra-gelo de descrever em uma palavra o sentimento para iniciar a capacitação profissional (CP);

- 20' para realizar uma devolutiva sobre os resultados do questionário referentes ao perfil socioprofissional, demográfico e de interação com a Vigilância do Câncer de Boca (respondido pelos Profissionais da ESF rural), mediante a apresentação dos resultados estruturados pela mestrandia (em slides), usando o recurso da técnica de exposição dialogada, versando sobre a associação dos resultados do questionário aplicado na primeira fase da pesquisa e a justificativa da realização da CP;
 - 45' para formação de grupos menores (comunidades de aprendizagem) e entrega de consigna, para que os participantes pudessem produzir uma reflexão e em seguida apresentar seus argumentos sobre a vigilância do câncer de boca com ênfase na realidade de seu trabalho, problematizando sobre os métodos de educação em saúde adotados e os resultados alcançados;
 - 15' para um descanso/socialização e um intervalo para lanche;
 - 45' para apresentação do material produzido pelos grupos e participação complementar da especialista na temática (complementar as argumentações);
 - 60' para as considerações finais da CP, um momento para permitir que os profissionais reflitam e sistematizem as conclusões conjuntamente no qual programamos assistir um vídeo sobre a temática produzido pela equipe pesquisadora, além de uma dinâmica demonstrativa de autoexame bucal e um momento de avaliação da experiência da CP (Apêndice C);
- c) ***Realização da Educação em Saúde*** com a população rural do município, versando sobre a Vigilância de Câncer bucal, com finalidade de construir o autocuidado qualificado em Saúde Bucal na esfera da Estratégia saúde da família rural. Duração de 2 horas, contendo as seguintes atividades:
- 10' para recepcionar as pessoas da comunidade e mediadores da ação, reservando um momento de acolher os participantes, entrega de identificadores e apresentação da pesquisa e do TCLE, Apêndice D;
 - 20' para apresentação das pessoas da comunidade e depoimentos sobre suas experiências com a saúde bucal e o universo da odontologia.
 - 40' para inserir e dialogar sobre a temática, usando a técnica de pergunta dentro dos balões para os participantes estourarem e responderem segundo seus conhecimentos prévios, disponibilizando imagens e dialogo para complementar e sanar dúvidas sobre a temática.

- 20' para realizar uma demonstração de autoavaliação bucal, exposição dos principais pontos a serem avaliados na boca/lábio e face para diagnóstico precoce de lesões bucais e orientações sobre procurar suporte profissional sempre que necessário;
- 10' para um descanso/socialização e um intervalo para lanche;
- 20' para as considerações finais da CP, um momento para avaliação da ação utilizando a técnica de escrita de uma palavra na tarjeta, que represente as impressões dos participantes sobre a reunião, seguido da explanação da palavra escolhida (porque?) e fechamento da ação educativa, Apêndice E.

3.12 Método de coleta de dados

A coleta de dados se deu em três etapas. No primeiro momento, foi solicitado dentre os 52 trabalhadores que compõe a equipe de saúde da família que respondessem ao questionário elaborado pelas pesquisadoras para delinear o perfil socioprofissional, demográfico e coletar informações sobre a interação com a vigilância do câncer bucal na esfera rural, mediante vivências desses trabalhadores.

Recorrendo a ferramenta Google Forms, o questionário foi digitalizado para possibilitar o acesso eletronicamente, mediante link enviado para o aparelho de telefonia móvel indicado pelos participantes na apresentação da pesquisa. Após realizarem o preenchimento completo do formulário, suas respostas foram registradas automaticamente sem identificação dos respondentes, conservando o anonimato dos pesquisados, compondo assim a coleta de dados da primeira fase do estudo.

Prosseguiu-se para a segunda e terceira etapa, cuja coleta foi realizada mediante a participação e depoimentos descritos durante o desenvolvimento de duas oficinas presenciais (capacitação profissional e educação em saúde). Nessa perspectiva, iniciou-se o debate da temática câncer bucal como ponto de partida do exercício da vigilância. A proposta foi trabalhar por meio de intervenções educativas em saúde.

Para tanto, na *capacitação profissional* foi solicitada a contribuição dos convidados das três categorias profissionais cujo labor está relacionado diretamente à temática e compõe a equipe odontológica das unidades básicas de saúde da família em áreas rurais: os cirurgiões-dentistas, técnicos em saúde bucal e auxiliares em saúde bucal, aos quais foram propostas tarefas pedagógicas relacionadas ao seu contexto de trabalho, problematizando as intervenções que realizam na vigilância ao câncer bucal.

O público alvo, advindo de um universo total de 52 profissionais da estratégia saúde da família atuantes em área rural, da área específica de Odontologia, correspondeu a: (n= 7; 13,4%) cirurgiões dentistas; (n= 4; 7,6%) técnicos (TSB); e (n= 3; 5,7%) auxiliares de saúde bucal (ASB).

A amostra selecionada de 14 profissionais de saúde para participar da oficina, justificou-se pela técnica de coleta descrita por Minayo (2010), intentando a condução da pesquisa qualitativa com limite de participantes a grupos reduzidos, para cada turno de reunião, com intenção de viabilizar o aprofundamento dos depoimentos, das discussões, dos pensamentos, sentimentos e percepções.

Por sua vez, na educação em saúde (ES), por ocasião da semana nacional de combate ao câncer bucal e do mês comemorativo de saúde do homem, foi realizado o levantamento e busca ativa pela Equipe da estratégia Saúde da família: do grupo masculino, acima de 40 anos de idade, residentes em área rural e a partir dessa ação, foram entregues convites impressos ao público alvo para participar da ES, contendo uma mensagem prévia de atração/adesão/aproximação com a população ao encontro de educação em saúde (roda de conversa) na comunidade, Apêndice F. Nessa ocasião, pela adesão espontânea a ES compreendeu a participação de 10 membros da comunidade, conjuntamente com a equipe de saúde da família e equipe pesquisadora.

3.13 Descrição da Capacitação dos profissionais da ESFB e o uso das MAEAs

Esta capacitação, programada nas dependências físicas da Organização Social designada Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina (SPDM), na qual estão vinculados os Trabalhadores da Saúde, foi realizada em ambiente apropriado pela adequada infraestrutura para reuniões e capacitações (Figuras 2 e 3).

Figura 2 - Realização da Capacitação - Parte 1



Fonte: arquivo pessoal de Naessa Santos Borges Zure (2022).

Figura 3 - Realização da Capacitação - Parte 2



Fonte: arquivo pessoal de Naessa Santos Borges Zure (2022).

Participaram como mediadores nas atividades da referida capacitação duas pesquisadoras. Ocorreram outras duas importantes contribuições, para além das mediadoras-pesquisadoras, representadas pelas profissionais de saúde: a autora-pesquisadora (investigadora-investigada) conhecedora do contexto (da equipe e dos processos de trabalho no campo rural) e responsável pela condução, registro das falas, depoimentos e observações, além de uma especialista em atendimento oncológico, no campo da odontologia, totalizando 4 pessoas como equipe de apoio.

No primeiro momento, reservado um tempo para um café da manhã oferecido pela pesquisadora, foi sugerido que os participantes se integrassem a uma roda de conversas e proposta uma dinâmica de apresentação no estilo “quebra-gelo”, na qual os convidados puderam falar sobre si e também descreveram sua expectativa sobre a reunião após sintetizá-la em uma palavra.

Por se tratar de um problema de saúde pública/coletiva de âmbito mundial, que circunda temas intrínsecos à vida em sociedade, a estratégia de ensino-aprendizagem teve o aporte da problematização, que segundo Freire (2014) implica em provocar a transformação de percepções da realidade concreta pelo embate de suas contradições, resultando em um novo enfrentamento das pessoas e suas realidades.

A programação de conteúdo e trabalho foi pensada para apropriar das teorias e recomendação científica já consolidada sobre o tema, levantou-se as hipóteses contextualizadas para enfrentamento e propostas com aplicações nas esferas práticas.

Utilizou-se, portanto, durante a CP, no universo das MAEAs, as abordagens da problematização e da aprendizagem baseada em problemas (ABP), que compõem as metodologias ativas, caracterizadas pelo estímulo a atitude de protagonismo do aprendiz à medida que faz com que as pessoas estudem os conteúdos enquanto interage com o problema proposto (SOUZA; DOURADO, 2015).

Esse método descrito por (BERBEL, 1998) consiste em, após um mergulho feito na realidade, mais propriamente em um recorte da realidade, trilhar um percurso da observação do contexto concreto dos investigados, o que permitiu identificar os potenciais, entraves, carências e discrepâncias de ordens diversas, que foram transformadas em pontos chaves ou problemas da pesquisa.

Nessa “provocação” andragógica, foram evidenciadas as situações que os profissionais precisavam ter domínio teórico-prático e cognitivo, analisado os conhecimentos que precisavam ser adquiridos ou apropriados, transformando em “problemas” de pesquisa, para otimizar a concretude das possibilidades de solução.

Durante a capacitação, foram organizadas situações diversas para treinamento de habilidades psicomotora pretendendo garantir que os participantes aproximassem dos conteúdos os suficientes para se perceberem capacitados e assim aptos para quando se deparar com uma situação problema afim ou um caso clínico relacionado a temática, possam agir resolutamente (BERBEL, 1998).

Sem ater a um percurso rígido e engessado na atividade de ensino-aprendizagem, mas propondo uma programação flexível e abrangente, inicialmente lançou-se mão de um recurso apresentado em slides contendo os dados referentes a primeira etapa dessa pesquisa. Demonstrou-se os resultados obtidos pela aplicação do formulário (fase 1 da pesquisa) sugerindo que os participantes descrevessem os achados com a mediação de uma das pesquisadoras e conjuntamente, analisaram os gráficos.

Os próprios membros das equipes puderam descrever os resultados e elucidar as características da equipe multiprofissional que fazem parte, versando sobre os processos e fluxos de ações assistenciais na Estratégia saúde da família de áreas rurais, na promoção da vigilância do câncer bucal.

O objetivo com a “descrição” do perfil desse grupo foi demonstrar o contexto de trabalho da população estudada e justificar a importância de aumentar a efetividade na vigilância ao câncer de cavidade oral e das práticas pedagógicas emancipatórias com os profissionais e expandi-las para a comunidade, para habilitá-los a desempenhar funções de educação popular em saúde, de modo que conhecendo sobre a doença, as pessoas possam participar da própria manutenção de saúde.

Foi disponibilizado materiais andragógicos para tornar a participação de todos simples e intuitiva. Foram entregues tarjetas, canetas coloridas, sulfite e papel pardo e deliberou-se uma consigna com instruções básicas para a produção de conteúdo de síntese coletiva sobre os principais pontos relacionados a temática “Câncer na cavidade oral”.

Intentando compreender o grau de instrução do grupo a respeito de conceitos relacionados a esse problema de saúde pública e coletar os dados de cada participante e do coletivo, separou-se a equipe em 2 grupos menores com características mistas.

O estímulo aos grupos foi que trabalhassem em atitude ativa e livre na produção de uma atividade síntese, primeiramente no grupo pequeno, abrangendo o conhecimento direcionados por 4 questões, que posteriormente seriam apresentadas ao coletivo, num momento em que as produções seriam problematizadas por todos (mediadores, especialista e participantes).

Após a realização da consigna, um tempo que denomina de pausa pedagógica foi escolhido como intervalo, para proporcionar conforto, alimentação, e tempo de renovação dos participantes refrescarem as suas memórias, para avançarem na certeza de que estavam aprendendo e se tornados preparados a prática do aprendizado/ensino.

Para Dickmann (2019) a pausa funciona como um instrumento facilitador do aprendizado. É uma parada estratégica de revisão, monitoramento e retomada do saber difundido até aquele momento, é quando nos certificamos, enquanto grupo, que a aprendizagem está se efetivando e podemos prosseguir nos estudos.

Neste intervalo o facilitador/moderador da CP resgatou com os presentes os pontos cruciais da temática, o percurso do aprendizado, o conteúdo, as impressões e aspectos relevantes das dinâmicas de grupo, potencializando as sucessivas aproximações com a temática da CP. No decorrer da prática o grupo aprimorou a compreensão e apropriação da

proposta metodológica das MAES, vislumbrando sua utilidade factível no contexto profissional.

Procedeu à apresentação da produção em grupos, cada equipe escolheu o representante para sintetizar suas conclusões no plenário e exibiu um produto em painel de papel Kraft com os principais argumentos.

As discussões foram mediadas pelas pesquisadoras e complementadas pela expert convidada, à medida que novas questões iam surgindo espontaneamente, seguindo o objetivo pedagógico planejado, foram dominando os processos de ensino/aprendizado com todas as informações que elencamos para compor a CP.

Para síntese dos conteúdos, foi apresentada uma mídia vídeo-animada¹, no formato infográfico contendo as informações principais sobre a doença estudada (câncer bucal) que foi produzido pelas pesquisadoras em formato lúdico, contendo dados epidemiológicos locais e conteúdo científico. Foi explicado que o vídeo informativo pode ser replicado em dispositivos móveis e que são úteis como material de campanha e divulgação dos conteúdos, podendo ser usados nas ações educativas mediante acesso ao link descrito na nota de rodapé. (VIGILÂNCIA..., 2021).

Seguiu-se para o fechamento da reunião fazendo uma dinâmica demonstrativa de uma forma de avaliação clínica, tecnicamente eficiente para diagnóstico precoce de lesões bucais suspeitas, que é a característica principal da doença, essa ação foi mediada pela especialista convidada, exibindo cada região anatômica oral frente ao espelho para possibilitar o autoexame. Cada profissional foi estimulado a replicar a dinâmica em situações diversas, principalmente com a população do local de trabalho, de forma que as pessoas sejam estimuladas a realizarem autoavaliação/autocuidado, intentando capacita-las para a identificação de possíveis alterações bucais patológicas.

A equipe organizadora também disponibilizou material impresso com sínteses da temática produzidos pelo órgão nacional de vigilância ao câncer, Instituto Nacional de Câncer (INCA), replicou vídeos informativos e distribuiu um “kit” de luva, espelho, máscara e orientações para fazer autoexame bucal, reforçando a ideia de cada indivíduo precisa se conhecer, se perceber, prover cuidado a si mesmo e em relação ao câncer de boca, conseguindo identificar alterações e sinais clínicos para receber apoio dos profissionais em saúde em tempo oportuno.

¹ Vídeo Vigilância do câncer de boca: principais aspectos. GONTIJO, L.P.T; ZURE, N.S.B. Youtube. 9 de jun. de 2021. 6min;56seg. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=sMiXrFqGDFE&t=90s> Acesso em: 14 fev. 2022.

As atividades foram registradas por meio de gravação oral e utilizou-se a gravação em vídeo, no momento da explanação dialogada e demonstrativa, da profissional expert em oncologia oral, junto aos participantes e, posteriormente, ocorreu a transcrição integral dos depoimentos.

Esse encontro foi organizado mediante custos dos pesquisadores, destacando-se: materiais didáticos, logística e lanche (cortesia). Integrou carga horária de 4 horas, em consonância com o período laboral regular dos participantes do estudo e demais pormenores para efetivação do espaço educacional foram acordados, previamente, junto à coordenação.

A referida CP, junto aos profissionais, se fundamentou em oportunizar um espaço de reflexão crítica, sobre as práticas de vigilância em saúde para enfrentamento do câncer bucal, a partir da realidade territorial do cotidiano laboral dos mesmos.

Planejou-se a participação multiprofissional (das categorias além da área de saúde bucal) em todas as etapas do estudo (aplicação do questionário e CP), visto que todos os profissionais da atenção básica compõem a rede de atenção à saúde da comunidade, em seus diferentes espaços (e acesso ao usuário) formando um coletivo de proteção e promoção à saúde, no enfrentamento as doenças/agravos. Assim, é premente a preparação (capacitação e sensibilização) conjunta para tal. Além disso, muitas vezes alguns desses profissionais da ESF representam o primeiro ou o único contato da comunidade com as ações e serviços de saúde. Entretanto, a gestão do município liberou somente os profissionais ligados diretamente a saúde bucal, para a participação da referida CP, em favorecimento a permanência dos profissionais frente as demandas da pandemia do COVID-19.

3.14 Descrição da Educação em Saúde para Comunidade rural e o uso das MAEAs

O presente estudo realizou, complementarmente, ao alcance de seus objetivos a Educação em Saúde (ES), mediante mobilização social, que compõe a fase 3 de coleta de dados, mediante um encontro de Educação em Saúde com o aporte das MAEAs, no sentido de aplicação das abordagens e temas de vigilância do câncer debatidos na capacitação profissional dos trabalhadores cirurgiões-dentistas e equipe odontológica, direcionando para ações de educação em saúde na vigilância do câncer de boca junto à comunidade.

Intentou-se a participação do grupo completo de profissionais que compuseram a CP, no entanto, em decorrência das questões relacionadas a pandemia do COVID-19 e a complexidade na liberação institucional dos trabalhadores da estratégia saúde da família para participar da ação, a coordenação dos mesmos optou pela não liberação. Em decorrência

disso, a programação da CP seguiu com a participação exclusiva da equipe odontológica da Unidade básica de saúde da família da população rural que sediou o evento e optou-se pela gravação completa da ação, mediante autorização, para posterior reprodução para os demais participantes interessados no exercício prático das MAEAs em ações educativas na esfera da saúde.

Desta forma, a educação em saúde foi realizada na modalidade presencial, nas dependências do espaço comunitário da associação de moradores do distrito rural de Tapuiriama, facilitando a logística e a participação comunitária, com liberação da gestão, tendo em vista as restrições da pandemia/isolamento Covid-19 para atividades presenciais coletivas, Figura 4.

Figura 4 - Educação em Saúde 1



Fonte: arquivo pessoal de Naessa Santos Borges Zure (2022).

Participaram como mediadores nas atividades da referida ES duas pesquisadoras (orientadora e orientanda), com contribuições representadas por profissionais de saúde: a especialista em atendimento oncológico, no campo da odontologia; e dois alunos da graduação em odontologia da Universidade Federal de Uberlândia. Para além, no apoio dessa etapa o estudo contou com a colaboração e presença da equipe multiprofissional da Estratégia Saúde da família de Tapuiriama, composta por 1 médico, 1 enfermeira, 2 técnicos em enfermagem, 3 agentes comunitários de saúde, 1 técnica em saúde bucal e 1 auxiliar administrativo e a cirurgiã dentista /pesquisadora.

O espaço físico foi previamente preparado para que fosse disponibilizado material impresso de câncer bucal, modelos educacionais bucais, material informativo e decorativo, lanche, água e cadeiras em formato de círculo para a roda de conversa.

No primeiro momento, reservado um tempo de boas-vindas para receber os convidados e realizar uma “inscrição”, por meio de leitura e assinatura do TCLE e entrega do crachá contendo o nome do convidado. Os participantes foram encorajados a tomar lugar na roda de conversa, se mesclarem com os mediadores e sentirem-se à vontade para lanchar e tomar café/água/suco a qualquer momento da ES.

Em seguida foi adotada uma técnica para apresentação, foram disponibilizados canetas e papéis e solicitado a cada participante se apresentar dizendo seu nome e compartilhando com o grupo uma vivência pessoal atrelada a odontologia, sendo assim, os mesmos deveriam contar uma história pessoal com seus dentes, seu sorriso, sua boca, ou seu acesso ao dentista, etc. Por meio desses depoimentos foram introduzidos os assuntos relacionados a saúde da boca, do corpo, a importância da higiene, da vigilância das principais enfermidades com foco no câncer de cavidade oral e partindo dessas vivências foram construídos os saberes a consolidar e esclarecidas as dúvidas da população.

Para tornar a ES ainda mais dinâmica e trabalhar com recursos lúdicos, foi solicitado aos participantes que se colocassem de pé para a realização de uma atividade denominada “Técnica de perguntas com balões”, na qual foram colocadas perguntas “chaves” sobre a temática dentro de balões amarrados, e entregues aos participantes, um de cada vez, para passar de mão em mão, ao som de música. Ao cessar o som, o participante que estivesse com o balão em sua mão deveria escolher outro participante, podendo ser da equipe pesquisadora ou da comunidade, para estourar conjuntamente o balão e prosseguir a leitura e resposta da pergunta encontrada no seu interior.

Foram selecionadas 10 perguntas para essa atividade, sendo elas:

- a) pergunta 1: Você sabe o que é o câncer e em qual partes do corpo ele aparece?;
- b) pergunta 2: Você sabe o que pode causar a doença “câncer de boca”?;
- c) pergunta 3: Você conhece alguém que teve câncer de boca? Em caso positivo, conte o que sabe?;
- d) pergunta 4: É possível evitar o câncer na boca? Como?;
- e) pergunta 5: Como saber se uma pessoa está com câncer na boca? Qual é o tratamento?;
- f) pergunta 6: O câncer de boca é uma doença comum? Ela é perigosa?;
- g) pergunta 7: Se você estivesse com uma ferida na boca, o que faria para resolver?;
- h) pergunta 8: Você já teve uma ferida na boca que permaneceu por mais de 14 dias?;
- i) pergunta 9: Por que devemos evitar dentes quebrados ou próteses (dentaduras) que machucam nossa boca?;

- j) pergunta 10-Como devo fazer o exame da minha boca, para saber se não tenho câncer? (Apêndice G).

Para uso complementar, nessa atividade foram disponibilizadas imagens impressas de lesões bucais cancerígenas e pré-cancerígenas, modelos educativos, imagens ilustrativas da anatomia da boca e lábios que foram utilizadas de forma demonstrativa e esclarecedora das questões apresentadas no decurso da dinâmica dos balões para ilustrar respostas ou ressaltar temas relacionados a vigilância do câncer bucal.

Para o fechamento dessa ação foi estimulado o autocuidado em saúde, apoiado pela equipe de saúde bucal. Realizou-se uma demonstração de autoexame bucal com finalidade diagnóstica de alterações relacionadas a prática de vigilância de doenças bucais, Figura 5.

Figura 5 - Educação em Saúde 2



Fonte: arquivo pessoal de Naessa Santos Borges Zure (2022).

Nesse momento a expert especialista em oncologia descreveu as técnicas e regiões anatômicas principais que devem ser examinadas ao passo que a cirurgia dentista pesquisadora demonstrou a explanação frente ao espelho, para que os participantes fossem incentivados a reproduzir a atitude em suas casas e divulgar a prática as pessoas de seu convívio, tornando-se informantes-chaves na comunidade.

Para tanto foram entregues *kits* (conjunto de artigos para uma mesma utilidade) contendo uma escova de dentes, um espelho, um par de luvas, uma espátula, uma máscara descartável, um cartaz ilustrativo das regiões da boca e lábios e um folder informativo sobre prevenção de câncer bucal, para auxiliar na realização de cada etapa de forma que a população pudesse reproduzir um autoexame e aprofundar seus conhecimentos das principais informações sobre a doença. (Figura 6).

Figura 6 - Educação em Saúde 3



Fonte: arquivo pessoal de Naessa Santos Borges Zure (2022).

No momento final, foi pedido ao grupo de moradores rurais que pudessem descrever a experiência de participar do encontro com finalidade de cuidar da saúde, reforçou-se que historicamente há uma resistência da participação masculina em ações preventivas e do próprio autocuidado em saúde, paradigma esse que precisa ser vencido.

Segundo Santos, Baldissera e Toledo (2019), mesmo com os avanços nas políticas públicas, o sexo masculino permanece demonstrando dificuldade em reconhecer suas necessidades em saúde. Apesar das mudanças sociais nas questões de gênero, a adesão, dos homens, ainda se mantém de maneira tímida em serviços de saúde na atenção primária e a procura por atendimento é geralmente quando já possuem agravos que demandam assistência secundária e terciária.

Nessa perspectiva, as MAEAs fortalecem estratégias (técnicas e tecnologias) mais atrativas para inclusão desse grupo (adultos e masculino) em bases andragógicas que incluem, dentre seus princípios: necessidades e interesses satisfeitos; centrado em situações de vida, promove análise de experiências e investigação e considera tempo, lugar, ritmo e estilo.

Como método avaliativo da ES, sugeriu-se aos participantes escrevessem em uma tarjeta de papel, uma palavra que pudesse descrever o sentimento/impressão/sensação de

participar da reunião. Para os participantes que estivessem com dificuldades na escrita, foi designado um mediador para ajuda-los nessa avaliação.

Cada participante justificou oralmente como se sentiu ao participar da roda de conversa sobre prevenção do câncer de boca a partir da escolha da palavra, tendo a possibilidade de discorrer sobre o que representou a atividade para si e a contribuição da mesma para sua aprendizagem. Com essa ação despediu-se dos convidados com agradecimento e lanche cortesia, proporcionando um momento de convívio e descontração entre a comunidade, trabalhadores da saúde e equipe pesquisadora, finalizando assim a terceira etapa da pesquisa, Figura 7.

Figura 7 - Educação em Saúde 4



Fonte: arquivo pessoal de Naessa Santos Borges Zure (2022).

3.15 Metodologia de análise dos dados

Uma vez realizadas as três etapas de coleta de dados da pesquisa (questionário, capacitação profissional - CP e educação em saúde - ES) os produtos foram submetidos ao método qualitativo de análise temática.

A análise dos dados coletados durante a participação e depoimentos dos participantes da CP e da ES compreendem aspectos variados, dentre eles o contexto da realização, da caracterização e do registro dos eventos que, segundo Spink, Menegon e Medrado (2014), resultaram em narrativas produzidas tanto pelos pesquisadores como pelos pesquisados e constituíram o objeto analisado. Para tal, os produtos que foram submetidos a análise, foram: a gravação completa das oficinas (CP e ES); o material produzido durante a realização do evento, fotos e observatório de campo dos pesquisadores; as discussões e reuniões da equipe

pesquisadora; além do questionário (socioprofissional, demográfico e de interação com a temática câncer de boca).

A análise de dados qualitativos foi realizada a partir da transcrição integral das falas dos participantes do estudo, trabalhadores da ESBF rural e população rural. Foi utilizada a *Análise Temática de Conteúdo*, por meio de suas três etapas (Pré-Análise, Exploração do Material, Tratamento e Interpretação). No momento da Pré-Análise, as hipóteses e os objetivos iniciais nortearam a leitura flutuante do material transcrito. Na Exploração do Material, foram identificados discursos mais significativos em torno dos quais foram confeccionadas categorias que expressavam a percepção desses trabalhadores sobre vários pontos da vigilância do câncer bucal e sua relação com os elementos fundantes das MAEAs.

Em posse das categorias, passou-se ao processo do Tratamento e Interpretação das mesmas. Nesta última etapa as categorias foram agrupadas em temas selecionados para formar a temática central dos resultados: implicações do uso das MAEAs na vigilância do câncer bucal. Cada tema representou um elemento fundante das metodologias ativas e suas características de aprendizado, recebendo uma redação descritiva do seu conteúdo e da relação com a temática central, para facilitar a compreensão (MINAYO, 1994).

Como referencial teórico para o desenvolvimento dessa análise, foram abordadas as teorias educacionais que fundamentam o repertório das MAEAs aplicadas na pesquisa, alicerçadas nas práticas educacionais de Freire no que diz respeito ao desenvolvimento do ensino/aprendizado problematizador e dialógico, de Ausubel e o pensamento cognitivista, de Perrenoud e o ensino por competências, de Reynolds e a aprendizagem transformadora embasada na reflexão crítica, ainda de Moore e Wenger na teorização da distância transacional e na teoria da aprendizagem social, além disso embasou-se também nas referências de seus seguidores (AUSUBEL; NOVAK; HANESIAN, 1978; FREIRE, 2008, 2014, 2011; GONTIJO et al, 2020; MITRE et al., 2008; MOORE, 1989; PERRENOUD, 1976; REYNOLDS, 1998).

Com intenção de preservar o anonimato dos participantes, quando da apresentação dos depoimentos foram utilizadas as siglas representativas das categorias profissionais a qual pertencem, seguida do número de ordem de aparecimento dos relatos. Sendo assim, utilizamos os seguintes códigos conforme a (s) primeira (s) letra(s) da categoria profissional: (E) enfermeiros; (M) médicos; (CD) cirurgiões-dentistas; (TEC.E.) técnicos de enfermagem; (TSB) técnicos em saúde bucal; (ASB) auxiliares de saúde bucal; (ACS) agentes comunitários de saúde; e (ADM) auxiliares administrativos, para análise dos depoimentos. Nas falas extraídas dos momentos educacionais, por meio de sua transcrição, usamos a sigla (P) para

participantes; (M) para mediadores; (E) para referendar a fala da especialista e (H) para os participantes da comunidade rural.

Após as etapas de transcrição do repertório, seguiu-se a elaboração propriamente dita do mapa dialógico, pela produção de quadros com linhas e colunas organizadas para sistematizar a seleção de trechos específicos da transcrição literal, selecionados de acordo com os objetivos descrito deste estudo, com os temas/categorias identificados a partir da transcrição sequencial e com as questões que precisam ser viabilizadas, funcionando como ferramenta analítica para colaborar na produção do relatório final, em congruência com as teorias e conceitos relacionados a temática vigilância ao câncer de boca (SPINK; MENEGON; MEDRADO, 2014).

Por sua vez, os dados coletados pela aplicação do questionário socioprofissional e demográfico com o objetivo de traçar o perfil dos participantes desse estudo, os trabalhadores da ESF rural, registrou-se os resultados em planilha eletrônica e os dados foram apresentados em linguagem gráfica e tabular e, sequencialmente, passaram por análise descritiva.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Discriminou-se o perfil socioprofissional e demográfico dos trabalhadores da ESF rural, mediante as variáveis: nível de escolaridade, gênero, faixa etária e estado civil, seguido pela categoria profissional, o tempo de formado (anos de experiência) e a titulação. Adicionalmente, considerou-se o tempo e vínculo empregatício e, por fim, a renda mensal individual e a participação na vida econômica da família. O perfil supracitado foi confrontado com achados similares das literaturas nacional e internacional, permitindo de forma comparativa verificar as suas tendências no contexto global.

Em seguida, apresentou-se a percepção desse trabalhador, frente ao uso das metodologias ativas de ensino-aprendizagem (MAEA) na compreensão e aproximação/apropriação da problemática em questão – *a vigilância do câncer de boca no contexto do Sistema Único de Saúde, com ênfase no cenário* da estratégia de saúde da família rural. E, por fim, agregou-se as vozes da comunidade rural, frente a educação em saúde, com uso das MAEAs.

4.1 Perfil socioprofissional e demográfico dos trabalhadores da ESF rural

O estudo delineou o perfil dos trabalhadores da ESF rural mediante a adesão de (n=44; 85%) de profissionais respondentes ao questionário, considerando o total de (n=52;100%) dos trabalhadores selecionados .

As categorias profissionais (de nível de escolaridade superior), da maior para a menor adesão ao estudo, correspondeu a: (n= 5; 100%) dos enfermeiros; (n= 3; 71%) dos cirurgiões-dentistas; e (n= 3; 60%) dos médicos. Por sua vez, entre a escolaridade (de nível técnico, médio e básico), verificou-se: (n= 6; 100%) auxiliares administrativos; (n= 12; 92,3%) Agentes Comunitários de Saúde; (n= 6; 86%) auxiliares/técnicos em saúde bucal²; e (n= 7; 78%) técnicos de enfermagem.

Os dados indicam alta adesão (n=44; 85%) da equipe de saúde da família rural, junto a primeira etapa do estudo, isto é, respondentes aos questionários socioprofissional, demográfico e de interação com a vigilância do câncer de boca. Obteve-se, assim, participação efetiva e diversificada, segundo as categorias profissionais, sendo superior a (n=

² Salienta-se que 100% das equipes de saúde bucal do estudo são compostas, por um cirurgião dentista e pelo Técnico em Saúde Bucal (TSB) e/ou Auxiliar de Saúde Bucal (ASB). Não foi especificado, no início dessa etapa investigativa, a categoria dos mesmos.

6; 70%) para todas as categorias profissionais. Entretanto, há exceção para a categoria médica, com menor adesão, no valor de 60%. Pela amostra supracitada, alcançamos o que Fontanella et al. (2011) denominaram fechamento da amostra por intencionalidade.

4.2 Sexo, faixa etária, estado civil, renda individual e participação na vida econômica da família e categoria profissional

As informações pertinentes ao sexo, faixa etária, estado civil, renda individual e participação na vida econômica da família e categoria profissional estão ilustradas na Tabela 1.

Tabela 1 - Distribuição das variáveis sociodemográficas dos trabalhadores das equipes de saúde da família rural do município de Uberlândia, MG, 2021 (n=44)

(continua)

	Variáveis	N	%
Sexo biológico	Feminino	40	90,9
	Masculino	4	9,1
Faixa etária	20 a 39 anos	21	47,7
	40 a 59 anos	22	50
	>59 anos	1	2,3
Estado civil	Solteiro	17	38,6
	Casado	14	31,8
	União estável	1	2,3
	Divorciado/separado	9	20,5
	Viúvo	3	6,8
Renda individual mensal	até 2 salários	29	67,4
	De 2 a 4 salários	3	7,0
	De 5 a 6 salários	7	16,3
	Mais de 6 a 10 salários	2	4,7
	Mais de 10 salários	2	4,7
Participação na vida econômica na família	é o responsável pelo sustento da família	19	43,2
	participa majoritariamente do sustento da família	4	9,1

		(conclusão)
divide a responsabilidade no sustento da família com outros membros	14	31,8
participa minoritariamente do sustento da família	2	4,5
trabalham, mas não são responsáveis pelo sustento da família	5	11,4

Fonte: Naessa Santos Borges Zure (2022).

O grupo de trabalhadores da ESF rural é, de forma predominante, do sexo feminino (n= 40; 90,9%). Em relação a idade (em anos) encontrou-se: (n= 22; 50%) 40 a 59; (n= 21; 47,7%) 20 e 39; e (n= 1; 2,3%) mais de 59 anos. Por seu turno, o estado civil dos participantes se distribui nas condições: solteiros (n= 17; 38,6%); casados (n=14; 31,8%); divorciados ou separados (n= 9; 20,5%); viúvos (n= 3; 6,8%); e união estável (n= 1; 2,3%).

A base salarial dos participantes do estudo, levando em conta o salário mínimo vigente (no valor de R\$ 1.045,00), é de: até 2 salários mínimos (n= 29; 67,4%); 5 a 6 salários (n= 7; 16,3%); 2 a 3 salários (n= 3; 7,0 %); 6 a 10 salários (n= 2; 4,7%); e 10 salários mínimos (n= 2; 4,7%); e não informou sua renda salarial (n= 1; 2,3%).

Observou-se sobre a participação na vida econômica da família, as seguintes situações: responsáveis pelo sustento da família (n= 19; 43,2%); dividem as responsabilidades do sustento da família com outros membros (n= 14; 31,8%); participa majoritariamente no sustento da sua família (n= 4; 9,1%); participa minoritariamente do sustento da família (n= 2; 4,5%); e trabalham, mas não são responsáveis pelo sustento da família (n= 5; 11,4%).

As categorias profissionais respondentes ao questionário se autodeclararam como: Agente Comunitário de Saúde - ACS (n=12; 27,3%); Cirurgião-dentista (n=5; 27,1%); Técnico de Enfermagem (n= 7; 15,9%); Auxiliar Administrativo (n= 6; 13,6%); Enfermeiro (n= 5; 11,4%); Médico (n= 3; 6,8%); Técnico em Saúde Bucal (n= 3; 6,8%) e Auxiliar em Saúde Bucal (n= 3; 6,8%).

Verificou-se, mediante as informações pertinentes a renda/categorias profissionais, as seguintes características: a equipe de saúde da família é constituída em sua maioria por profissionais de nível médio, com recebimento de honorários até 2 salários mínimos e responsáveis pelo sustento da família.

Nessa perspectiva, a referida composição da ESF verificada nesse estudo é compatível com o estudo realizado por Marsiglia (2011) no qual se enfatiza que nesse quantitativo há o

maior número de trabalhadores de nível “operacional”³ e um número menor de profissionais de nível universitário no comparativo.

Nesse aspecto Simões e Amâncio (2004) consideram importante destacar que a trajetória de profissionalização não é refratária à influência do gênero. Por mais que essa divisão do trabalho possa tranparecer um discurso romantizado de vocação natural do “ser” feminino ou expressão de amor materno, essa fala reverbera em desvalorização socioprofissional do trabalho, visto haver nesse pensamento uma ideação enviesada, na qual as posturas de homens referem-se ao trabalho profissional e a posturas das mulheres é referente a uma vocação quase natural (BARBOSA, 2012).

Por sua descrição, a representação equilibrada em relação aos grupos etários no serviço de saúde demonstram que há diversidade na equipe, o que para Corrêa Júnior et al. (2016) é um desafio evidente tanto para as organizações, como para os profissionais inseridos nelas.

Para Amestoy et al. (2014) o relacionamento interpessoal, por si só, é considerado um potencial de estresse. Os autores reforçam que a coletividade é a essência do cuidado, devendo ser estimulada nas equipes mediante gestão dialógica.

Por isso defende-se que a instituição precisa saber valorizar uma geração sem menosprezar a outra, compreendendo sua interdependência, para que juntas possam se complementar, desenvolvendo planos de integração dos seus profissionais (CORRÊA JÚNIOR et al., 2016).

Cano et al. (2009) observaram que na atualidade, o perfil dos trabalhadores em relação ao estado civil revela uma transição na convivência dos padrões mais tradicionais de relações familiares com as configurações modernas. Para Pereira Neto, Ramos e Silveira (2016) a sociedade atual reconhece a família como uma entidade flexível e permeável à sociedade.

Segundo as autoras Fleck e Wagner (2003), o advento da inserção da mulher no âmbito profissional deu estrutura para confrontar os padrões de funcionamento familiar e permitiu a ampliação dos novos arranjos.

Com isso, o labor feminino alavanca a articulação trabalho-família-vida pessoal, isso resulta na acumulação de múltiplas funções e acúmulo de papéis/trabalhos para as mulheres gerando tensões e conflitos entre o conjunto de exigências sociais (ANDRADE, 2015).

³ Segundo Marsiglia, considera-se “operacionais” os trabalhadores que possuem, como exigência curricular, o nível médio concluído, a exemplo das categorias de agentes comunitários de saúde, os agentes de apoio, auxiliares de serviços gerais, atendentes, atendentes de enfermagem, visitantes sanitários e vigias, serventes e motoristas Marsiglia (2011).

Macedo (2019) enfatiza que a influência do gênero reflete também na articulação com os marcadores sociais de renda no mercado de trabalho em saúde, o que Barbosa (2012) diz ocorrer pela falta de reconhecimento da importância da atividade de trabalho, que tem sua expressão nos baixos salários, entretanto, de fato esse trabalho está ancorado nas necessidades objetivas de sobrevivência.

Corroborando com Fleck e Wagner (2003) que elucidam o crescimento evidente do número de famílias brasileiras em que o trabalho das mulheres representa a principal fonte de sustento econômico da família, sendo o gênero feminino as principais colaboradoras para a renda familiar no Brasil.

4.3 Titulação máxima, tempo de formação, tipo e tempo de vínculo empregatício

A Tabela 2 apresenta dados apurados referentes a: titulação máxima, tempo de formação, tipo e tempo de vínculo empregatício.

Tabela 2 - Distribuição das variáveis ocupacionais dos trabalhadores das equipes de saúde da família rural do município de Uberlândia, MG, 2021 (n=44)

(continua)

	Variáveis	N	%
Titulação máxima	Pós-doutorado	0	0
	Doutorado	0	0
	Mestrado	1	2,3
	Especialização	9	20,5
	Graduação	7	15,9
	Curso técnico	8	18,2
	Ensino médio	18	40,9
	Fundamental	1	2,3
Tempo de formação	1 a 5 anos	18	40,9
	6 a 10 anos	10	22,7
	11 a 15 anos	5	11,4
	16 a 20 anos	6	13,6
	21 a 30 anos	4	9,1
	>De 30 anos	1	2,3

		(conclusão)	
Tipo de vínculo	Regime estatutário (concurado)	4	9,1
	Regime celetista (CLT)	30	68,2
	Terceirizado	8	18,2
	Contratado temporário	1	2,3
	Os 2 primeiros	1	2,3
Tempo de vinculo	menor de 1	5	11,4
	1 a 5 anos	16	36,4
	6 a 10 anos	14	31,8
	11 a 15 anos	1	2,3
	15 a 20 anos	2	4,5
	21 a 30 anos	6	13,6
	>De 30 anos	0	0

Fonte: Naessa Santos Borges Zure (2022).

Observou-se o seguinte quadro de formação prevalente: ensino médio (n= 18; 40,9%); curso técnico (n=8; 18,2%); escolaridade superior (n=7; 15,9%); e ensino fundamental (n= 1; 2,3%). Nesse cenário a especialização correspondeu a (n= 9; 20,5%) e mestrado (n= 1; 2,3%). Em relação ao tempo, a quantidade de (N=18; 40,9%) dos respondentes possuem entre 1 a 5 anos de tempo de formação; (n= 10; 22,7%) entre 6 e 10 anos; (n=5; 11,4%) entre 11 e 15 anos; (n= 6; 13,6%) entre 16 e 20 anos; (n= 4; 9,1%) entre 21 e 30 anos; e (n=1; 2,3%) mais de 30 anos de graduação concluída.

Por sua vez, a fatia expressivamente superior refere-se aos profissionais recém-graduados. Esse cenário, para Mattosinho (2010) pode representar dificuldades relacionadas a falta de experiência e ao próprio preconceito, visto que as condições político-burocráticas das instituições não oportunizam um acompanhamento-treinamento para realização do trabalho, sendo desenvolvido nas experiências de acerto/erro.

Evidenciou-se a seguinte distribuição frente ao vínculo empregatício dos trabalhadores da ESF rurais: regime celetista (n=30; 68,2%); terceirizados (n= 8; 18,2%); concursados em regime estatutário (n= 4; 9,1%); contrato temporário (n= 1; 2,3%); vínculo misto (estatutário e celetista), (n=1; 2,3%).

Destaca-se a discrepância entre o número de profissionais concursados (9,1%) e contratados (90,9%). Por seu turno, o tempo de vínculo empregatício no SUS distribui-se em: 1 a 5 anos de experiência profissional (n= 16; 36,4%); 6 a 10 anos (n= 14; 31,8%); menos

de 1 ano (n=5;11,4%); 15 a 20 anos (n= 2; 4,5%); 21 a 30 anos de (n=6; 13,6%); e 11 a 15 anos (n= 1; 2,3%).

Girardi et al. (2010) verificaram o aumento progressivo da terceirização do trabalho ao longo da história da saúde pública e como consequência dessa fragilidade nos vínculos, tem-se a flutuação da equipe, a dificuldade de manutenção, capacitação e de treinamento dos profissionais.

Segundo Gleriano et al. (2021), isso é reflexo dos limites impostos pela política econômica do Brasil, por decorrência do congelamento dos gastos em saúde, sendo essa uma alternativa bastante utilizada para prover contratação de pessoal para trabalho em saúde é por meio de Organizações Não-Governamentais ou Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público que revela maior fragilidade de vínculos trabalhistas, o que pode ocasionar rotatividade e descontinuidade de ações nas equipes.

Para Andrade et al. (2012) o aparecimento de conflitos se relaciona com as multiformas do vínculo empregatício e para Viana, Martins e Frazão (2018) é sobretudo negativa essa diferenciação, por representarem o processo mais concreto da chamada precarização das relações de trabalho no campo da saúde.

Para Mendes e outros (2018), os vínculos não-estatutários no âmbito do Sistema Único de Saúde produzem a exclusão de grande parte do escopo das políticas públicas, sendo que o prejuízo principal está relacionado a falta de concretização dos projetos de carreira pública, cargos e salários.

Em suma, no delineamento do perfil socioprofissional e demográfico dos trabalhadores da ESF rural destacou-se como categorias profissionais (de nível de escolaridade superior) de maior adesão ao estudo: 100% dos enfermeiros; 71% dos cirurgiões-dentistas; seguidos por 60% médicos. Por sua vez, entre a escolaridade (de nível médio e básico), chamou a atenção: os auxiliares administrativos (100%) e ACS (92,3%); seguidos por (86%) dos auxiliares/técnicos em saúde bucal e 78% dos técnicos de enfermagem. Verificou-se, assim, participação efetiva e diversificada no presente estudo, para todas as categorias profissionais selecionadas.

Em suma, o referido grupo de trabalhadores é, de forma predominante, feminino (90,9%), prevalecendo faixas etárias 40 a 59 anos (50%) e 20 e 39 anos (47,7%). O estado civil prepondera nas condições de solteiros (38,6%); e casados (31,8%); com destaque para tendência de expansão nas categorias divorciados ou separados (20,5%). Predomina no quesito tempo de formado (40,9%) entre 1 a 5 anos de tempo de graduação ou recém-graduados. A escolaridade superior correspondeu a somente (15,9%) do conjunto de

trabalhadores, sendo incomum a titulação do nível mestrado. O tipo e tempo de vínculo empregatício são regime celetista (68,2%), destacando-se a discrepância entre o número de profissionais concursados (9,1%) e contratados (90,9%), neste contexto. O tempo de vínculo empregatício no SUS é de 1 a 5 anos de experiência profissional (36,4%), seguido por 6 a 10 anos (31,8%), salientando predominância de trabalhadores com pouca experiência laboral na Estratégia Saúde da Família. Impera sobre a base salarial desse grupo de trabalhadores o valor de até 2 salários mínimos (67,4%). A maioria dos profissionais da ESF (75 %) tem renda mensal inferior a 3 salários mínimos, para o desempenho de carga horária referente a 40 horas semanais. A participação na vida econômica da família revela-se como responsáveis pelo sustento da família (43,2%) ou partilha das responsabilidades desse sustento com outros membros (31,8%). Salienta-se que para a maioria absoluta desses profissionais (84,1%), o seu trabalho é fonte de renda e sustento não somente pessoal, mas também familiar.

4.4 Conhecimento e interação sobre o câncer de boca dos trabalhadores da ESF rural

Conhecimento sobre o câncer de boca (fatores de risco e protetivos; prevenção e vigilância; tratamento e prognóstico) e experiência no acolhimento/atenção ao usuário do SUS.

Os trabalhadores alegam possuir conhecimentos sobre o câncer de boca, em diferentes níveis, sendo: básico (n=25; 56,8%); intermediário (n=17; 38,6%); e avançado (n=2; 4,5%) (Gráfico 12). Segundo a categoria profissional, obtivemos que 5 (cinco) dentre as 7 (sete) categorias indicaram conhecimento básico, destacando-se: auxiliares e técnicos em saúde bucal (n=5; 86%); agentes comunitários de saúde (n=9; 75%); (n=4; 66%) auxiliares administrativos; (n=3, 60%) enfermeiros; e (n=4; 57%) técnicos em enfermagem.

Dentre os médicos, todos os participantes (n=3; 100%) disseram ter conhecimento intermediário a respeito da doença e dentre todas as modalidades profissionais, somente (n=2; 40%) os cirurgiões-dentistas (CD) manifestam conhecimento avançado a respeito do câncer de boca.

Segundo a Política Nacional de Saúde Bucal, fazem parte das atribuições desses profissionais (ASB/TSB), apoiar as ações de prevenção da saúde bucal para as famílias, os grupos e os indivíduos e participar do treinamento e da capacitação de agentes multiplicadores das ações de promoção à saúde. Para realizar essa incumbência na vigilância ao câncer de

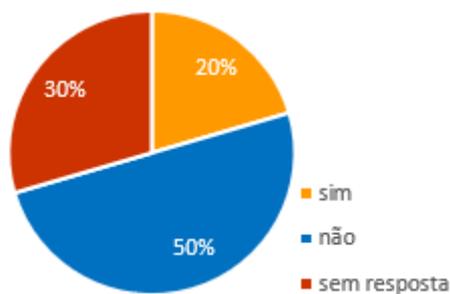
boca, esses profissionais devem conhecer amplamente a doença e as recomendações de enfrentamento (BRASIL, 2018d).

Ribeiro et al. (2014) encontraram achados semelhantes em seu estudo, de fato esses profissionais afirmam conhecer sobre o câncer de cavidade bucal, entretanto apresentam lacunas a serem preenchidas mediante abordagem educativas e formação profissional, que devem ser enfrentados pelo desenvolvimento de estratégias de educação continuada.

Na pesquisa de Souza e Carvalho (2017) evidenciou-se algumas deficiências de saber/prática, afirmando a necessidade do investimento e capacitação dessa categoria profissional em relação a doença, visto o papel do cirurgião-dentista como fundamental na prevenção e diagnóstico do câncer de boca.

Na atuação profissional referente ao acolhimento/atenção ao usuário com câncer de boca, dentre os participantes do estudo, demonstrou que: não responderam a essa questão (n=13; 30,0%); nunca precisaram acolher e nem atendeu nenhum usuário com demandas relacionadas ao câncer de boca (n=22; 50,0%); e já atenderam ou acolheram pessoas com câncer bucal (n=9; 20,0%) (Figura 8).

Figura 8 - Experiência no acolhimento/atenção ao usuário do SUS com câncer de boca nas UBSF- Setor Rural, 2021



Fonte: dados da pesquisa, elaborado por Naessa Santos Borges Zure (2022).

Estes últimos trabalhadores da saúde citados, isto é, 20% que atenderam/ acolheram pessoas com câncer bucal foram convidados a relatarem essa experiência: somente (n=6; 67,0%) compartilharam suas vivências.

Assim, dos participantes que compartilharam o relato de acolhimento ou atendimento as demandas relacionadas ao Câncer Bucal (n=4; 67,0%), associaram suas experiências a três aspectos: (1) manifestações clínicas principais da doença, caracterizada pela presença de feridas não cicatrizantes, sendo que, dentre essas respostas, (n=3; 50,0%) citaram ulceração ('ferida'; 'úlcera'; e 'trauma'); (2) e (n=1; 17,0%) descreveu a suspeita diagnóstica do

paciente (doença sexualmente transmissível), podendo inferir, provavelmente, processo de adoecimento instalado; e (3) (n=1; 17,0%) se ateve a apresentar a classificação diagnóstica de episódio vivenciado ('carcinoma espinocelular'), sem descrever o processo do atendimento.

Observou-se que os relatos revelam o CD como referência para atendimento, avaliação e orientações sobre a doença que possui manifestação bucal seguido dos médicos, por reconhecimento da equipe multiprofissional. (N=2; 33,0%) participantes do estudo mencionam o encaminhamento para avaliação odontológica como a ação eleita para essa problemática.

O quadro 2, sistematiza as respostas dos participantes do estudo, segundo três grandes temas, sendo eles: (1) principal sinal clínico de câncer bucal (presença de ferida não cicatrizante); (2) descrição do diagnóstico final, após atendimento do caso; e (3) reconhecimento do CD como profissional referência, na temática câncer de boca.

Quadro 2 - Relato da experiência na atenção/acolhimento ao usuário com câncer de boca, segundo três grandes temas, mediante respostas dos trabalhadores-profissionais de saúde da ESF rural

Temática central dos relatos	Relato da Experiência (Atenção/acolhimento dos trabalhadores da ESF rural ao usuário com câncer de boca)
(1) Principal sinal clínico de câncer bucal (presença de ferida não cicatrizante)	E1 Atendi paciente com queixa de ferida na cavidade bucal há mais de 10 dias. CD3 Trauma causado pela prótese e tabagismo. CD4 Paciente acreditava estar com uma doença sexualmente transmissível. M2 Paciente acima de 70 anos, etilista crônico, tabagista pesado, com uso de prótese dentária há alguns anos, aposentado, com quadro de úlcera em região de palato, com demora em investigação, procurou o ambulatório de Cabeça e pescoço do Hospital para seguimento ambulatorial. O preceptor realizou as devidas condutas de agendamento de biópsia e orientações sobre o fluxo do atendimento mediante posterior avaliação de anatomopatológico.
(2) Descrição do Diagnóstico final (após atendimento)	CD2 Carcinoma espinocelular.
(3) Reconhecimento do CD como profissional de referência na temática câncer de boca	E1 Encaminhei para o dentista da unidade avaliar além do médico clínico. M3 Pedi ajuda para colega cirurgião dentista que trabalha na equipe.

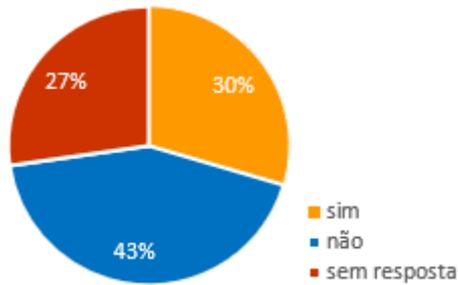
Fonte: dados da pesquisa, elaborado por Naessa Santos Borges Zure (2022).

Percepção do trabalhador da ESF rural sobre sua contribuição na vigilância ao câncer de boca.

Foi identificada a baixa integração do trabalhador da ESF rural em ações educativas/capacitação sobre o tema câncer de boca. Verificou-se que, dentre os participantes: nunca

participaram de ações educativas e capacitação (n=19; 43,0%); participaram de alguma ação (n=13; 30,0%); e não respondeu (n=12; 27,0%) (Figura 9).

Figura 9 - Experiência de ação educativa ou de capacitação sobre o tema câncer de boca nas UBSF- Setor Rural, 2021



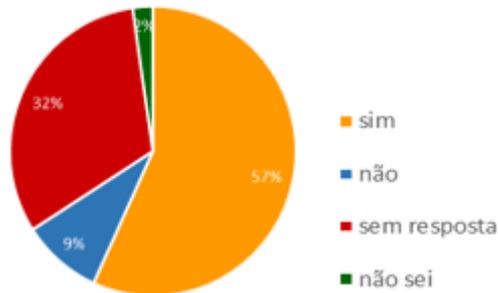
Fonte: dados da pesquisa, elaborado por Naessa Santos Borges Zure (2022).

A somatória de (n=32; 70%) aparecem no resultado, sem confirmação da participação em ações educativas sobre a temática, esse dado demonstra insuficiência em relação ao trabalho de vigilância da doença para a especificidade do trabalho da Estratégia saúde da Família, pois, de acordo com as Diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica, são atribuições comuns a todos os profissionais da equipe a realização de ações de educação em saúde à população adstrita (BRASIL, 2012b).

(N=8; 62,0%) trabalhadores descreveram e 5 (n=5; 38,0%) não descreveram a ação realizada. Dentre os profissionais que descreveram a ação de câncer bucal realizada (n=8; 100%) mencionaram os principais pontos da ação relacionadas ao tema câncer de boca. A maioria dos participantes informou ter experimentado ações educativas (n=6; 75%) em atividades coletivas que objetivam informar e orientar o público-alvo; (n=2; 25%) participaram de atividades assistenciais, nas quais ocorreu atendimento individual do público envolvido, objetivando diagnóstico precoce da doença; e (n=2;25%) descreveram apenas o local onde a atividade que participaram foi realizada.

Os participantes percebem a contribuição ou não com a vigilância do câncer de boca, nas seguintes proporções: pode colaborar na vigilância ao câncer de boca (n=25; 57,0%); não pode colaborar (n=4; 9,0%); não sabe (n=1; 2,0%); e não respondeu (n=14; 32,0%). (N=21; 84%) citaram as referidas ações frente a vigilância do câncer de boca (Figura 10).

Figura 10 - Percepção do trabalhador da ESF rural sobre sua contribuição na vigilância ao câncer de boca - Setor Rural, 2021



Fonte: dados da pesquisa, elaborado por Naessa Santos Borges Zure (2022).

Dentre os respondentes versando sobre os tipos de ações que poderiam ser realizadas, mediante ação profissional, verificou-se: a maioria se dispõe a colaborar na vigilância ao câncer de boca por meio de ações de caráter educativo (n=15; 71%); seguido por ações no âmbito assistencial (n=6; 29,0%); e (n=2; 10,6%) afirmam que poderiam colaborar mediante o trabalho em equipe, multiprofissionalmente. (Quadro 3).

Quadro 3 - Percepção do Trabalhador da ESF rural, conforme possibilidades de contribuição na vigilância ao câncer de boca, segundo três temas, 2021

Temática central dos relatos	Percepção do Trabalhador da Saúde da ESF rural (Possibilidades de contribuição na vigilância do câncer de boca)
(1) Ações educativas (de caráter orientador/informativo)	<p>AC S1 Orientação e a prevenção.</p> <p>AC S3 Orientando.</p> <p>AC S9 Orientações a evitar o uso de álcool e fumo, evitar a infecção pelo HPV, limitar a exposição a luz ultravioleta.</p> <p>AD M2 Na distribuição de banners educativos ou até mesmo salas de esperas.</p> <p>AD M3 Distribuição de banners, salas de esperas.</p> <p>AD M4 Dando mais explicações sobre o caso.</p> <p>CD 2 Capacitação sobre o tema.</p> <p>CD 3 Continuidade com as ações educativas.</p> <p>E1 Sala de esperas, ensinar e replicar a auto avaliação.</p> <p>E2 Orientações, grupos.</p> <p>E3 Mais informações sobre o assunto pouco divulgado nas mídias, palestras educativas em escolas e faculdades, mídias explorativas em formas de cartazes e outdoor.</p> <p>E4 Conscientizar a população sobre os sinais e sintomas de câncer de boca.</p> <p>E5 Palestras.</p> <p>M1 Oficinas e palestras sobre o tema.</p> <p>TS B1 Fazer as orientações e pedir q procure o profissional certo.</p> <p>TS B3 Orientações simples como orientar a pacientes que usam próteses a retirar na hora do repouso, quando estiver com a gengiva ferida suspender o uso da prótese até recuperar, e sempre que algum incômodo ou duvidas procurar o dentista.</p> <p>TE C.E2 Abordar os pacientes com palestras, atividades voltadas a esse assunto!!!</p> <p>TE C.E7 Cartazes em murais educativos, criar grupos idosos e orientá-los.</p>
(2) Ações assistenciais	<p>CD 3 Visitas domiciliares em pacientes idosos tabagistas e aqueles suspeitos de câncer de boca.</p> <p>CD 4 Com avaliação odontológica e busca ativa de grupo de risco.</p>

	CD5 Encaminhar. E3 Avaliação da cavidade bucal principalmente em gestantes, crianças e idosos. E4 Avaliação dos pacientes pela odontologia. M3 Perguntar sobre alterações na boca, exame local e encaminhamento para o cirurgião dentista.
(3) Ações em equipe	M1 Discussões de caso clínico. M2 Mediante auxílio multiprofissional de equipe de odontologia. Em nossa unidade, tentamos trabalhar ao máximo em regime multiprofissional. Acredito que sozinho, como médico de USF, me limito a aventar uma hipótese diagnóstica, a ser elucidada no encaminhamento aos especialistas. Percebo, inclusive, que hoje me faltariam recursos cognitivos para abordagem diagnóstica, terapêutica e prognóstica envolvidas em cada um dos tipos de CA boca.

Fonte: dados da pesquisa, elaborado por Naessa Santos Borges Zure (2022).

Em síntese, os resultados demonstraram sobre o conhecimento e interação sobre o câncer de boca dos trabalhadores da ESBF rural, prevaleceu os seguintes aspectos: percebem-se (56,8%) com *conhecimento basico* sobre o câncer bucal, seguido por *compreensão intermediária* (38,6%), sendo inexpressivo (4,5%) o conhecimento avançado sobre o tema. Foi comum a percepção de *conhecimento básico*, também, *entre* trabalhadores que compõem a *equipe auxiliar odontológica* (100%), em contraponto, na esfera dos profissionais de nível de escolaridade superior, observou-se: os *cirurgiões-dentistas* (40%) *tem autopercepção de conhecimento avançado* sobre o tema; os *médicos* (100%) consideraram seu *conhecimento intermediário* e (60%) *enfermeiros* manifestam *conhecimento básico*.

Uma parcela importante (30,0%) dos trabalhadores da ESF rural dispõe de informações insuficientes a respeito do câncer bucal. Verificou-se, frente a *experiência no acolhimento/atenção ao usuário do SUS* com câncer de boca, *abordagem infrequente* sobre a temática (20,0%), ocorrendo associação do acolhimento à reconhecimento da manifestação clínica principal da doença, descrevendo o surgimento de lesão bucal. Os *CD* são reconhecidos como *referência nessa temática* no contexto da ESF, o que de fato está vinculado as suas atribuições descritas na Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), destacando-se estes profissionais como responsáveis pela coordenação e participação de ações coletivas promocionais em saúde e preventivas das doenças bucais. Prevaleceram os profissionais que *nunca participaram de ações educativas e capacitação* (43,0%); contra 30%; da equipe participante de alguma ação sobre a temática. A maioria da equipe (57,0%) acredita *poder contribuir na vigilância ao câncer de boca*. Na percepção de 71% desses trabalhadores as *ações de caráter educativo* representam a principal forma de promover e ampliar a vigilância ao câncer de boca, seguido por *ações no âmbito assistencial* (29,0%) e o *trabalho em equipe multiprofissional* (10,6%).

4.5 Percepção dos trabalhadores da ESBF e da comunidade rural frente ao uso das Metodologias Ativas de Ensino-Aprendizagem (MAEA), na vigilância do câncer de boca

Consolidou-se, nos próximos itens, a percepção dos trabalhadores da ESBF e de pessoas da comunidade rural, frente ao uso das MAEAs na vigilância do câncer de boca, durante a capacitação profissional e educação em saúde, respectivamente. Relacionou-se, assim, as narrativas desses participantes em pontos de interface com alguns elementos fundantes das MAEA, dentre eles: (4.5.1) *comunidades de aprendizagem e interação*; (4.5.2) *reflexão crítica*; (4.5.3) *respeito ao contexto/diversidade e ao conhecimento prévio*; (4.5.4) *protagonismo e autonomia do educando*; e (4.5.5) *aprendizagem significativa*.

4.5.1 Comunidades de aprendizagem e interação

A capacitação profissional e a educação em saúde foram conduzidas na perspectiva da formação das ‘*comunidades de aprendizagem*’, seja no coletivo (todos seus participantes) ou em momentos de reunião entre duas pequenas comunidades (grupos A e B), corroborando com os estudos de Wenger (1998), quando o autor afirma que essa comunidade se torna um contexto vivo que pode dar aos seus componentes o acesso à uma experiência pessoal de engajamento mútuo, que resulta na incorporação de competência, numa identidade de participação, sendo um contexto ideal para a aprendizagem, que pleiteia um forte vínculo e respeito a particularidade de experiência para a criação do conhecimento.

Nesse sentido, quando da capacitação houve a adoção nas referidas comunidades, por depoimento dos participantes, o desenvolvimento da colaboração reflexiva descrita por Souza-Silva e Davel (2007), demonstrando que no grupo de trabalhadores ocorreu a compreensão do saber construído, evidenciada no relato:

Bom, vamos lá! Nosso grupo pensou a respeito das principais características do câncer de boca, a gente colocou que são lesões que não cicatrizem por mais de 14 dias. Grupo A

Essa interação, troca de conhecimentos e percepções intergrupais, seguidas de exposição no coletivo, propiciou que todos os participantes das atividades (pesquisadores/mediadores e participantes) construíssem o conhecimento pelo diálogo, verificou-se, no

decorrer da capacitação ideias e argumentos sendo refutados/aceitos, esclarecidos, ampliados e complementados por ideias coletivas na promoção de acordos.

Fortaleceu ainda o que Souza-Silva e Davel (2007) denominaram aprendizagem contextualizada, que por ser fluida e informal, permitiu o relacionamento das experiências individuais adquiridas e das competências socioprofissionais dos participantes, como visto nos exemplos:

Eu tive um caso com uma paciente lá, assim, ela estava com uma lesão na língua, na borda lateral, um ferimento, tem muito tempo, muitos anos, que não sara, deu infecção, agora está sendo encaminhado biopsia da língua lá. P2

O depoimento P2 trouxe para o debate um caso clínico, atendido em sua unidade de trabalho, referindo-se a suspeita de câncer bucal, alertando aos seus pares, possível ocorrência similar em suas práticas. Reforçou, então, a primeira manifestação da doença, possibilitou discussões sobre diagnóstico tardio da doença, justificando consequente prognóstico desfavorável. O relato despertou no coletivo, o desdobramento de adoção de boas condutas em evitar reincidência de práticas inadequadas, atuando como aprendizagem entre pares, característico do elemento fundante das MAEA - *comunidade de aprendizagem*.

Ainda P2 considerou como um dos desafios profissionais à ser suplantado, na vigilância do câncer bucal:

Acontece muito lá comigo também, às vezes está com problema na boca vai no médico ao invés de passar pelo dentista né?! É um preconceito que acontece muito isso lá. P2

Após a concordância de grande parte do grupo, sinalizando com a cabeça que esse entrave também acontece em sua esfera profissional P7 também relata já ter vivenciado essa situação, entretanto compartilha como conseguiu converter essa problemática:

Eu vejo da forma de quando eu entrei e hoje a diferença. Então antes, como se diz, assim, tinha uma dificuldade às vezes de entender a importância do nosso papel de CD para ajudar a equipe, tem que funcionar todos juntos né? Hoje eu vejo que é diferente, eles já têm esse respeito, já troca as informações, eles já encaminham e consideram a importância para o paciente. P7

Por meio dessa oportunidade de trocas na comunidade de ensino-aprendizagem, foi possível reavaliar a situação relatada em outra perspectiva, isto é, da conquista de espaço gradual do cirurgião-dentista no cenário da ESF, sugerindo outros caminhos a percorrer no sentido de boas práticas, quiçá uma alternativa para qualificar a prática coletiva do cuidado.

Por sua vez, na ótica da *interação*, segundo Moore (1989) trata de um potente aspecto da aquisição de conhecimento e para seu desenvolvimento é indispensável que sejam aproveitadas as expertises de educadores, especialistas e os temas no desenvolvimento das ações pedagógicas/andragógicas.

Há intenção em toda prática educacional (andragógica) da ocorrência de três níveis principais de interação, denominados: (1) interação aluno-conteúdo; (2) interação aluno-professor; e (3) interação aluno-aluno (MOORE; KEARSLEY, 2008). Identificou-se nessa capacitação, forte interação entre o aprendiz e o conteúdo contextualizado, como o meio pelo qual o contato entre o intelecto e o saber científico se processam, permitindo a compreensão transformadora na perspectiva de mundo e nas estruturas cognitivas, descrito por Moore e Kearsley (2008), que nessa ação específica, foram correlacionadas a temática *vigilância do câncer de boca*.

A expressão dos participantes se deu, principalmente, no cumprimento da atividade proposta, mediante consigna orientadora, onde o grupo demonstrou capacidade de elencar, discutir, sintetizar e apresentar as principais informações e recomendações necessárias ao enfrentamento da doença, como identificadas no compilado das produções, das duas comunidades de aprendizagem, frente as questões sobre a vigilância do câncer de boca, sendo elas: (1) *O que é câncer de boca? Quais são os principais fatores de risco?* (2) *Na dinâmica da assistência em saúde nas áreas rurais, você considera o câncer bucal uma doença comum ou eventual? Qual abordagem profissional é realizada para contribuir no enfrentamento específico dessa enfermidade?* (3) *Quais as práticas educativas você considera efetiva na vigilância do câncer bucal, no seu contexto de trabalho? Descreva 3 ações possíveis.* (Apêndice H).

Por meio desse consolidado (Apêndice H), identificou-se satisfatório aprendizado conceitual dos participantes a respeito da doença, descrevem-na de forma detalhada, listando os principais fatores de risco, relacionados as suas causas e determinantes e identificando condutas protetivas, para alcance das estratégias de vigilância.

Objetivando intensificar práticas efetivas na vigilância do câncer bucal, junto as comunidades rurais, relataram como ações, habituais e regulares, a realização isolada do exame clínico de pacientes queixosos. Todavia, reconhecem a insuficiência dessa ação, no favorecimento do diagnóstico precoce e na prevenção do câncer de boca. Em adição, alguns participantes relataram prevalecer orientações prescritivas pontuais, mas coexiste a crítica consciente frente a ineficácia da ação e a necessidade de mudanças.

Contatou-se, em decorrência da escolha metodológica desse estudo, que a função do “professor/palestrante” nessa ação foi substituída por “mediadores-facilitadores”, a quem coube o planejamento, objetivos e estratégias andragógicas propostas, demonstrando: preservar a motivação dos participantes; colaborar junto aos educandos na aplicação prática; na identificação de aptidões; e na proposição de métodos avaliativos ainda que informais, intentando assegurar a aprendizagem dos estudantes/aprendizes (OLIVEIRA et al., 2019).

Para Moore e Kearsley (2008) a tarefa proposta no plano educacional é a responsável pela união interativa do facilitador/mediador com o aprendiz na abordagem ativa, demandando cuidadoso planejamento. Nesse sentido, programou-se a participação de uma profissional, com expertise no tema câncer bucal, enriquecendo a orientação específica com base nos aportes conceitual e prático da promoção, prevenção e recuperação (assistência), no decorrer de toda a ação educacional.

Dando continuidade na relevância dos elementos da *interação* no processo educativo, nos depoimentos, a seguir, foi demonstrada a interação educador/educando, segundo Moore e Kearsley (2008) essa mediação do aprendizado permitiu a manipulação das informações e das ideias que foram apresentadas, baseando em evidências para evitar “achismos” nos processos de aprendizagem.

E aí eu vou pedir para (Especialista) contar um pouco para gente se continuam esses sinais e esses sintomas, se são esses mesmos ou se tem coisas novas sendo discutidas. M1

A relevância dessa interação reverberou ainda na possibilidade de valorizar as indagações dos grupos, permitindo que pelos questionamentos fossem complementados conteúdos negligenciados durante a síntese das ideias, trazendo elementos importantes sobre a temática que se traduziu em novos conhecimentos, como representados no diálogo subsequente, sobre o perfil da população mais acometida pelo câncer bucal:

Os trabalhadores que ficam no campo que não tem meio de proteção, que pega o sol diretamente nos lábios ne, não utilizam boné e chapéu, sexo masculino e homens acima de 40 anos. P8

Nesse momento, o mediador identificou a incompletude das informações e devolveu as perguntas objetivando estimular o grupo a pensar sobre, exercitando o poder de análise crítico-reflexiva, como observado na fala de M1. As comunidades, então, tiveram condição de avaliar a situação de imprevisto, questionar os conhecimentos a respeito do assunto e

responder à questão, demonstrando a aquisição de novos aprendizados sobre o tema e também a capacidade de avaliação e resposta à questionamentos novos, conforme P8. Em seguida, os participantes tiveram um momento de reflexão sobre a pergunta e analisaram a proposição com base em seus conhecimentos prévios e conseguiram responder, conforme diálogos travados entre M1, P8 e P6:

Maior ocorrência da doença em pessoas de cor preta ou cor branca? M1

A gente não pensou sobre isso, mas acho que são brancos né [...] P8

Eu acho que é branca, por questão da melanina. P6

A pesquisadora reforçou o teor científico do pensamento da equipe e expôs sobre o conteúdo disponível, sintetizando e reforçando o raciocínio do grupo, explorando ao máximo as informações e as contribuições dos pares.

É parte da função do mediador propiciar momentos de diálogos e recursos científicos para sanar dúvidas específicas no decorrer da atividade, procurando manter o interesse do aprendiz no conteúdo que será discutido, com intensão de motivá-lo a aprender de forma autogerida e autogerada (protagonismo e autonomia), promovendo decorrente aumento do interesse na temática, como demonstrado por P2 e a resposta da profissional especialista em oncologia:

Nesse caso, só para eu perguntar uma dúvida que eu fiquei na resposta que está no trabalho dos meninos. Nesse caso, independe do sexo oral ou o sexo inseguro? P2

Sim independe. Agora, um detalhe, o sexo oral favorece mais o aparecimento. Então, geralmente, é o que está relacionado com o câncer específico, o câncer bucal, são esses os principais fatores. E1

Contudo, respeitou-se o conhecimento de todos, não abordou o saber em níveis hierárquicos, evitando supor que o educando sabe menos ou pior, ou que o especialista tem a resposta certa para trazer, porém, valorizando a experiência dos participantes, os aspectos principais de cada contribuição, para enriquecer a troca mútua de conteúdos e experiências nessa interação proponente /aluno /especialista, da qual chamamos ensino-aprendizado, pela consciência que todos os envolvidos se equilibram nos papéis de ensinar e aprender durante a imersão.

Destaca-se também a interação *entre aprendizes*, considerada, majoritariamente, explorada devido a sua potência estratégica ao aprendizado. O grupo mostrou proveitosa interação entre os pares, propiciando a negociação de significados, o compartilhamento de

vivências e a narração de experiências práticas, como sintetizados no conteúdo coletivo expresso nas falas:

Bom, nós colamos eventual porque na nossa concepção de ideais [...] P8
A gente colocou quatro (práticas educativas) porque foi lembrado de uma que a gente achou interessante colocar [...] P7

A formação das comunidades de aprendizagem favoreceu o entrosamento e trouxe a qualidade dessa interação, considerando o aumento da participação de cada integrante, em contextos fecundos, para a geração de conhecimentos inovadores sobre a prática da vigilância ao câncer e foi avaliada de forma assertiva pelo grupo pesquisado.

[...] é sempre bom a gente está tocando essas informações, a gente sempre cresce com isso, com todas essas discussões, eu acho que foi bastante produtivo. P9
[...] é muito bom a gente estar com os colegas trocando informações [...] P3
[...] faço minhas as palavras dele porque é bem isso assim. P6

Em síntese, os trabalhadores da ESBF alegaram entre os aspectos fortes de aprendizado da capacitação: a força da participação conjunta de profissionais da mesma equipe rural; destaque para o compartilhamento de características e processos semelhantes vivenciados no cotidiano laboral; reconhecimento na identificação das questões comuns levantadas; e satisfação em aprender com os parceiros, sentindo-se confortáveis, para desenvolver os conteúdos, as trocas de experiências, promovendo interação entre aprendizes, com a mediação do especialista e dos mediadores-pesquisadores.

Por sua vez, durante a educação em saúde junto à comunidade rural, as reflexões, os diálogos e os processos de aprendizagem compartilhados propiciaram troca de experiências entre as variadas áreas do conhecimento e evidenciaram a interação dos pesquisadores/profissionais/organizadores que desempenhavam a função de mediadores-facilitadores e essa comunidade.

No início da educação em saúde, na dinâmica de apresentação dos profissionais, os mesmos se dispuseram a proporcionar contribuições ao saber, com disposição para o ensino-aprendizagem junto à comunidade, como demonstrou a fala de E9.

Eu sou E9, vocês não me conhecem ainda porque tem poucos dias que eu cheguei nessa Unidade. Estou muito feliz em participar aqui porque alguns de vocês já vão falando comigo aqui no grupo, eu estou à disposição para contribuir no que precisar.
E9

Como evidencia dessas interações, foram surgindo identificações sem constrangimentos entre o grupo, com vivências, condições odontológicas pessoais e realidades partilhadas, declaradas nessa fala do participante da comunidade H7:

Eu sou H7, mais conhecido como Camarão, eu tenho uma história quase igual do H10 e quase igual do H3. Eu fui criado na roça e quando tinha um problema de dente ia quebrando e rancava. E não colocava outro no lugar, aí vim para cá, aí chegou aqui a dentista olhou, tinha outros que não tava bom e teve que arrancar, ela arrancou, e agora tem que pensar em colocar uma prótese, um implante, sei lá. H7

Consideraram que este diálogo, realizado em espaço físico fora da Unidade de Saúde, contribuiu para maior interação e aproximação deste grupo e, do mesmo modo, da população para com os serviços de saúde. Na fala de um dos participantes, ficou claro o reconhecimento do momento educacional como propício para realização de reflexões voltadas à educação e promoção da saúde do homem.

O trabalho educacional realizado em comunidade de aprendizado, trouxe um ambiente de segurança e confiabilidade, percebido pelo participante H9, que se sentiu à vontade para compartilhar problemas traumáticos vivenciados a partir de um episódio de iatrogenia, revelado no depoimento abaixo:

Ah não, eu fui ter dor de dentes quando furou um dente, eu tinha 22 anos. Foi a primeira vez que fui no dentista, aí eu cheguei lá, não deu muito certo, sabe?! Cheguei lá, a dentista foi arrancar o dente e quebrou o outro de “parelha”. Aí aconteceu uma confusão, isso foi há uns 40 e tanto anos atrás, deve ter uns 45/50 anos, aí eu arrumei uma confusão danada, aí tive que ir para outra pessoa que tirou o certo sem problema. H9

Houve interação entre pares, a exemplo do subsequente diálogo, ocorrido de maneira espontâneo, quando H2 conta sua experiência de desconforto na articulação temporomandibular que é disparado pelo uso da prótese, causando dor de ouvido e o participante H5 deseja aprender sobre, na intenção de ser um multiplicador do conhecimento, como descrito no diálogo, sendo que o declarante responde, apontando a região da articulação temporomandibular, próxima aos ouvidos:

Vou te fazer uma pergunta, quando dói pra mastigar, é do lado direito que te incomoda? Dói o ouvido? H2

É dos dois lados, é dos dois lados! Dói tudo aqui. H5

Ainda H2 explicita o motivo da dúvida, fato que proporcionou o debate coletivo das possíveis causas e soluções para o problema, ampliando a possibilidade de resolução:

A minha esposa está com esse mesmo problema na prótese dela, mas o dela dói só de um lado, por isso queria te fiz essa pergunta, porque com a prótese, ela tem dor de ouvido e de cabeça, não aguenta, como que faz com isso né? H2

Nessa perspectiva, a interação presente na comunidade de aprendizado permitiu a “ampliação” do conhecimento daqueles que vivenciam o problema descrito, dos profissionais que trabalham com a temática e possibilitou trocas entre pessoas que enfrentam situações semelhantes. Houve, portanto, uma estrutura social descrita por Wenger (1998) como um dos componentes que favorecem o engajamento voluntário, o compromisso mútuo e a prática conjunta em relação ao interesse comum entre os membros participantes, ora percebidas nas narrativas compartilhadas na comunidade rural, ora dos trabalhadores da ESBF.

4.5.2 Reflexão crítica

Reynolds (1998) considera que a aprendizagem na educação precisa ter utilidade e deve ocorrer de forma permanente, isto é, os indivíduos precisam se desenvolver cogitando a rápida adaptabilidade às aceleradas mudanças sofridas na sociedade atual. De forma que cada pessoa seja o principal responsável por identificar e atender seus próprios interesses e possa contribuir com suas próprias ideias, habilidades e experiências para com a vida em comunidade, tornando-se preparados para ajudar os pares a identificar suas necessidades educacionais.

Nessa perspectiva, a capacitação cumpriu essa função, de favorecimento da abordagem crítica do conteúdo temático abordado, permitindo aos participantes versarem suas vivências de forma contextualizada, como explicitado na fala P6 na ação educacional desencadeadora da problematização:

Outra questão lá do meu local lá, o pessoal tem uma questão de stress e da depressão, então tem muita gente, até eu estava conversando com uma paciente que fuma pra aliviar aí ela disse: "se eu parar de fumar eu vou ficar doida". É o que ajuda a retirar o estresse, associação do estresse, da depressão. Mas tem muita gente lá que já tentou suicídio, sabe? Então é uma forma de aliviar também. P6

Como resultado das reflexões críticas, a possibilidade de romper paradigmas anteriores, reflete no modo de pensar do aprendiz, isso desafiou a sua previa visão do mundo

(conhecimentos prévios); permitindo refletir sobre as crenças, seus pressupostos e valores, instigando-os a desenvolver uma nova perspectiva para lidar com as discrepâncias que aparecem entre teoria e prática (CLOSS; ANTONELLO, 2010).

Partindo dessas reflexões, conduziu-se ao questionamento de noções anteriores a respeito do contexto e sobre suas impressões pessoais, propiciando um ambiente potencial para a ocorrência da aprendizagem transformadora, na qual o aprendiz consegue integrar a nova perspectiva em sua vida e pensar soluções para os entraves. Nessa ótica reflexiva, o depoimento de P4 traz que:

Eu acho que um grande desafio que eu tenho, até comigo mesmo, igual a gente que é da saúde, que trabalha lá, eu até vi na palestra no grupo você pode olhar que 90% eram de mulheres, porque o principal grupo de risco geralmente é o homem. Eles estão no local de trabalho. P4

O participante reconhece falhas em dois aspectos: primeiro que promove ações educativas em saúde, no seu contexto laboral, sem a participação do público-alvo, isto é, *homens*; e percebe as desvantagens dessa ação para a efetividade das boas práticas de vigilância do câncer de boca. Problematizou-se, assim, a respeito da inadequação de estratégias de ensino-aprendizagem ao risco populacional, seja na abordagem, linguagem técnica e distante da compreensão popular, no público atingido ou até mesmo pelo recurso educacional utilizado.

Deste modo, a reflexão crítica permitiu concluir que o fazer educacional somente para o cumprimento de algumas funções laborais, de carga horaria ou cobranças institucionais, não tem validade no enfrentamento dos problemas de saúde, reportados nas falas de P9, P4 e P3:

Eu acho que tem que reconhecer uma coisa também que os profissionais, todos têm que cumprir meta. P9

É isso aí que eu estava comentando é a meta, porque essa questão de meta é matemática, o ser humano ele não é matemático, não é uma soma, é um ser individual, que a necessidade de cada um tem maior, tem menor, que impede porque tem que andar rápido ali. P4

É uma luta entre qualidade com quantidade. P3

Posto isso, os participantes elencaram a necessidade de integrar o número de procedimentos exigidos aos profissionais, conflito entre qualidade e efetividade esperadas nessas ações, trazendo a reflexão sobre a importância de que a gestão seja participativa, democrática e atuante na programação da agenda de trabalho e, sobretudo, compreender os

reflexos negativos dessa pressão por produtividade, em resultados de excelência. Este fato é ilustrado também pela exposição de P9:

Porque essas coisas desconsideram o trabalho mais específico que fazem com que a gente seja obrigada muitas vezes a fazer um trabalho que a gente não gosta, que é meia boca, porque você tem um tempo para fazer as coisas se você não fizer rápido, você não vai cumprir a meta e pá, pá, pá. Então isso tem que deixar claro porque os gestores têm que considerar isso. P9

O participante P2 conduziu a reflexão crítica a respeito da importância de valorizar a individualidade no trabalho em saúde, respeitando cada indivíduo em suas peculiaridades para alcançar a todos, visto que não é possível massificar resultados em contextos únicos, uma vez que cada pessoa representa um universo, conforme seu relato:

Uma vez porque, essa questão de meta é matemática, o ser humano ele não é matemático, não é uma soma, é um ser individual, que a necessidade de cada um tem maior, tem menor, que impede porque tem que andar rápido ali. P2

Corroborando com o pensamento de Freire (2014) que acredita ser o processo principal em atividades de formação permanente de profissionais, a reflexão a respeito da prática. Para ele é o pensamento crítico que permite que o discurso teórico se materialize, à medida que se funde com o fazer cotidiano e leva a refletir sobre as possíveis causas do insucesso de algumas práticas pedagógicas e torna a mudança uma possibilidade mais concreta. Como explicitado na fala de E1:

Eles falam mais sobre a ferida, não sei se porque eles não percebem essas alterações de cor, pode ser que eles não estão aptos para reconhecer (...) uma lesão neoplásica.
E1

Nesse contexto, E1 revela sua percepção referente a dificuldade que a população encontra em reconhecer alterações bucais importantes, que poderiam sinalizar a doença câncer de boca em estágio inicial. Além disso, reforçar-se-ia o autoconhecimento e a realização de autoexame bucal tentando reconhecer alterações suspeitas.

Considerando essa avaliação, a reflexão crítica implica em análise e avaliação do que está sendo refletido, favorecendo a tomada de consciência do processo que reverbera nas tomadas de decisão, são esses os domínios desenvolvidos pelo aprendiz que fortalecem o conhecimento, favorecendo a cognição e aprendizagem emancipatória, repercutindo nas transformações objetivadas à medida que produzem o autoquestionamento e o

questionamento do sistema social no qual estamos inseridos e impulsiona a transformação (CLOSS; ANTONELLO, 2010).

A exemplo disso, durante o estudo questionou-se, junto aos profissionais, se na dinâmica da assistência em saúde nas áreas rurais eles consideram o câncer bucal uma doença comum ou eventual. Verificou-se para as duas comunidades de aprendizagem selecionados, respostas diferentes, para dois grupos inseridos em contexto profissional semelhante, sugeriu opiniões aparentemente contraditórias, entretanto, tratava-se de perspectivas e referenciais diferentes e igualmente assertivas, como explicitado nos depoimentos:

A gente acredita que seja comum, porém subdiagnosticado. P3 (representando grupo A)

Bom, nós colamos eventual porque na nossa concepção de ideais, porque não se vê tanto como uma doença como cárie, periodontite, uma doença periodontal. P6 (representando grupo B)

Evidenciou-se que o contexto e o critério referencial tornaram-se duas respostas com possibilidades adequadas para as devidas abordagens, dando amplitude ao pensamento e a aplicação da informação coletada na dinâmica da vida, sendo o método defensor de várias possibilidades de respostas, diversas e de várias verdades não polarizadas, de modo que para cada contexto tem-se várias possibilidades de se refletir criticamente.

Por seu lado, no segmento da comunidade rural, quando da educação em saúde, observou-se que para além de priorizar as questões específicas da doença câncer de boca, foram surgindo temáticas transversais mediante o interesse, dúvidas e preocupação dos participantes. Estimulou-se a reflexão crítica do grupo, ampliando a compreensão dos determinantes e condicionantes de saúde em seu contexto, trocando saberes, para que o autocuidado não se limitasse a prescrições de condutas.

No depoimento abaixo, o participante H4 expressa umas das causas de diagnóstico tardio de lesões bucais, isto é, a falta de visitas regulares ao dentista justificada pela crença que a ausência dos dentes torna os cuidados bucais desnecessários:

Ultimamente eu não tenho procurado o dentista porque eu não tenho dentes, eu uso prótese. Meus dentes foi ficando ruim com o tempo, fui arrancando tudo e eu coloquei dentadura há 20 e poucos anos, coloquei embaixo e em cima e estou até hoje com dentadura em cima e embaixo, porque eu sofria muita dor de dente, aí coloquei dentadura e graças a Deus acabou a dor.H4

Uma vez identificado o comportamento desfavorável à saúde e à vigilância do câncer, foi problematizado pela mediadora uma nova representação daquele saber, descrita na fala:

E hoje, nós vamos conversar aqui, quem usa prótese, que a gente chama de dentadura, também precisa cuidar da boca, dos tecidos circundantes que podem desenvolver algumas doenças, como o câncer de boca, mesmo que os dentes não estejam mais presentes. Quem usa prótese, precisa cuidar também da prótese da melhor maneira possível. M1

Ao identificar a necessidade de melhoria do autocuidado apoiado pela equipe de saúde, novas abordagens foram se materializando, por meio da reflexão crítica e H4 expressa um novo significado para o aprendizado, que é compartilhado na fala:

È verdade, depois que acostuma com a dentadura a gente vai ficando lerdo e deixa de ir no dentista, mas ta errado isso. E como que faz pra cuidar da dentadura? Eu tiro as duas pra dormir coloco no copo com água e escovo ela fora da boca. H4

Demonstrou-se, nesse exemplo, a potência da prática educativa dialógica adotada, que segundo Freire (2007), é resultado da ação feita com o público alvo e não apenas para esse público em atitude de transferência de saber científico. Nesse sentido, os conteúdos dialogados vão sendo relacionados com os aspectos históricos, sociais e culturais que precisam ser transformados nesse contexto, o que permite aos educandos assumirem a posição de sujeitos transformadores, pela apropriação da significação dos conteúdos, apresentando uma postura crítica e ativa.

4.5.3 Respeito ao contexto, a diversidade e ao conhecimento prévio

No decurso da CP, as discussões permearam a importância de recusar a homogeneização nas práticas de ensino, como é proposto nos modelos educacionais tradicionais, cabe ao processo educativo valorizar e compreender as diferenças e como elas afetam as relações saúde/ambiente/individuo, sejam diferenças de cunho sexual, racial, étnico, estético, entre outras questões, sendo essa uma abordagem imprescindível para ações realizadas no contexto de pessoas ou coletivos sociais excluídos (CORREA; CAMPOS; ALMAGRO, 2018; PERRENOUD, 1976).

Para Perrenoud (1976) é fundamental ter flexibilidade para questionar as formas das organizações institucionais nas quais estamos inseridos, pensando sobre as soluções que temos dado a problemas e nos caminhos já percorridos. A priori, os profissionais demonstraram dúvidas e despreparo para comunicar-se na sociedade diversificada que vivenciam na esfera de trabalho, elementos evidentes nas falas de P5 e M2:

E cor também [...] qual é o termo que a gente usa correto? Afro-descendentes ou é negro? P5

[...] o termo técnico hoje que se aprende é porque como a palavra Negro está carregada de significado simbólico, a tendência terminológica é chamar pessoas pretas e não usar o termo negro por causa da representação simbólica disso porque negro é escravo e essas palavras todas que a gente tem que começar a se observar, eu toda hora faço isso. “cuidar” quando falar. M2

Foi possível afirmar que a CP representou uma chamada à importância de aspectos concernentes ao respeito e as diferenças vigentes nas relações de assistência à saúde, como parte do processo de cuidado, devendo o respeito a pluralidade cultural ser elemento essencial de toda instrução, concluindo que a efetiva vigilância à saúde deve considerar a universalidade, de maneira a contemplar o todo com respeito e atenção as suas representações simbólicas, como referido pelo representante supramencionado.

A noção da diversidade humana fez com que os participantes avaliassem os reflexos dessa verdade nas práticas laborais, percebendo seus efeitos nas atividades educativas:

Ninguém é igual né?! P6

[...] o ser humano ele não é matemático, não é uma soma, é um ser individual, que a necessidade de cada um tem maior, tem menor, que impede porque tem que andar rápido ali. P6

Fica evidente nessa pratica que em toda abordagem cabe observar com respeito a diversidade presente nas relações sociais e também nos contextos. P4

Reconhecer a diversidade mutável e presente em diferentes situações, refere-se a postura/atitude solidária respeitando o contexto e as diferenças, viabilizando novas propostas educacionais com características solidárias, adotando mecanismos de negociação com os educandos para ajuda-los a desaprender, desconstruir e ultrapassar as antigas praticas, pactuando novas posturas que permitam progredir mais (PERRENOUD, 1976).

Corroborando com o estudo de Abramowicz, Rodrigues e Cruz (2011), que esclarecem em sua pesquisa a importância da educação voltada para a incorporação da diversidade no cotidiano educacional, pois concluíram que as diferenças interpretadas como étnicas e culturais tem relação direta com desigualdades socioeconômicas. Por isso o ato educacional deve englobar a pluralidade para atuar no reconhecimento cultural e no combate à exclusão para fazer cumprir os fundamentos da democracia o princípio da igualdade.

Outro aspecto ressaltado na CP refere-se ao respeito ao contexto, ao abordar assuntos relacionados aos hábitos culturais e históricos da população residente em áreas rurais. Desse

modo, os participantes demonstraram compreensão das peculiaridades do modo de viver nesse contexto, presentes na fala P6:

Mas assim, se for uma questão de câncer de boca do etilismo uma particularidade que a gente percebe também é sobre o Cigarro de Palha... a gente percebe que eles têm o habito do cigarro de palha né, na zona rural. P 6

Apesar de identificar que essa é uma conduta deletéria ao enfrentamento do problema de saúde estudado, entende-se que o trabalho dos profissionais nesse aspecto consiste, conjuntamente com a população, em criar novos aprendizados, estimular novos hábitos, reconhecendo que os vínculos são culturais, como os descritos nessa fala:

E também eles falam que, às vezes já começou a fumar á muito tempo, com 8 a 10 anos, como assim? [...] Então era uma forma de socialização em família [...] P9

A presença do fazer/educar na cultura são formadores de hábitos mais fortes/apreendidos do que prescrição de condutas por profissionais de saúde, portanto precisam ser modificados pela pactuação de novas abordagens, nunca impositivas. Essa realidade também instigou a pensar e experimentar novas estratégias de educação para a saúde e ampliação de saberes, como descrito na fala:

[...] a gente sabe como é a vida aqui na zona rural, nem sempre esses pacientes chegam até nós, e as vezes essa informação através dos filhos ali pode chegar até eles e despertar como uma coisa que estava sendo desaperecebida. P7

Confirmando o pensamento de Perrenoud (1976) sobre ensinar valorizando as diferenças não significa a garantia de que todo aprendiz adquira algum tipo de cultura de base, com hábitos comuns a todos, ao invés disso, é preciso encontrar algumas situações de aprendizagens que sejam ideais ou próximas para cada pessoa, intentando o que chamou de educação sob medida para o aprendiz.

Outro fator importante de ensino-aprendizagem relaciona-se com o respeito ao conhecimento prévio do educando. Nessa ação, com intuito de capacitação profissional, almejamos o reconhecimento da não ignorância das pessoas pela valorização dos saberes já adquiridos tanto na experiência pessoal, profissional como na vivencia acadêmica e social dos participantes, como um ponto de partida para avançar no enfrentamento da doença, esse elemento demonstrou-se potente para permitir a expansão do conhecimento, no depoimento de P8:

[...] eu mesma me confesso informada e aprendi bastante aqui hoje. Assim, eu sei o básico do câncer, mas foi muito para mim. P8

Validando o pensamento de Freire (2014), no contexto da prática do ensino, que tem no respeito ao saber que o educando já possui a referência para o ensino, principalmente, na abordagem de percepções sociais das classes populares, construídas na vida comunitária. Ressaltamos a importância de aproveitar a experiência do aprendiz, funcionando como “ponte” de síntese do conteúdo, associado à realidade concreta. No depoimento de P7:

[...] porque eu falei no início também, por mais que a gente está ali, a gente tenha algum conhecimento prévio, sempre tem algo a acrescentar e, que as vezes a gente esquece ou algo novo que aprende, então, é nesse tipo de capacitação que recicla um pouquinho. P7

Verificou-se o reconhecimento da sapiência do participante, que foi o mecanismo para viabilizar o aprimoramento das informações anteriores, a partir do que o profissional já conhecia construiu-se pilares para avançar e aprofundar o aprendizado de forma estimulante. Ainda, na fala de P1:

Como diz a (P8), o mundo que a gente vive, já tem um tempinho de curso, de trabalhar mesmo e acaba que é muito aprendizado e porque tem uma quantidade indiscutível de aprendizado para todo mundo. P1

O participante demonstra consciência da necessidade de renovação, aquisição e ampliação das suas competências durante a jornada profissional, por meio da indispensável educação permanente e continuada. O método ativo recomenda essa postura respeitosa, dos educadores e educandos, pretendendo contínua aprendizagem.

No que concerne a perspectiva e relatos do segmento comunidade rural, revelou-se na educação em saúde algumas das vivências semelhantes em relação aos entraves na promoção a saúde e aos saberes adquiridos na experiência do grupo, com destaque a insuficiência de acesso a tratamentos odontológicos. Para Moreira (2021), trata-se de um ponto fundamental quando se propõe ações pedagógicas, a “provocação” nos participantes para externalizarem os conhecimentos que já adquiriram ao longo da vida, ainda que haja pressupostos que eles sejam considerados “incorretos”, “corretos” ou “inexistente”, pois são essas perspectivas que nortearão a aprendizagem pretendida.

No depoimento do participante H2 elucidou-se representações desse contexto:

Quando eu era bem criança eu perdi um dente e como assim, naquela época a “gente” que morava na roça, quando tinha um problema do dente, não arrumava, só arrancava, eu falava que ia no dentista, mas o rapaz não tinha curso de doutor não, falava que era dentista, mas era “prático” que fala, não tinha nem anestesia, engraçado que eu nunca tive medo. H2

Nesse sentido, respeitou-se as singularidades e o contexto dos participantes que historicamente, compõe um grupo social que lida com viés de exclusão política e socioeconômica, por ser rural. Assim, a ES deu visibilidade a esses conflitos que permeiam as dificuldades na vigilância no âmbito da saúde bucal. A dinâmica dessa abordagem educativa, para Botler e Ribeiro (2020) tornou explícito o efeito das tensões econômicas-sociais-políticas que impactam, sobremaneira, o acesso aos bens e serviços, denunciando os reflexos na promoção da saúde atual, retratada no diálogo:

Naquela época, nossos pais não cuidavam, não podia tratar os dentes da gente, a dificuldade financeira era muito grande, era tudo muito difícil, a dificuldade financeira era ruim demais. Agora hoje em dia melhorou, parcela o dentista, tem essas faculdades e os postinhos, “tá bom demais da conta! Naquela época não fazia implante, essas coisas, agora está tudo mais fácil.H7

É verdade, as vezes um pai tinha muitos filhos, não tinha nem escova de dente em casa, era tudo muito difícil na nossa época.H2

Pela premissa dessa bagagem de saber, prático ou acadêmico, que cada pessoa trouxe consigo (FREIRE, 2014), quando indagados sobre a temática câncer de boca, os participantes apresentaram atitude ativa, demonstrando interesse em realizar as atividades dinâmicas, evidenciando a capacidade de interação e entendimento baseado nas experiências e no aprendizado construído ao longo da vida, por meio do conhecimento prévio direcionou-se as novas descobertas sobre a doença e as informações que necessitou-se difundir para aplicar vigilância do câncer bucal.

O Quadro 4 apresenta as respostas dos moradores da comunidade rural, participantes da educação em saúde, quando perguntados sobre temas chaves, disparadoras de aprendizagem, apresentadas nos momentos de dinâmica dos balões:

Quadro 4 - Questões desenvolvidas na dinâmica dos balões, durante a educação em saúde de vigilância ao câncer bucal na comunidade rural, 2021.

Vigilância do Câncer de Boca	
Balão 1:	
Pergunta	Resposta
Você conhece alguém que teve câncer de boca? Em caso positivo, conte o que sabe?	Já ouvi falar que algumas pessoas já deram, mas não conheço nenhuma assim da minha família por exemplo, não.H6
Balão 2	
Pergunta	Resposta
Você já teve uma ferida na boca que permaneceu por mais de 14 dias?	Eu já tive várias feridinhas, aquela, como que fala, afta, mas sarou logo, não sei quanto tempo demorou, mas logo sarou.H2
Balão 3	
Pergunta	Resposta
Você sabe o que é câncer? E qual parte do corpo ele pode aparecer?	Câncer? pra mim é uma doença maligna que pode dar em vários lugares do corpo, por dentro e por fora do corpo da gente.H9
Balão 4	
Pergunta	Resposta
Você sabe o que pode causar a doença “câncer de boca”?	Ah, acho que é cigarro né, alimentação ruim, essas coisas né.H5
Balão 5:	
Pergunta	Resposta
Como devo fazer exame da minha boca pra saber se eu tenho ou não câncer?	Olhar sempre a boca, por dentro, se tem alguma coisa diferente na Boca, machucado e ir no dentista sempre.H1

Fonte: dados da pesquisa, elaborado por Naessa Santos Borges Zure (2022).

4.5.4 Protagonismo e autonomia do educando

O educando é quem deve determinar qual é a melhor maneira de usar os conteúdos e apropriar-se do saber científico, tendo protagonismo na ação por exercer o papel mais importante dentre os demais. Os proponentes da ação educativa não têm condições de conhecer, profundamente, toda a realidade na qual estão inseridos cada profissional participante e cada membro da população a ponto de dar as orientações precisas sobre as melhores condutas a serem adotadas (FREIRE, 2011).

O ponto alto da situação educacional é o conhecimento adquirido pelos participantes, Freire (2011) elucida que o saber é libertador ao passo que permite que as pessoas tenham autonomia para viver e fazer escolhas, se tornando protagonistas. O principal resultado não se trata da quantidade e qualidade do que foi transmitido de saber e sim da importância do que foi assimilado e pode ser reproduzido na sociedade.

O público alvo exerceu protagonismo na ação de CP e ES, de tal forma que sua prática educativa implicou na superação das barreiras contraditórias dos papéis esperados de

educadores e educandos, de tal forma que as funções se confundiram para que o binômio ensino-aprendizagem acontecesse de forma indissociável.

Para isso foi preciso um mergulho coletivo no conteúdo, apropriando-se das metodologias que valorizam o diálogo e a problematização, gerando aprendizado profundo a respeito do problema câncer bucal que é o tema gerador dessa ação, para que, tomando consciência crítica, provocássemos os participantes a assumir as decisões sobre seu próprio percurso de ensino-aprendizado.

Demonstrado no depoimento P4, quando da capacitação dos profissionais:

A gente precisava saber quais são os componentes do cigarro de palha que provavelmente só pelo fato de ter o calor já é uma coisa importante no aparecimento do Câncer, né, viabiliza o aparecimento. P4

O participante identifica questões pertinentes ao tema e sugere proposições novas de aprendizagem e descobertas relevantes. Essa prática ativa de educação é o contrário de fazer uma deposição mecânica de conteúdo, esperando que os indivíduos sejam “educados” a partir de transmissão de ideias, de forma que recebam e absorvam o conhecimento sem questionamentos, apenas memorizando o que foi repassado.

Nessa visão distorcida, sem criatividade, espera-se dos educandos que comecem a reproduzir comportamentos de maneira prescritiva, por isso defendemos que em atos informativos de relevância para a saúde, se a população alvo possui um comportamento passivo, não há educação para a autonomia e protagonismo, como declarado por este participante:

[...] eu penso que todas as questões relacionadas a saúde bucal são muito pouco divulgadas, chegam muito pouco na população. P2

Por essa razão, durante a capacitação defendeu-se que as pessoas desenvolvam empoderamento individual e social elevados, para que sejam capazes de cuidar de si mesmos, abandonando a atitude paternalista de tratar o paciente oferecendo um “cuidado pronto” com intensão de curar, ao invés de ter independência para manter-se saudável.

Reforça-se que o autocuidado é um presente que pudesse dar para quem se ama, pois possibilita ao indivíduo ser o ator principal para prover a si mesmo o que é necessário, com o suporte dos profissionais quando necessário. A equipe de saúde bucal reconheceu que a temática câncer de boca é negligenciada socialmente e que precisa ser discutida de forma mais ampla com a sociedade, usando diferente estratégias, para melhorar os resultados de

vigilância e para evitar novas mortes, assim como foi levantado durante esse depoimento P7 na capacitação:

Eu acho essa questão do autoexame deveria ser falado toda vez igual do câncer de mama pelo trabalho intenso até conquistar todo mundo, então aquela história de “água molhe em pedra dura...”, e informativos, cartazes, panfletos e até as vezes algo que choque para chamar a atenção, às vezes pode despertar alguma ali no paciente, buscar mais essa questão do autocuidado oral; orientações sobre o autoexame e a gente colocou ações nas escolas, porque as vezes, muitas das vezes, os pais dessas crianças não vão por questão de trabalho, a gente sabe como é a vida aqui na zona rural, nem sempre esses pacientes chegam até nós, e as vezes essa informação através dos filhos ali pode chegar até eles e despertar como uma coisa que estava sendo despercebida.” P7

Discutiu-se nessa ocasião que, apesar da ciência defender a possibilidade de prevenção de enfermidade complexas, as pessoas só conseguem evitar adoecimentos nas doenças como o câncer de boca quando compreendem os fatores desencadeadores e os cuidados necessários a manutenção da saúde.

É mediante a divulgação dessas evidências científicas que os indivíduos se tornam capazes de fazer boas escolhas, nisso consiste o protagonismo do educando, em decidir por meio do que compreende as ações benéficas, por isso a importância de que os profissionais estejam preparados para construir pontes educacionais que promovam a autoanálise e o autocuidado apoiado. Representados na fala de P8:

Bom, é orientações à população sobre estilo de vida (não fumar e enfim), sobre a prevenção e orientar o paciente a fazer o autoexame e fazer visitas regulares ao dentista e é isso, assim, igual o (P7) falou, faço minhas as palavras dele porque é bem isso assim. P8

Os participantes foram unânimes na defesa de ações de vigilância em saúde, tanto as assistências como nas práticas educacionais, fortalecendo o protagonismo/autonomia do educando.

Freire (2014) alerta sobre noção errônea dos profissionais que trabalham prática educacional a respeito da postura transmissiva de informações, para ele ensinar não é uma transferência de conhecimentos e sim criar possibilidades para construção ou para a própria produção do saber a ser aplicado e não apenas memorizado. Como problematizado na fala do participante P9:

Educação em saúde você mata um leão todo dia, se você acha que matou, depois você tem que amarrar, porque é todo dia, porque nós é que já sabemos, nós TSB e ASB, dentista, agora as pessoas, como a P6 disse, não estão sabendo sobre isso. P9

Os profissionais da saúde compreenderam no decorrer da proposta metodológica que devem exercer uma autoridade educativa que seja democrática, construindo outras possibilidades conjuntamente com os atores sociais, até que a autonomia se funda com a responsabilidade, preenchendo o espaço da dependência deletéria.

Consideramos que as pessoas estarão educacionalmente preparadas quando ficam aptas a resolver problemas, quebrar paradigmas, tomar decisões assertivas e decidir por si próprias as condutas adequadas a sua realidade, demonstrando autonomia. Nesse sentido, expõe-se o diálogo entre P4 e P1, durante a capacitação:

Outra coisa também é, essa que vi no grupo dos adolescentes que estavam fumando também ou exemplo do pai, que vê o pai fumando e quer seguir também, porque que ce fuma? É bem isso, a questão do exemplo do pai que fuma. P4

É a maioria dos pacientes quando você pergunta que fumam, eles também bebem, né. P1

É a associação, né. P4

Os profissionais relatam a dificuldade de agir no controle do principal fator de risco da doença, uma vez que os pacientes decidem manter o habito deletério. O método ativo influenciou no trabalho de respeito e ética com o educando. Como é descrito por Freire (2014), constitui-se em um exagero idealista acreditar que as pessoas abandonariam o habito de fumar, apenas por serem informados que há algo que ameaça a vida, sendo errônea a pratica educativa que não reconhece os porquês e vai dando significado a mudança do habito à medida que provoca ruptura, decisão e novos compromissos, engrenando possibilidades diferentes de conduta.

Na capacitação, reforçou-se a importância de munir as pessoas de estímulos e artifícios para permitir que consigam, de forma autônoma, realizar ações de cuidado em saúde. Nos depoimentos de P7 e P8:

[...] informativos, cartazes, panfletos e até as vezes algo que choque para chamar a atenção, às vezes pode despertar alguma ali no paciente, buscar mais essa questão do autocuidado oral. P7

A gente colocou a incentivar o paciente... P8

O aparecimento da palavra “incentivar” demonstrou o entendimento do método, no qual fica implícito ser inviável impor como as pessoas devem se comportar, que a educação para a saúde consiste em apoiar boas práticas e vigilância e conduzir a população a serem

protagonistas das próprias vidas, totalmente capazes de decidir e optar por condutas favoráveis a manutenção da saúde.

Em algumas recomendações preventivas de câncer bucal levantadas, como o exemplo de evitar exposição ao sol (fator de risco importante da doença), percebemos que a baixa adesão está relacionada ao modo como a vida no campo se organiza o que torna inviável a conduta protetiva desse fator de risco. Percebendo-se que a recomendação não é compatível com os modos de vida e trabalho da população do campo, reforçou-se a necessidade de adequação à realidade, em contrapartida, a prescrição de comportamento sem avaliação do contexto e da fonte de sobrevivência do público-alvo.

Nesse aspecto reforça-se que é preciso desvendar os riscos e também as possibilidades concretas de intervenção protetivas que sejam compatíveis com a sua rotina e não impactem como uma restrição do seu cotidiano de trabalho.

A exemplo prático disso, uma vez que a população precisa se expor grandes períodos diários de radiação solar pela sua atividade profissional, o que é prejudicial à saúde, o adequado estímulo de vigilância a saúde consiste em reduzir os danos e buscar alternativas protetivas eficientes, como discutidas nos depoimentos de P7 e P6:

Então, por isso que na zona rural, em pessoas mais claras, principalmente homens, porque as mulheres ainda usam batom com fator de proteção, tem hábitos mais de se proteger, agora os homens, as vezes não, a gente falar: “usa protetor labial, você tem que usar chapéu ou boné. P7

Os trabalhadores da zona rural usarem protetor labial, usar proteção como boné ou chapéu e as ações de ir em grupos para orientações [...]. P6

[...] não é o papel da equipe de saúde rural decidir a conduta que a população deve realizar para obter cuidado protetivo, mas cabe a ela, incentiva-los pelo conhecimento científico a realizar ações de promoção e prevenção da saúde, aplicados a sua realidade. P6

Por sua vez, na educação em saúde promovida junto à comunidade rural, tendo em vista a abordagem metodológica ativa, que prevê a esse momento educacional sem temática engessada, a contribuição para a promoção da saúde ficou clara e evidente na possibilidade da congruência de assuntos diversos na esfera da saúde bucal, que impactam diretamente na vigilância ao câncer de boca.

As temáticas foram introduzidas pelos próprios participantes, enquanto apresentavam suas vivências no proposto espaço informal e em linguagem acessível, demonstrando que a aprendizagem foi fruto do protagonismo dos participantes, partilhando suas vivências, contextualizadas nesse exemplo:

Ihh, minha história com dentista é que arranquei os dentes tudo muito cedo, com vinte e poucos anos, ééé, tem muitos anos que eu uso dentadura, tudo agente mastiga, é normal, como carne direitinho, eu como até churrasco, não tira pra nada, até pra dormir eu durmo com ela, tiro só pra escovar. H4

Os saberes compartilhados durante o encontro permitiram reconhecer alguns dos determinantes dos processos saúde-doença daquela comunidade e discutir caminhos autônomos para melhoria da saúde bucal. Dentre as temáticas trazidas pela população rural, nas falas que possibilitaram trocas de saberes e discussão entre os participantes, surgiram um leque de assuntos relacionados a vigilância e saúde bucal, dentre eles:

A experiência de complicações pós-cirúrgicas ao realizar a exodontia de terceiros molares, principalmente a parestesia, na fala de H5:

Eu tive 2 dentes sisos, arranquei eles têm uns 20 dias, mas até hoje eu sinto como se a boca estivesse dormente, parece que a anestesia não passou, fica um incômodo horrível, coisa mais estranha, eu ainda tenho outro siso pra tirar, mas fiquei meio “ressabiado” com essa dormência que estou na boca. H5

Evidenciando o histórico de falhas na promoção de saúde bucal da população rural e o contexto de perda dentária precoce, alguns participantes trouxeram em suas experiências pessoais a temática “próteses mal adaptadas, que é um dos importantes fatores de risco para o desenvolvimento de feridas na boca, um alerta importante para a vigilância do câncer bucal que foi trabalhado na ES, como expresso no depoimento H9 e H10:

Eu também perdi alguns dentes, 8 dentes. Aí, eu mandei fazer duas próteses, Mas não deu certo nenhuma até agora. Quando você come, não aguento ficar com ela na boca. Não dá certo. Aí, nem a de cima nem a de baixo ficou boa, mas aí eu não dei conta de usar não, começou a doer, aí eu tirei e guardei. Não aguento usar nenhuma delas, eu não dou conta, muito ruim, Machuca e dói demais. E eu sou assim, se tiver alguma coisa incomodando no meu dente, eu fico irritado e tiro logo. Aí vou mastigando assim, com os dentes que ainda tenho. H9

Eu não tenho mais nenhum dente e também não uso nada de prótese, última dentadura que eu fiz até ficou boa, ficou beleza na hora que o dentista colocou, ficou bem bonito, aí pegue, fui comer uma coisa mais dura e feriu a boca tudo, machucou e ficou doendo pra todo lado, então eu tirei, porque estava incomodando demais, a dentista falou pra eu acostumar, mas não dava. H10

Outro tema elencado foi o desgaste dentário, a dor muscular e disfunções na ATM, além da influência do stress no desencadear dessas manifestações clínicas causadora de bruxismo e apertamento dentário noturno também foram abordados, despertando a

curiosidade nos demais participantes, que puderam ser esclarecidos em decorrência da fala de H1:

Eu sempre fui tranquilo a respeito de ir no dentista, tenho restauração, tenho bastante, restaurações antigas já. Sempre faço avaliações, todo ano. Meu único problema é a placa, que eu tenho bruxismo. Eu tenho a mordida muito forte, muito forte mesmo, direto mordo os lábios também. Para dormir pressiona muito, fica rangendo os dentes. Então tem que usar essa placa. Tem época que preciso usar essa placa, pode-se dizer, direto, já nas férias eu não a uso, tem menos stress. H1

Ainda, em diálogos importantes, explanou-se a temática da influência de doenças sistêmicas nas manifestações bucais patológicas, como é o caso da relação entre diabetes e doença periodontal, destacada na fala de H7:

Meus dentes, toda vida, foram bons. Agora uns 10 anos pra cá eles foram ficando ruins, aí teve que arrancar alguns. Uma coisa mais estranha, eles foram ficando moles, na gengiva, mas não tava furado nem nada, mas não teve jeito de arrumar, aí teve que arrancar. H7

Quando indagado pela especialista se o participante possui a doença crônica diabetes, que é uma das facilitadoras da periodontite, responsável pela dentaria precoce, a resposta foi afirmativa. Permitindo assim a problematização de viés a respeito do cuidado em saúde a partir de tratamentos fragmentados, sem considerar o indivíduo como um todo, e a saúde bucal como parte integrante da condição sistêmica da vida. Como aconselha a especialista E1, usando a linguagem do próprio participante E1, para que a ciência fique compreensível no contexto vivenciado, descrito na fala:

Então, é muito importante que as pessoas que tem diabetes principalmente, redobrar esses cuidados na boca, porque eles têm mais propensão a ter uma inflamação na gengiva e começa a sangrar. Como o senhor falou, os dentes foram amolecendo até precisar tirar para controlar a dor e a infecção. Eles precisam fazer acompanhamento com dentistas mais frequentes, mudar os cuidados, limpar mais porque tem mais preposição para ter essas inflamações e aí começa a perder os dentes. E1

Essa ação também favoreceu o enfrentamento da resistência dos homens participantes com relação a percepção de saúde, sejam ações preventivas ou curativas, aproximando-os dos serviços e dos profissionais da unidade básica de saúde para buscar autonomia no cuidado, o que conduziu ao aparecimento de dúvidas, as quais foram acolhidas, as respostas foram construídas coletivamente e o conhecimento difundido, à medida que iam sendo externalizadas, exemplificadas nas falas:

Como é que tem que ver se não tem nenhuma lesão na minha boca? H3

Como é que faz o exame pra saber se está com câncer de boca? H5

Mas se a pessoa mudar, largar do cigarro, ficar mais saldável a alimentação, adianta pra não ter o câncer de boca? H9

Prezando a atitude autônoma na busca do autocuidado apoiado, com responsabilidade compartilhada entre profissionais e população, observou-se o terreno fértil para avançar na direção da abordagem focada nas doenças câncer bucal. Sua expressão máxima se deu na dinâmica de autoavaliação bucal, na qual os participantes experienciaram observar melhor a si mesmos e ao seu corpo, para decidirem por si mesmos os cuidados necessários e procurar o suporte da equipe de saúde no seu território caso identifiquem alterações:

Esse kit que você deu pode levar pra casa? Quero fazer esse “exame” lá, numa luz melhor. H10

Essa experiência também oportunizou o convite aos participantes da educação em saúde, constituir-se em um divulgador/ampliador da aprendizagem construída por esse coletivo, de forma que se reconheceram como potenciais multiplicadores de informações científicas importantes em sua comunidade.

4.5.5 Aprendizagem significativa

E, por último e não menos importante, identificamos mediante as realizações da capacitação e da educação em saúde, a designada, aprendizagem significativa. Segundo Ausubel, Novak e Hanesian (1978), esse processo ocorre quando informações adquiridas são ancoradas aos conceitos preexistentes, produzindo representações sensoriais na cognição dos aprendizes, resultando numa hierarquia conceitual, por intermédio da qual um novo conhecimento é armazenado e organizado de maneira relevante, envolvendo a interação das informações novas e predecessoras com as estruturas cognitivas.

Quando o aprendizado é dotado de significados, também se percebe aumento da capacidade crítica em relação a própria conduta profissional, o que permite reavaliar a qualidade da assistência prestada e repensar o cotidiano de trabalho, impactando o conjunto.

Retomando a fala P4: “*É uma luta entre qualidade com quantidade.*” P3 refletiu sobre dificuldades em se realizar o que lhe cabe no trabalho de vigilância relacionando-as com as

exigências de produtividade no trabalho, que impedem a realização de momentos educativos de saúde, apropriados para construir boas práticas.

Evidenciou-se os entraves na aplicação diária do conhecimento teórico a respeito da temática, pela falta de preparação de atividades envolvendo a comunidade para que se amplie as informações e promova a educação popular de qualidade, que realmente impacte nos números epidemiológicos, como visto nesse depoimento:

[...] porque é o que a gente faz, a gente falar que orienta todos os pacientes com relação ao autocuidado ao autoexame, estaria mentindo, porque infelizmente não é a realidade ainda. O ideal é que se eu orientasse um paciente adulto independente do risco, homens acima de 40 anos, independente disso, deve ser orientado o autocuidado e o autoexame. Mas, hoje ainda, principalmente o exame clínico, aí gente passa para essa orientação com o paciente principalmente aqueles casos em que a pessoa tem uma linha alba ali pelo que questiona que é isso e tal. Aí a gente então orienta o paciente. Mas não é um hábito ainda essa atitude. P7

A forma da apresentação das informações e as possibilidades de trabalho da abordagem metodológica também foi discutida na CP, e por vezes durante a ação, lançou-se mão de recursos educacionais e audiovisuais que auxiliaram na motivação da equipe, na apresentação do conteúdo e na aplicabilidade (MOORE; KEARSLEY, 2008). Esses componentes auxiliaram a tornar a aprendizagem significativa, pois funcionaram como elementos demonstrativos e de fixação dos conteúdos, difundidos durante o trajeto de capacitação para vigilância do câncer, como demonstrado na fala P9:

[...] porque a gente sempre está buscando esse conhecimento, e através dele também a gente abre novos leques, novas oportunidades, então outros olhares, então é isso. P9

O recurso facilitador da síntese e memorização do conteúdo de forma lúdica que se materializou por uma *mídia vídeo-animada* produzido pelas pesquisadoras, contextualizando o panorama do câncer no município do estudo e as recomendações científicas de enfrentamento e vigilância da doença.

Segundo Ausubel, Novak e Hanesian (1978), uma condição para aquisição da aprendizagem significativa é que o conteúdo que desejamos difundir esteja relacionado às estruturas cognitivas do aprendiz, isso facilita que o saber possa ser incorporado, por isso lançamos mãos desses artifícios que empregam uso de imagem, símbolos, conceito e proposições, fazendo com que, por seu potencial significativo, sejam ativados os aspectos da cognição que favorecem o aprendizado.

Deixou-se claro que o material está em construção e deveria ser modificado toda vez que achamos necessário incluir informações pertinentes, adequar a linguagem ao público alvo e fazer ajustes quando novas descobertas científicas forem exaltadas, para lembrar-nos que o aprendizado é dinâmico.

Os participantes avaliaram favoravelmente a adoção dos recursos audiovisuais e das tecnologias a favor da informação, julgaram importante lançar mão de materiais modernos, didáticos e interativos nas ações em saúde, para aumentar o acesso, a divulgação e consequentemente a aprendizagem significativa:

Eu gostei, ele é direto, é simples e bem explicativo. P6

Também acho que ele é bem didático, e de fácil entendimento. P8

Ele ficou bem, com as palavras que a gente acabou de falar como ela falou, de fácil entendimento para o paciente, eu acho que ficou excelente, de fácil entendimento para uma pessoa leiga vai entender o que está dizendo no vídeo. P2

Eu já estou querendo compartilhar com a minha família inteirinha. P7

Orientação podemos dizer, foi bem explicativo o vídeo, eu quero muito ele no celular. P4

Uma outra característica da aprendizagem significativa é observada a partir da avaliação da ação pedagógica pelos participantes, o ato avaliativo é parte do método de ensino- aprendizagem ativa e precisa ser coerente com a metodologia, isso permite medir o nível de compreensão dos estudantes em relação a temática tratada.

Aplicou-se como instrumento andragógico avaliativo a dinâmica inicial de descrever, quando da capacitação dos trabalhadores da ESBF, a experiência a partir de uma palavra, anelando contribuir para desenvolver o autoconhecimento e comportamento reflexivo no aprendiz, pois a avaliação facilita entender a trajetória já trilhada no saber e o que precisa ser feito para potencializar seu aprendizado.

Intentando essa autoanálise, ao fim da reunião sugerimos aos participantes que avaliassem o método utilizado na CP, o resultado da imersão e a qualidade do aprendizado. Como elemento disparador para essa avaliação solicitamos individualmente, o *feedback* sobre a capacitação, para comparar expectativas e objetivos alcançados.

Mediante as palavras autorreferidas pelos participantes, percebeu-se que houve grande satisfação em relação ao método e crença de atingir os objetivos de aprendizagem da capacitação, além disso, constatou-se que os participantes demonstraram que houve apropriação do conhecimento e possibilidade de replicação dos conhecimentos apreendidos da

vigilância ao câncer de boca, destacando-se três temas: (1) conhecimento, experiência e reciclagem; manhã produtiva; e gratidão, (Quadro 5).

Quadro 5 - Avaliação da Capacitação pelos participantes do estudo, 2021.

Temas	Discursos
Aprendizado/ Experiência e Reciclagem	<p>Então, eu comecei com <i>educação e terminei com aprendizado</i>. Foi muito bom. P8</p> <p>Eu comecei com <i>conhecimento</i> e coloquei <i>aprendizado</i>, vou dizer que eu aprendi muito, gostei muito, ficou bem claro. Muito bom. É isso. P7</p> <p>A palavra final é aprendizado. É um aprendizado sobre todas as coisas, não só sobre as informações sobre o câncer de boca, como também as informações sobre a ação educativa em si. P2</p> <p>Experiência, a palavra é experiência porque isso dá experiência, conhecimento. P2</p> <p>Eu quase coloquei a mesma palavra, mas eu coloquei <i>reciclagem</i>, porque eu falei no início também, por mais que a gente está ali, a gente tenha algum conhecimento prévio, sempre tem algo a acrescentar e, que as vezes a gente esquece ou algo novo que aprende, então, é nesse tipo de capacitação que recicla um pouquinho. P3</p>
Manhã produtiva	<p>Eu coloquei bastante a manhã bastante <i>produtiva</i>, queria agradecer primeiro a oportunidade eu que é sempre bom a gente está tocando essas informações, a gente sempre cresce com isso, com todas essas discussões, eu acho que foi bastante produtivo. P 9</p>
Gratidão	<p>O meu foi gratidão! Gratidão por poder estar aqui porque o ano passado foi bem difícil. P4</p> <p>Eu coloquei <i>gratidão</i> também pelo momento, é muito bom a gente está com os colegas trocando informações, eu mesma me confesso informada e aprendi bastante aqui hoje. Assim, eu sei o básico do câncer, mas foi muito para mim. P6</p> <p>É a palavra <i>gratidão</i> eu acho que é a superior que é a gratidão é tudo, pelo momento que a gente pode tá poder discutir, de aprender mais. Como diz a (P6), o mundo que a gente vive, já tem um tempinho de curso, de trabalhar mesmo acaba que é muito aprendizado e porque tem uma quantidade indiscutível de aprendizado para todo mundo foi bem explicadinho, assim acho que você tentou passar, como vou dizer o menos complicado para pessoa, para uma leiga. Eu só queria dizer assim que se eu fosse uma pessoa que não tivesse conhecimento entenderia perfeitamente o trabalho. P1</p> <p>A escolha foi com <i>gratidão</i>, porque aprendi bastante e sou grata pela acolhida hoje pelo conhecimento de tudo o que foi passado para nós. P5</p>

Fonte: dados da pesquisa, elaborado por Naessa Santos Borges Zure (2022).

Nota-se que os temas selecionados simbolizaram o aprendizado adquirido e comprovaram que a equipe conseguiu suprir as expectativas iniciais e alcançar os objetivos de aprendizagem da proposta de capacitação, para além da gratidão externada. Assim, vários participantes externaram a palavra ‘gratidão’, a simbólica satisfação e amorosidade presente na experiência da atividade educacional com aporte das MAEA, que traz em suas características a inclusão das emoções e sentimentos como facilitadores de aprendizagem.

Indagou-se a respeito do método ativo propriamente dito, buscando compreender as impressões sobre a distribuição das atividades, a forma de apresentação dos conteúdos, a abordagem utilizada e se de alguma maneira pareceu cansativo e obtivemos as seguintes respostas:

Foi perfeito, foi bem positivo, foi bem claro. P6

Foi bem tranquilo, passou rápido. Foi bom. P5

E novamente, elencando aspectos positivos da capacitação, os participantes destacaram a sua realização como uma atividade, prazerosa e potencializadora, no sentido teórico-prático do ensino-aprendizagem da temática vigilância do câncer de boca.

Em alinhamento com a capacitação, a educação em saúde foi apontada como estratégia de ensino-aprendizagem que gerou momentos de reflexões educacionais para a saúde do homem na esfera da vigilância do câncer de boca, como visto nos depoimentos H3 e H7:

Nossa, foi muito bom, interessante saber esse negócio que uma ferida na boca não pode passar de 14 dias sem cicatrizar, eu não sabia disso, eu já tive afta, pra mim só era afta ou aquele outro negócio né, é herpes né, que passa o tempo e sara, volta, mas foi muito bom vocês falarem, eu não sabia disso! H3

Eu também não sabia isso de 14 dias! H7

Demostrou-se assim, a incorporação de novos significados ao conhecimento adquirido, que sensibilizaram a comunidade para compreensão e divulgação dos saberes aplicáveis no enfrentamento de futuras situações vivenciadas pelos mesmos (MOREIRA, 2021).

Quanto a avaliação da educação em saúde pela com a comunidade rural, relatou-se grande satisfação para com o encontro e as discussões estimuladas. Percebeu-se que suas falas convergiram para: aquisição de aprendizado/conhecimento; compreensão de aspectos relativos à saúde; sensação positiva de participar de um momento educativo com essa temática. Ficou evidente mediante diversos relatos que a ação favoreceu a aprendizagem significativa em relação às suas próprias condições de vida e cuidado em saúde, como demonstrado no quadro representativo da atividade avaliativa no fechamento da educação em saúde (Quadro 6).

Quadro 6 - Avaliação da Educação em Saúde pela comunidade rural, 2021

Temas	Discursos
Dia especial/ ótimo/muito bom	<p>Eu coloquei um dia muito especial, pra mim foi um dia especial. H8</p> <p>Um dia ótimo, vocês estão de parabéns, não pode passar muito tempo “sem vim” .H9</p> <p>Muito bom, vamos fazer de novo, eu gostei muito de vir, adorei, muito bom.H4</p> <p>Pra mim foi um dia muito especial, eu gostei de vir eu quero ouvir mais e desculpa se eu falei errado, a gente é simples, não sabe falar muita coisa, espero que tenha contribuído também, eu aprendi muito também, foi muito bom conhecer vocês, alguns eu já conhecia, mas é muito bom .H10</p>
Conhecimento/a prendizado/saber	<p>Dia de conhecimento, muitas informações que eu não sabia que eu aprendi aqui .H7</p> <p>Um dia muito bom pra aprender, falou muita coisa aqui, de coisa que a gente não sabia que era assim, e também “muitas pessoas que precisava vim e não veio ouvir essas coisas “que precisava tá aqui” .H5</p> <p>Foi um dia de aprendizado, foi muito bom aprender .H6</p> <p>Conhecimento, foi muita informação e eu achei interessante .H2</p> <p>Eu achei muito bom, a oportunidade de saber uma coisa que a gente não sabia, a gente sabe mais não sabe, poder aprender com pessoas profissionais pra falar com a gente, eu fiquei muito feliz com isso, de vocês “vir” conversar com a gente e falar o que devemos de fazer .H1</p>
Agradecimento	<p>Muito bom, obrigado de vocês terem me convidado, eu gostei demais, pode chamar mais vezes que eu venho, eu moro aqui perto e se chamar pra mais reunião dessa que eu venho, só seu eu não tiver como mesmo, que foi uma tarde muito boa. H3</p>

Fonte: dados da pesquisa, elaborado por Naessa Santos Borges Zure (2022).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo alcançou seus objetivos e indicou novas abordagens e questões de interesse em dois campos: *na preparação dos trabalhadores* da ESBF; e da *educação em saúde na comunidade rural*, intentado promover aprendizado crítico-reflexivo, significativo e transformador na vigilância em saúde, com ênfase no câncer de boca, mediante aporte das metodologias ativas de ensino-aprendizagem.

Confirmou-se os pressupostos da eventualidade do diagnóstico do câncer de boca (em seu estágio inicial) podendo haver lesões subdiagnosticadas e, por outro lado, as ações de vigilância dessa enfermidade e, de demais agravos bucais, não estão sendo adequadas, suficientes e efetivas. Desta forma, faz-se necessário a busca de alternativas educacionais mais participativas, dialógicas, contextualizadas e com base no protagonismo e autonomia do educando e na aprendizagem significativa para os trabalhadores da ESBF.

Para além dessa observação, os referidos trabalhadores reconhecem a determinação social e seus fatores conjunturais, socioeconômicos, culturais e de gestão do cuidado em saúde, no aparecimento do câncer de boca e, por conseguinte, a necessidade de reforçar estilo de vida e hábitos saudáveis, junto à comunidade, bem como acentua-se a necessidade de fortalecimento da postura profissional preventiva e qualificação para educação em saúde, em bases ativas/inovadoras.

Destacou-se o seguinte perfil socioprofissional e demográfico dos trabalhadores da ESF rural: gênero feminino; faixa etária de 20 a 59 anos de idade; estado civil nas condições de solteiros e casados; tempo de graduação até 5 anos; regime laboral celetista; menos que 10 anos de vínculo empregatício no SUS; pouca experiência laboral na Estratégia Saúde da Família; renda mensal inferior a 3 (três) salários mínimos; e labor como fonte de renda e sustento (não somente pessoal, mas também familiar).

A respeito do conhecimento e interação, dos trabalhadores da ESF rural, frente ao câncer de boca, prevaleceu autopercepção de conhecimento básico sobre o câncer bucal, visto que os profissionais julgam dispor de informações insuficientes a respeito da doença. Verificou-se, abordagem infrequente sobre a temática no cotidiano laboral e prevaleceram os profissionais que nunca participaram de ações educativas e capacitação sobre esse tema.

Os trabalhadores da ESBF rural alegam premência em implantar propostas educativas com bases dialógica e participativa, e relatam que as ações desenvolvidas, atualmente, não são adequadas ao público alvo. É recorrente informações prescritivas e

pontuais, e, por conseguinte, resultados insatisfatórios frente a problemático câncer bucal para esse segmento

populacional, em contraponto a ESBF demonstrou estar sensibilizada e disponível para contribuir na vigilância ao câncer de boca.

Os participantes do estudo, trabalhadores e comunidade, identificaram o potencial das MAEAs como recurso metodológico para aprimorar e capacitar os profissionais em ações estratégicas educacionais em saúde e sensibilizar/estimular a comunidade. Reconheceu-se a necessidade da travessia entre os métodos de ensino-aprendizagem transmissivo/passivo hegemônico, transitando para métodos ativos/inovadores. Nesse sentido, o uso de MAEA, ora com os trabalhadores da ESBF, ora com a comunidade rural repercutiu em aparente aceitabilidade, reconhecido como processo educativo promissor em saúde e que pode contribuir na chave da baixa adesão as práticas de vigilância e educação em saúde, inclusive do câncer de boca.

Na percepção desses trabalhadores as ações de caráter educativo representam a principal forma de promover e ampliar a vigilância ao câncer de boca, seguido por ações no âmbito assistencial (incluindo exames intentando o diagnóstico precoce) e do trabalho em equipe multiprofissional.

O emprego das MAEA favoreceu o desenvolvimento de uma linha de pensamento e estratégias educacionais em saúde, viabilizando, junto aos seus participantes, adquirir/praticar conhecimentos, habilidades e atitudes no aperfeiçoamento de competências que demandavam ser mobilizadas para promover vigilância ao câncer bucal. Considerando sobrelevar o protagonismo, a autonomia, o respeito ao contexto, diversidades e o conhecimento prévio dos educandos e reconhecer recursos educacionais utilizados (estratégias, técnicas e tecnologias) das MAEAs como facilitadores da aprendizagem significativa.

Portanto, possibilitou-se, a partir da aproximação/apropriação dos elementos fundantes das metodologias ativas, difundir os conhecimentos pela sensibilização e problematização a respeito do tema câncer bucal. O estudo criou espaços inteligentes e pertinentes de capacitação e educação em saúde, ao produzir conhecimentos que permitiram promover vigilância em saúde em favorecimento do autocuidado, autonomia e protagonismo e quiçá transformadores das comunidades rurais tencionando aplicação de práticas sanitárias ativas/inovadoras.

Estas reflexões apontam para a necessidade da continuidade de outros estudos, no sentido de aprofundar essa temática com diferentes segmentos populacionais e se faz necessário reconhecer que este estudo apresentou algumas limitações, destacando-se as

dificuldades inerentes ao período de coleta dos dados coincidir com as medidas de isolamento/restrições do convívio social, devido a Covid-19 e discordância da gestão na participação de demais profissionais da ESF, para além da ESFB na etapa de preparação profissional.

REFERÊNCIAS

- ABRAMOWICZ, A.; RODRIGUES, T. C.; CRUZ, A. C. J. A diferença e a diversidade na educação. **Contemporânea: Revista de Sociologia da UFSCar**, São Carlos, n. 2, p. 85-97, 2011. Disponível em: <http://www.contemporanea.ufscar.br/index.php/contemporanea/article/view/38>. Acesso em: 10 jun. 2021.
- AMESTOY, S. C. *et al.* Gerenciamento de conflitos: desafios vivenciados pelos enfermeiros-líderes no ambiente hospitalar. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 35, n. 2, p. 79-85, jun. 2014. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2014.02.40155>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472014000200079&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 3 abr. 2021.
- ANDRADE, C. Trabalho e vida pessoal: exigências, recursos e formas de conciliação. **Revista de Educação e Humanidades**, [s. l.], n. 8, p. 117-130, jul. 2015. Disponível em: <https://digibug.ugr.es/handle/10481/37455>. Acesso em: 12 ago. 2019.
- ANDRADE, S. I. *et al.* Conflito de gerações no ambiente de trabalho em empresa pública. In: SIMPÓSIO DE EXCELÊNCIA EM GESTÃO EM TECNOLOGIA, 9., 2012. [S. l.: s. n.], 2012. Disponível em: <https://www.aedb.br/seget/arquivos/artigos12/10416476.pdf>. Acesso em: 12 ago. 2019.
- AUSUBEL, D. P.; NOVAK, J. D.; HANESIAN, H. **Educational psychology: a cognitive view**. 2. ed. Nova York: Holt, Rinehart and Winston, 1978.
- BARBOSA, R. H. S. Gender and healthcare work: a critical view of community health agents' work. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Batucatu, v. 16, n. 42, p. 751-65, jul./set. 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/6FVZggsJ3RwdKSCX5KfyLct/?lang=pt>. Acesso em: 12 ago. 2019.
- BARROS, A. J. S.; LEHFELD, N. A. S. **Fundamentos de metodologia científica**. 3. ed. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2014.
- BAUMGARTEN, A. *et al.* **Protocolo de encaminhamento para estomatologia adulto**. Porto Alegre, 2018. Portal: Universidade Federal do Rio Grande do Sul. TelessaúdeRS. Disponível em: https://www.ufrgs.br/telessauders/documentos/protocolos_resumos/estomatologia.pdf. Acesso em: 12 ago. 2019.
- BERBEL, N. N. A problematização e a aprendizagem baseada em problemas: diferentes termos ou diferentes caminhos? **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 2, n. 2, fev. 1998. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1414-32831998000100008>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/BBqnRMcdxXyvNSY3YfztH9J/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 12 ago. 2019.
- BORGES, M. I. M. P. **Metodologias ativas de ensino-aprendizagem reflexões críticas viabilizando o repensar das práticas e condutas na educação em saúde bucal, com ênfase em adolescentes**. 2018. Dissertação (Mestrado profissional) - Universidade Federal de

Uberlândia, Uberlândia, 2018. Disponível em:
<https://repositorio.ufu.br/bitstream/123456789/22534/1/MetodologiasAtivasEnsino.pdf>.
Acesso em: 12 ago. 2019.

BORGES, S. A. C.; PORTO, P. N. Por que os pacientes não aderem ao tratamento? Dispositivos metodológicos para a educação em saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 101, p. 338-346, abr./jun. 2014. Disponível em:
<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38n101/0103-1104-sdeb-38-101-0338.pdf>. Acesso em: 12 ago. 2019.

BOTLER, A. M. H.; RIBEIRO, V. M. Direito à educação, políticas educacionais e princípios de justiça. **Cadernos de Pesquisa**, v. 50, n. 177, p. 636-640, jul./set. 2020. DOI:
<https://doi.org/10.1590/198053147827>. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/cp/a/sS3NJrXCBtbQQZ8zzhMD8F/?lang=pt>. Acesso em: 19 jan. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **II Caderno de educação popular em saúde** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014a. Disponível em:
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/2_caderno_educacao_popular_saude.pdf. Acesso em: 12 jun. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em:
http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/diretrizes_da_politica_nacional_de_saude_bucal.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica**. Brasília, DF: 2014b. Disponível em:
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_doenca_cronica_cab35.pdf. Acesso em: 11 jun. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: o cuidado da pessoa tabagista**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015a. Disponível em:
http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_40.pdf. Acesso em: 16 jun. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Glossário temático controle de câncer: projeto de terminologia da saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013a. Disponível em:
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/glossario_tematico_controle_cancer.pdf. Acesso em: 17 mar. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Glossário temático: gestão do trabalho e da educação na saúde: projeto de terminologia da saúde**. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013b. Disponível em:
https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/glossario_tematico_gestao_trabalho_educacao_saude_2ed.pdf. Acesso em: 23 mar. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual instrutivo do PMAQ para as equipes de Atenção Básica (Saúde da Família, Saúde Bucal e Equipes Parametrizadas) e NASF**. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015b. Disponível em:

<http://repositorio.asc.es.edu.br/bitstream/123456789/1316/1/Programa%20Nacional%20de%20Melhoria%20do%20Acesso%20e%20da%20Qualidade%20da%20Aten%C3%A7%C3%A3o%20B%C3%A1sica%20%28PMAQ%29.pdf>. Acesso em: 12 jun. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual Técnico 2018**: Programa para o Fortalecimento das Práticas de Educação Permanente em Saúde no SUS: PRO EPS-SUS. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018a. Disponível em:

<https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/marco/28/Manual-Tecnico-PRO-EPS-SUS-MINUTA17-10.pdf>. Acesso em: 26 jun. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Passo a passo das ações da Política Nacional de Saúde Bucal**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em:

http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/acoes_politica_saude_bucal.pdf. Acesso em: 12 ago. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_acoes_enfrent_dcnt_2011.pdf. Acesso em: 13 jun. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012a. Disponível em:

<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>. Acesso em: 16 jun. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude.pdf. Acesso em: 14 jun. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento?** 1. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018b. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude_fortalecimento.pdf. Acesso em: 10 jun. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**: PNPS: revisão da Portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006. Brasília, DF, 2015c. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnps_revisao_portaria_687.pdf. Acesso em: 21 jun. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS)**: anexo I da Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre as políticas nacionais de saúde do SUS. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018c. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude.pdf.

Acesso em: 23 mar. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.761, de 19 de novembro de 2013**. Institui a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do SUS (PNEPS-SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013c. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2761_19_11_2013.html. Acesso em: 21 jun. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017**. Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html. Acesso em: 12 ago. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde bucal**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_bucal.pdf. Acesso em: 15 jun. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A saúde bucal no Sistema Único de Saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018d. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_bucal_sistema_unico_saude.pdf. Acesso em: 22 jun. 2020

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde do trabalhador e da trabalhadora**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018e. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_trabalhador_trabalhadora.pdf. Acesso em: 15 jun. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde e ambiente para as populações do campo, da floresta e das águas**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015d. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_ambiente_populacoes_campo_floresta_agua_s.pdf. Acesso em: 13 jun. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: resultados principais**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012b. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa_nacional_saude_bucal.pdf. Acesso em: 15 jun. 2019.

BISPO, G. M. B. *et al.* Avaliação do acesso de primeiro contato na perspectiva dos profissionais. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 73, n. 3, e20180863, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0863>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/Bz5PnGQdcC84JcHWfK8CYTh/?lang=pt>. Acesso em: 31 mar. 2021.

CAMPESTRINI, N. T. F. *et al.* Atividades educativas em saúde bucal desenvolvidas por cirurgiões-dentistas com escolares: uma revisão sistematizada da literatura. **Revista da ABENO**, Porto Alegre, v. 19, n. 4, p. 46–54, 2019. DOI: <https://doi.org/10.30979/rev.abeno.v19i4.886>. Disponível em: <https://revabeno.emnuvens.com.br/revabeno/article/view/886>. Acesso em: 23 mar. 2022.

CANO, D. S. *et al.* As transições familiares do divórcio ao recasamento no contexto brasileiro. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v. 22, n. 2, p. 214-222, 2009. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-79722009000200007>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722009000200007&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 31 mar. 2021.

CARRARD, V. C. *et al.* Desordens Potencialmente Malignas. **Curso EAD de Estomatologia para Cirurgiões-Dentistas da APS**. Portal: Universidade Federal do Rio Grande do Sul. TelessaúdeRS. Porto Alegre, 2020. Disponível em: <https://moodle.telessauders.ufrgs.br/course/view.php?id=57>. Acesso em: 21 jun. 2019.

CELLA, D.; QUEDA, O.; FERRANTE, V. L. B. A definição do espaço rural como local para o desenvolvimento territorial. **Revista Retratos de Assentamentos**, Araraquara, v. 21, n. 2, p. 69-91, 2019. DOI: 10.25059/2527-2594/retratosdeassentamentos/%Y.v%vi%i.333. Disponível em: <https://core.ac.uk/download/pdf/228824613.pdf>. Acesso em: 21 jun. 2019.

CLOSS, L.Q.; ANTONELLO, C. S. Aprendizagem transformadora: a reflexão crítica na formação gerencial. **Cadernos EBAPE.BR**, Rio de Janeiro Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, mar. 2010. Disponível em: <http://www.spell.org.br/documentos/ver/1078/aprendizagem-transformadora--a-reflexao-critica-na-formacao-gerencial>. Acesso em: 21 jun. 2019.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Aprova normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, DF: CNS, 2012. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 12 jun. 2019.

CONVERSANI, D. T. N. **Boletim do Instituto de Saúde**, São Paulo, n. 34, p. 4-5, dez. 2004. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/03/1050506/bis-n34-educacao-em-saude-4-5.pdf>. Acesso em: 23 mar. 2022.

CORREA, G. C. G.; CAMPOS, I. C. P.; ALMAGRO, R. C. Pesquisa-ação: uma abordagem prática de pesquisa qualitativa. **Ensaio Pedagógicos**, Sorocaba, v. 2, n. 1, p.62-72, jan./abr. 2018. Disponível em: <http://www.ensaiospedagogicos.ufscar.br/index.php/ENP/article/view/60>. Acesso em: 12 jun. 2019.

CORRÊA JÚNIOR, C. C. M. *et al.* O gerenciamento das relações entre as múltiplas gerações no mercado de trabalho. **Educação, Gestão e Sociedade: revista da Faculdade Eça de Queirós**, Jandira, ano 6, n. 21, fev. 2016. Disponível em: http://uniesp.edu.br/sites/_biblioteca/revistas/20170509162633.pdf. Acesso em: 12 jun. 2019.

COSTA, E. *et al.* Desafios no processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família. Rev. CEFAC, São Paulo, v. 22, n. 2, e7619, 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0216/20202227619>. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-18462020000200503&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 17 mar. 2021.

DICKMANN, I. (org.). **Diálogo Freiriano**: educação popular e pedagogia freireana. 1. ed. Veranópolis: Diálogo Freiriano, 2019.

DINIZ, F. H. (ed.). **Desafios e perspectivas de jovens latino-americanos na sucessão familiar da atividade leiteira**. Brasília, DF: Embrapa, 2019. Disponível em: <https://ainfo.cnptia.embrapa.br/digital/bitstream/item/209520/1/Livro-Fabio-Sucessao-2019-completo.pdf>. Acesso em: 17 mar. 2021.

ESTRELA, C. **Metodologia científica: ciência, ensino, pesquisa**. 3. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2018.

FLECK, A. C.; WAGNER, A. A mulher como a principal provedora do sustento econômico familiar. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 8, p. 31-38, 2003. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-73722003000300005>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pe/a/yJ7FJKchnyMrnhgPPp463yc/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 17 mar. 2021.

FONTANELLA, B. J. B. *et al.* Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, fev. 2011. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2011000200020>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/3bsWNzMMdvYthrNCXmY9kJQ/?format=html>. Acesso em: 17 mar. 2021.

FREIRE, P. **Educação e mudança**. 31. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2008.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. 36. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2007.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. 58. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2014.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2011.

FREITAS, C. M. *et al.* Uso de metodologias ativas de aprendizagem para a educação na saúde: análise da produção científica. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 13, p. 117-130, 2015. Suplemento 2. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sip00081>. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462015000500117&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 17 mar. 2021.

FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). **Diretrizes de educação em saúde visando à promoção da saúde**: documento base: documento I. Brasília, DF: Funasa, 2007.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GIOVANELLA, L.; FRANCO, C. M.; ALMEIDA, P. F. Política Nacional de Atenção Básica: para onde vamos? **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 1475-1482, abr. 2020. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232020000401475&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 17 mar. 2021.

GIRARDI, S. *et al.* O trabalho precário em saúde: tendências e perspectivas na estratégia da saúde da família. **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, v. 45, p. 11-23, maio 2010. Disponível em: http://epsm.nescon.medicina.ufmg.br/dialogos2/biblioteca/artigos_pdf/f17_o_trabalho_precario_em_saude_tendencias%20e%20perspectivas.pdf. Acesso em: 17 mar. 2021.

GLERIANO, J. S. *et al.* Gestão do trabalho de equipes da saúde da família. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, e20200093, 2021. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/2177->

9465-ean-2020-0093. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452021000100215&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 31 mar. 2021.

GOMES, C. B. S.; GUTIERREZ, A. C.; SORANZ, D. Política Nacional de Atenção Básica de 2017: análise da composição das equipes e cobertura nacional da Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 1327-1338, abr. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.31512019>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232020000401327&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 17 mar. 2021.

GOMES, L. B.; MERHY, E. E. Compreendendo a educação popular em saúde: um estudo na literatura brasileira. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 1, p. 7-18, 2011. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2011000100002>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/wcTZ5tX8K43XdxzxVgGKfkp/?lang=pt>. Acesso em: 16 jun. 2021.

GONÇALVES, G. A. A. *et al.* Percepções de facilitadores sobre as tecnologias em saúde utilizadas em oficinas educativas com adolescentes. **REME: Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 24, e-1273, 2020. DOI: <http://www.dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20200002>. Disponível em: DOI: 10.5935/1415-2762.20200002. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/1419>. Acesso em: 17 mar. 2021.

GONTIJO, L. P. T. *et al.* Aceitabilidade das metodologias ativas de ensino aprendizagem entre discentes de odontologia. **Revista Ibero-Americana de Estudos em Educação**, Araraquara, v. 15, n. 4, out./dez. 2020. DOI: <https://doi.org/10.21723/riaee.v15i4.13693>. Disponível em: <https://periodicos.fclar.unesp.br/iberoamericana/article/view/13693>. Acesso em: 11 jun. 2021.

IBGE. **Cidades e estados**: Uberlândia. Rio de Janeiro, 2020. Portal: IBGE. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/mg/uberlandia.html>. Acesso em: 12 jun. 2019.

FALKENBERG, M. B. *et al.* Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 847-852, mar. 2014. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232014193.01572013>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/kCNFQy5zkw4k6ZT9C3VntDm/?lang=pt>. Acesso em: 23 mar. 2022.

INSTITUTO INTERAMERICANO DE COOPERAÇÃO PARA A AGRICULTURA. **Tipologia regionalizada dos espaços rurais brasileiros**: implicações no marco jurídico e nas políticas públicas. Brasília, DF: IICA, 2017. Disponível em: http://oppa.net.br/livros/Tipologia_Regionalizada_dos_Espacos_Rurais_Brasileiros.pdf. Acesso em: 12 jun. 2019.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil). **ABC do câncer**: abordagens básicas para o controle do câncer. 3. ed. Rio de Janeiro: INCA, 2020a. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//livro-abc-6-edicao-2020.pdf>. Acesso em: 21 jun. 2021.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil). **Estimativa 2018**: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: Inca, 2018. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2018/estimativa-2018>. Acesso em: 21 jun. 2021.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil). **Intervalo de tempo entre o diagnóstico e o início do tratamento oncológico dos casos de câncer de lábio e cavidade oral**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020b. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//relatorio-cancer-de-boca-2020.pdf>. Acesso em: 23 jun. 2019.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil). Monitoramento das ações de controle dos cânceres de lábio e cavidade oral. **Informativo Detecção Precoce**: boletim, Rio de Janeiro, ano 5, n.3, set./ dez. 2014. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//informativo-deteccao-precoce-3-2014.pdf>. Acesso em: 16 jun. 2019.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil). **Política Nacional de controle do tabaco**: relatório de gestão e progresso 2011-2012. Rio de Janeiro: INCA, 2015. Disponível em: https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//politica-nacional_de-controle-do-tabaco-2015.pdf. Acesso em: 12 jun. 2019.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil). **Projeto político-pedagógico**. Rio de Janeiro: INCA, 2019. Disponível em: https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//projeto_politico_pedagogico.pdf. Acesso em: 14 jun. 2019.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil). **Relatório sobre o cenário assistencial e epidemiológico do câncer de lábio e cavidade oral no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2020c. Disponível em: https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document/relatorio_cancer_de_boca_2020_0.pdf. Acesso em: 23 jun. 2019.

LARA, E. M. O. *et al.* O professor nas metodologias ativas e as nuances entre ensinar e aprender: desafios e possibilidades. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 23, e180393, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/Interface.180393>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/ZvjJ4wJr4SWLZL5hJmWD6QR/?lang=pt>. Acesso em: 15 jun. 2021.

LEFEVRE, Fernando; LEFEVRE, Ana Maria; Carla Cristina Tze Jú, CAVALCANTI. A educação democrática e sua aplicação ao campo da saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 24, p. 176-183, abr./jun. 2015. Suplemento 1. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902015S01015>. Disponível em: Acesso em: 23 mar. 2022.

LIMA, A. R.A. *et al.* Necessidades de saúde da população rural: como os profissionais de saúde podem contribuir? **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 122, p. 755-764, set. 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912208>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042019000300755&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 21 mar. 2021.

MACEDO, R. M. Resistência e resignação: narrativas de gênero na escolha por enfermagem e pedagogia. **Cadernos de Pesquisa**, São Paulo, v. 49, n. 172, p. 54-76, jun. 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/198053145992>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-15742019000200054&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 31 mar. 2021.

MACHADO, A. G. M.; WANDERLEY, L. C. S. **Educação em saúde**. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo, 2011. Disponível em: https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/2/unidades_conteudos/unidade09/unidade09.pdf. Acesso em: 23 mar. 2022.

MARSIGLIA, R. M. G. Perfil dos trabalhadores da atenção básica em saúde no município de São Paulo: região norte e central da cidade. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 900-911, dez. 2011. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902011000400008>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902011000400008&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 31 mar. 2021.

MATTAR, J.; AGUIAR, A. P. S. Metodologias ativas: aprendizagem baseada em problemas, problematização e método do caso. **Brazilian Journal of Education, Technology and Society (BRAJETS)**, [s. l.], v.11, n.3, p. 404-415, jul./set. 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.14571/brajets.v11.n3>. Disponível em: <http://core.ac.uk/download/pdf/277418328.pdf>. Acesso em: 12 jun. 2019.

MATTOSINHO, M. M. S. *et al.* Mundo do trabalho: alguns aspectos vivenciados pelos profissionais recém-formados em enfermagem. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 23, n. 4, p. 466-471, 2010. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-21002010000400004>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010321002010000400004&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 31 mar. 2021.

MENDES, A. *et al.* O processo de construção da gestão regional da saúde no estado de São Paulo: subsídios para a análise. **Saúde Sociedade**, São Paulo, v. 24, n. 2, p. 423-437, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v24n2/0104-1290-sausoc-24-02-00423.pdf>. Acesso em: 16 abr. 2019.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf. Acesso em: 12 jun. 2019.

MENDES, T. M. C. *et al.* Planos de cargos, carreiras e salários: perspectivas de profissionais de saúde do Centro-Oeste do Brasil. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 119, p. 849-861, out. 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042018000400849&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 31 mar. 2021.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento pesquisa qualitativa em saúde**. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MINAYO, M. C. S. (org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 1994.

MITRE, S. M. *et al.* Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 2133-2144, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v13s2/v13s2a18.pdf>. Acesso em: 14 jun. 2019.

MOORE, M. G. A teoria da educação a distância: alguma literatura recente. *In*: TAIT, A. (ed.). **Interação e independência: apoio ao aluno em educação a distância e aprendizagem aberta**. Cambridge Open University: East Anglia Region, 1989. p. 150-167.

MOORE, M. G.; KEARSLEY, G. **Educação a distância: uma visão integrada**. São Paulo: Cengage Learning, 2008.

MORAN, J. **Mudando a educação com metodologias ativas**. Ponta Grossa: PROEX/UEPG, 2015. Disponível em: http://www2.eca.usp.br/moran/wp-content/uploads/2013/12/mudando_moran.pdf. Acesso em: 12 jun. 2019.

MOREIRA, M. A. Desafios no ensino da física. **Revista Brasileira de Ensino de Física**, São Paulo, v. 43, e20200451, p. 1-8, 2021. Suplemento 1. DOI: <https://doi.org/10.1590/1806-9126-RBEF-2020-0451>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbef/a/xpwKp5WfMJsfCRNFCxFhqLy/?lang=pt>. Acesso em: 19 jan. 2022.

NICKEL, D. A.; LIMA, F. G.; SILVA, B. B. Modelos assistenciais em saúde bucal no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 241-246, 2008. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008000200002>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/k3pxfjwXCJPJF74XW95BdxL/?lang=pt>. Acesso em: 16 jun. 2021.

OLIVEIRA, L. E. M. *et al.* O professor nas metodologias ativas e as nuances entre ensinar e aprender: desafios e possibilidades. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 23, e180393, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/Interface.180393>. DOI: <https://doi.org/10.1590/Interface.180393>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/ZvjJ4wJr4SWLZL5hJmWD6QR/?lang=pt>. Acesso em: 17 mar. 2021.

OLIVEIRA, M. S. *et al.* **Curso de especialização de vigilância em saúde: caderno do curso 2017**. São Paulo: Hospital Sírio-Libanês, 2017. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/322580306_Vigilancia_em_Saude. Acesso em: 12 jun. 2019.

ONOFRE, N. S.; ALBUQUERQUE, K. M. As metodologias ativas como estratégia de promoção de saúde no trabalho interdisciplinar com mulheres na atenção básica. **Revista Científico**, Fortaleza, v. 16, n. 33, p. 121-146, jan./jul. 2016. Disponível em: <https://cientifico.emnuvens.com.br/cientefico/issue/view/14>. Acesso em: 17 mar. 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação: relatório mundial**. Brasília, DF: OMS, 2002. Disponível em:

<https://www.who.int/chp/knowledge/publications/icccportuguese.pdf>. Acesso em: 17 mar. 2021.

PAIM, J. S. *et al.* Sistema Único de Saúde: 30 anos de luta! **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1704, jun. 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.06612018>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000601704&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 17 mar. 2021.

PEDROSA, J. I. S. A Política Nacional de Educação Popular em Saúde em debate: (re) conhecendo saberes e lutas para a produção da Saúde Coletiva. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 25, p. 1-15, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/Interface.200190>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/b4vyq3gCDv3VT5BgKRvVYQD/?lang=pt>. Acesso em: 16 jun. 2021

PEDROSO, M. T. M.; NAVARRO, Z. S. O Brasil rural: do passado agrário ao sistema agroalimentar global (1968-2018). **Colóquio, Revista do Desenvolvimento Regional**, Taquara, v. 17, n. 1, jan./mar. 2020. Disponível em: <http://ainfo.cnptia.embrapa.br/digital/bitstream/item/208195/1/1575-3991-1-SM.pdf>. Acesso em: 17 mar. 2021.

PEREIRA NETO, E. F.; RAMOS, M. Z.; SILVEIRA, E. M. C. Configurações familiares e implicações para o trabalho em saúde da criança em nível hospitalar. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 3, p. 961-979, set. 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/s0103-73312016000300013>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312016000300961&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 31 mar. 2021.

PERRENOUD, P. Das diferenças culturais às desigualdades escolares: a avaliação e a norma num ensino indiferenciado. **Análise Psicológica**, Lisboa, p. 133-156, 1976. Disponível em: <https://core.ac.uk/download/pdf/70650945.pdf>

PESSOA, V. M.; ALMEIDA, M. M.; CARNEIRO, F. F. Como garantir o direito à saúde para as populações do campo, da floresta e das águas no Brasil? **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. spe1, p. 302-314, set. 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018s120>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042018000500302&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 21 mar. 2021.

PITOMBEIRA, D. F.; OLIVEIRA, L. C. Pobreza e desigualdades sociais: tensões entre direitos, austeridade e suas implicações na atenção primária. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 5, p. 1699-1708, maio 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020255.33972019>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232020000501699&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 17 mar. 2021.

PRADO, I. A.; SILVA, S. M.; GARCIA, P. T. **Competências do designer instrucional para mediação da aprendizagem**. São Luís: UFMA, 2020.

REYNOLDS, M. Reflection and critical reflection in management learning. **Management Learning**, [s. l.], v. 29, n.2, p. 183-200, 1998.

RIBEIRO, R. I. M. A. *et al.* Câncer de boca: avaliação do conhecimento e conduta dos dentistas na atenção primária à saúde. **Revista Brasileira de Odontologia**, Rio de Janeiro, v. 71, n. 1, p. 42-47, 2014. Disponível em: <http://revodonto.bvsalud.org/pdf/rbo/v71n1/a09v71n1.pdf>. Acesso em: 19 mar. 2021.

SAMPIERI, R. H.; COLLADO, C. F.; LUCIO, M. P. B. **Metodologia da pesquisa**. 5. ed. Porto Alegre: Penso, 2013.

SANTOS, F. N. P.; BALDISSERA, V. D. A.; TOLEDO, R. F. Conversa de boteco: participação, educação e promoção da saúde do homem. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, e20190006, p. 1-7, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2019-0006>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/6CBZTj4rch6dRdsYNNyccgQ/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 18 jan. 2022.

SILVA, C. B. G.; SCHERER, M. D. A. A implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde na visão de atores que a constroem. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 24, e190840, p. 1-15, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/Interface.190840>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/wSmkML5zgMkhhS8WmRYsKpm/?lang=pt>. Acesso em: 23 nov. 2021.

SILVA, K. V. L. G. *et al.* Formação de adolescentes multiplicadores na perspectiva das competências essenciais de promoção da saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 71, n. 1, p. 89-96, fev. 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0532>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018000100089&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 19 mar. 2021.

SILVA, R. C. F. *et al.* A governança e o planejamento na perspectiva regional de saúde. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 3, e300331, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/s0103-73312020300331>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312020000300613&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 19 mar. 2021.

SILVA, S. M.; LIMA, S. G. C.; REIS, R. S. **Principais correntes epistemológicas do processo de ensino-aprendizagem**. São Luís: UFMA; PRA-EAD, 2020.

SIMÕES, J.; AMÂNCIO, L. Gênero e enfermagem: um estudo sobre a minoria masculina. **Sociologia, Problemas e Práticas**, [s. l.], v. 44, p. 71-81, 2004. Disponível em: <https://ciencia.iscte-iul.pt/publications/genero-e-enfermagem-um-estudo-sobre-a-minoria-masculina/33185>. Acesso em: 17 mar. 2021.

SOARES, I. O. **Alfabetização e educomunicação**: o papel dos meios de comunicação e informação na educação de jovens e adultos ao longo da vida. Brasília, DF, 2003. Disponível em: <http://www.usp.br/nce/wcp/arq/textos/89.pdf>. Acesso em: 4 nov. 2019.

SOUSA, M. F. *et al.* Potencialidades da Atenção Básica à Saúde na consolidação dos sistemas universais. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. spe5, p. 82-93, dez. 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042019s507>. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042019001000082&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 17 mar. 2021.

SOUZA, A. L.; CARVALHO, C. H. P. Nível de conhecimento sobre câncer oral. **Revista Saúde & Ciência Online**, Campina Grande, v. 6, n. 1, jan./abr. 2017. DOI: <https://doi.org/10.35572/rsc.v6i1.150>. Disponível em: <https://rsc.revistas.ufcg.edu.br/index.php/rsc/article/view/150>. Acesso em: 18 maio 2021.

SOUZA, S. C.; DOURADO, L. Aprendizagem baseada em problemas (ABP): um método de aprendizagem inovador para o ensino educativo. **Holos**, [S. l.], v. 5, p. 182-200, out. 2015. DOI: <https://doi.org/10.15628/holos.2015.2880>. Disponível em: <http://www2.ifrn.edu.br/ojs/index.php/HOLOS/article/view/2880>. Acesso em: 18 maio 2021.

SOUZA-SILVA, J. C.; DAVEL, E. Da ação à colaboração reflexiva em comunidades de prática. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 47, n. 3, p. 1-13, set. 2007. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-75902007000300005>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75902007000300005&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 14 maio 2021.

SPINK, M. J. P.; MENEGON, V. M.; MEDRADO, B. Oficinas como estratégia de pesquisa: articulações teórico metodológicas e aplicações ético-políticas. **Psicologia & Sociedade**, Belo Horizonte, v. 26, n. 1, p. 32-43, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/psoc/v26n1/05.pdf>. Acesso em: 12 ago. 2019.

THIOLLENT, M. **Metodologia da pesquisa-ação**. 14. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

TORRES-PEREIRA, C. C. *et al.* Abordagem do câncer da boca: uma estratégia para os níveis primário e secundário de atenção em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, 2012. Suplemento S30-S39. Disponível em: https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/csp/v28s0/05.pdf. Acesso em: 12 ago. 2019.

UBERLÂNDIA (MG). Prefeitura. **Carteira de serviços da atenção primária**. Uberlândia: Prefeitura de Uberlândia, 2018.

VIANA, D. L.; MARTINS, C. L.; FRAZAO, P. Gestão do trabalho em saúde: sentidos e usos da expressão no contexto histórico brasileiro. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 57-78, jan./abr. 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sol00094>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462018000100057&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 31 mar. 2021.

VIGILÂNCIA do câncer de boca: principais aspectos. Produção: Naessa Zure e Liliane Tannús. Uberlândia: [s. n.], 2021. 1 vídeo (7 min). Publicado pelo canal Liliane Tannus. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=sMiXrFqGDFE>. Acesso em: 11 jun. 2021.

WENGER, E. *Communities of practice: learning, meaning and identity*. [S. l.]: Cambridge University Press, 1998.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Guide to cancer early diagnosis**. Geneva: WHO, 2017. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254500/9789241511940-eng.pdf;jsessionid=BECE198334733B3105512587C44C3505?sequence=1>. Acesso em: 12 jun. 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Health promotion glossary**. Geneva: WHO, 1998. Disponível em: <https://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf>. Acesso em: 23 mar. 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Transforming and scaling up health professionals education and training**: World Health Organization Guidelines 2013. Geneva: WHO, 2013. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/93635/9789241506502_eng.pdf;jsessionid=24F0B82166D6BC3B54D5CF5929635E26?sequence=1. Acesso em: 30 jun. 2019.

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PROFISSIONAIS

Você está sendo convidado(a) a para participar da pesquisa associada ao projeto de Mestrado Profissional em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador, do programa de Pós-graduação do Instituto de Geografia, da Universidade Federal de Uberlândia, intitulada “**Uso de metodologias ativas de ensino-aprendizagem na vigilância do câncer bucal: Ações e desafios na Estratégia Saúde da Família**”, sob a responsabilidade dos pesquisadores Prof. Dra. Liliane Parreira Tannús Gontijo e Naessa Santos Borges Zure.

Nesta pesquisa, nosso objetivo é avaliar o uso das metodologias ativas de ensino-aprendizagem como um recurso facilitador nas ações educativas em saúde dos trabalhadores da saúde da família, para promover vigilância do câncer bucal em benefício da população rural.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será obtido pela pesquisadora Naessa Santos Borges Zure, no mês de janeiro de 2021, nas dependências das Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF), aos componentes das Equipes de Saúde da Família que trabalham nos distritos Rurais da rede municipal de Saúde da Prefeitura de Uberlândia – MG. Fica claro que o trabalhador é livre para decidir se quer ou não participar e que tem o direito de ter um tempo para decidir e tirar dúvidas.

Na sua participação você responderá a um **formulário** com perguntas relativas ao perfil sociodemográfico e profissional, para elucidar o grupo estudado. Poderá participar também de duas **oficinas** que vão abordar as dificuldades encontradas na vigilância de câncer do Boca e será estimulado a usar metodologias ativas nas atividades de Educação e promoção de saúde, com duração de 4 horas por oficina, as quais serão integralmente gravadas, e posteriormente transcritas, analisadas sem danificar o conteúdo e posteriormente a gravação será apagada. Sua colaboração será muito importante para a realização deste projeto de pesquisa. Em nenhum momento você será identificado. Os resultados da pesquisa serão publicados e ainda assim a sua identidade será preservada, sem revelar o seu nome ou qualquer informação que prejudique sua privacidade. Você não terá nenhum gasto e ganho financeiro por participar na pesquisa. Os riscos de sua participação consistem no sentimento de invasão de privacidade e ou constrangimento no ato da realização das oficinas, receio/desconforto em expor aspectos da vida individual ou coletiva, além da possibilidade de identificação e divulgação de informações colhidas na pesquisa, por isso os pesquisadores se comprometem a ser os únicos a manipular e acessar os dados e tomar todas as providências para garantir sigilo.

Assinatura dos pesquisadores

Eu aceito participar do projeto citado acima, voluntariamente, após ter sido devidamente esclarecido.

Participante da pesquisa

Pretende-se, no entanto, eliminar ao máximo tais riscos ao facultar aos participantes a livre opção de participar ou não da pesquisa, e esses riscos ainda serão minimizados considerando que no instrumento de coleta de dados os participantes não serão identificados, sua identidade terá sigilo absoluto sendo que os dados serão apresentados no seu conjunto de acordo com a Resolução CNS 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

Os benefícios aos profissionais poderão ser diretos através da ampliação do conhecimento e de apropriação da utilização das metodologias ativas as quais poderão levar a um efeito positivo de ampliação da vigilância ao câncer de boca. Poderá também proporcionar momentos de reflexões sobre os processos de trabalho, permitindo elaborar estratégias para as suas ações educativas e de se pensar em meios de promover a saúde.

Você é livre para deixar de participar da pesquisa a qualquer momento sem nenhum prejuízo ou coação. Uma via original deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ficará com você, guarde cuidadosamente, pois é um documento que informa e garante seus direitos.

Qualquer dúvida a respeito da pesquisa você poderá entrar em contato com: Professora Liliane Parreira Tannús Gontijo, pelo telefone 3225-8145 ou na Universidade Federal de Uberlândia: Av. Pará, nº 1720 - Bloco 2G - anexo B, sala 39, Campus Umuarama – Uberlândia – MG. Poderá também entrar em contato com o CEP - Comitê de Ética na Pesquisa com Seres Humanos na Universidade Federal de Uberlândia: Av. João Naves de Ávila, nº 2121, bloco A, sala 224, Campus Santa Mônica – Uberlândia–MG, CEP: 38408-100; fone: 34-32394131. O CEP é um colegiado independente criado para defender os interesses dos participantes das pesquisas em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos conforme resoluções do Conselho Nacional de Saúde.

Uberlândia, _____ de _____ de 20____.

Assinatura dos pesquisadores

Eu aceito participar do projeto citado acima, voluntariamente, após ter sido devidamente esclarecido.

Participante da pesquisa

APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO

15/03/2021

Vigilância do Câncer de Boca na ESF - Pesquisa Mestrado Saúde do Trabalhador IG/UFU

Vigilância do Câncer de Boca na ESF - Pesquisa Mestrado Saúde do Trabalhador IG/UFU

Olá! Agradecemos sua participação nesse estudo.

Pedimos sua colaboração para traçarmos o perfil socioprofissional, demográfico e de interação com a Vigilância do Câncer de Boca dos Profissionais de Saúde atuantes na Estratégia de Saúde da Família (ESF), respondendo as 14 questões dispostas abaixo.

ATENÇÃO: Caso concorde com nosso estudo, pedimos por favor fazer a leitura do 'Termo de Consentimento Livre e Esclarecido' - TCLE (o qual será encaminhando ao seu trabalho) e, se houver concordância com nosso estudo, pedimos sua atutorização para participar assinando-o, quando recebê-lo. Obrigada!

***Obrigatório**

1. 1) Categoria Profissional Principal (Graduação) *

Marcar apenas uma oval.

- Cirurgião-dentista
- Enfermeiro
- Médico
- Técnico de Enfermagem
- Técnico em Saúde Bucal (TSB)
- Auxiliar em Saúde Bucal (ASB)
- Agente Comunitário de Saúde (ACS)
- Auxiliar Administrativo
- Auxiliar de enfermagem
- Outras categorias profissionais

15/03/2021

Vigilância do Câncer de Boca na ESF - Pesquisa Mestrado Saúde do Trabalhador IG/UFU

2. Em caso de assinalar a alternativa em "outras categorias profissionais", favor especificá-la.

3. 2) Tempo de formado (Graduação Principal) *

Marcar apenas uma oval.

- 1 a 5 anos
- 6 a 10 anos
- 11 a 15 anos
- 16 a 20 anos
- 21 a 30 anos
- > 30 anos

4. 3) Faixa Etária (Idade) *

Marcar apenas uma oval.

- 20 a 39 anos
- 40 a 59 anos
- > 59 anos

15/03/2021

Vigilância do Câncer de Boca na ESF - Pesquisa Mestrado Saúde do Trabalhador IG/UFU

5. 4) Titulação máxima *

Marcar apenas uma oval.

- Pós-doutorado
- Doutorado
- Mestrado
- Especialização
- Graduação
- Curso técnico
- Ensino médio
- Outro: _____

6. 5) Sexo Biológico *

Marcar apenas uma oval.

- Feminino
- Masculino

7. 6) Estado Civil *

Marcar apenas uma oval.

- Solteiro(a)
- Casado(a)
- União estável
- Opção 7
- Divorciado(a)/Separado(a)
- Viúvo(a)
- Prefiro não declarar

15/03/2021

Vigilância do Câncer de Boca na ESF - Pesquisa Mestrado Saúde do Trabalhador IG/UFU

8. 7) Tempo de vínculo empregatício no Sistema Único de Saúde -SUS (na esfera municipal, estadual ou federal). *

Marcar apenas uma oval.

- menos de 1 ano
- de 1 a 5 anos
- de 6 a 10 anos
- de 11 a 15 anos
- de 15 a 20 anos
- de 21 a 30 anos
- mais de 30 anos

9. 8) Tipo de vínculo empregatício *

Marcar apenas uma oval.

- regime estatutário (concurado - regime jurídico único)
- regime celetista (CLT)
- terceirizado (a)
- contratado temporário
- Outro: _____

10. Em caso de assinalar a alternativa "outros", favor especificar o tipo de vínculo.

15/03/2021

Vigilância do Câncer de Boca na ESF - Pesquisa Mestrado Saúde do Trabalhador IG/UFU

11. 9) Renda mensal individual (com base no salário mínimo de R\$ 1.045,00)

Marcar apenas uma oval.

- até 2 salários
- mais de 2 a 3 salários
- mais de 5 a 6 salários
- mais de 6 a 10 salários
- mais de 10 salários
- Opção 6

12. 10) Qual é a sua participação na vida econômica de sua família?

Marcar apenas uma oval.

- É o responsável pelo sustento da família.
- Participa majoritariamente no sustento da família .
- Divide as responsabilidades do sustento da família com outros membros .
- Participa minoritariamente do sustento da família .
- Você trabalha, mas não é responsável pelo sustento da família

13. 11) Como avalia seu conhecimento sobre o câncer de boca (fatores de risco, prevenção e vigilância, fatores protetivos, tratamento e prognóstico): *

Marcar apenas uma oval.

- básico
- intermediário
- avançado
- Outro: _____

15/03/2021

Vigilância do Câncer de Boca na ESF - Pesquisa Mestrado Saúde do Trabalhador IG/UFU

14. Em caso de assinalar a alternativa "outros" favor esclarecer sua resposta.

15. 12) Em sua atuação profissional, você acolheu ou atendeu alguma pessoa que precisava de orientações relacionadas a doença Câncer de Boca? Se sim, relate por favor essa experiência.

16. 13) No trabalho, você já participou de alguma ação (educativa ou de capacitação) sobre o tema: 'Câncer de Boca'. Se sim, descreva por favor os principais pontos da ação realizada:

17. 14) Na sua profissão, você acha que poderia colaborar na vigilância ao câncer de boca? Se sim, cite por favor as ações que poderiam ser realizadas?

APÊNDICE C – PLANEJAMENTO DAS OFICINAS

Planejamento DA OFICINA - 05/02/2021		
1ª Oficina: Vigilância de Câncer bucal: Como é realizada?		
<p>Objetivos:</p> <p>(1) permitir que os profissionais compartilhem (nos grupos e no coletivo) como compreendem os principais elementos relacionados ao câncer de boca (diagnóstico; fatores de risco e protetivos; e demais encaminhamentos);</p> <p>(2) conhecer e refletir sobre abordagens de vigilância do câncer bucal;</p> <p>(3) conhecer e refletir sobre as práticas de educação em saúde no enfrentamento da doença, com base em metodologias ativas de ensino-aprendizagem.</p> <p>Obs.: os três objetivos acima, serão refletidos a partir da realidade territorial de trabalho em que o participante está inserido.</p>		
<p>Temas programáticos: Dificuldades e potencialidades para pratica de vigilância do Câncer bucal e noções básicas da educação em saúde com base em metodologias ativas.</p>		
<p>Público Alvo: Sujeitos do Estudo (Profissionais de Saúde da ESF – Área Rural – SMS/PMU)</p>		
Horário	Sequência de Atividades	Orientações
	Profissionais de saúde bucal	Papel do Mediador
8:00- 8:15h	1 – Café da manhã de boas vindas	Recepção e Acolhimento dos profissionais
8:15- 8:50h	2-Apresentação dos pesquisadores/ estudo do mestrado e participantes (sujeitos do estudo)	Usar técnica de apresentação (quebra-gelo) pedir que escrevam uma palavra (uso da tarjeta) para escrever seu sentimento para iniciar essa manhã (e realizar) a Oficina.
8:50- 9:15h	3-Devolutiva sobre os resultados do questionário referentes ao perfil socioprofissional, demográfico e de interação com a Vigilância do Câncer de Boca (respondido pelos Profissionais de Saúde atuantes na Estratégia de Saúde	Apresentação (PowerPoint) da mestranda, elucidando e dialogando sobre os resultados do formulário aplicado na primeira fase da pesquisa e justificativa da oficina. *

	da Família –ESF – zona rural).	
9:15h – 10:00h	4-Formação de 4 ou 5 grupos e entrega da consigna, para que produzam uma reflexão/apresentação sobre a vigilância do câncer de boca.	Orientar os profissionais a descreverem sobre o assunto, com ênfase em sua realidade de trabalho. Problematizar e sistematizar com os profissionais os métodos de educação em saúde que utilizam em suas atividades e os resultados alcançados, bem como eleger os mais promissores.
10:00 - 10:15	Intervalo para lanche	
10:15f – 11:00h	5 – Apresentação, pelos grupos, do material produzido, e participação da convidada (especialista na temática “câncer de boca. ” – (Dra. Cizelene do Carmo Faleiros Veloso Guedes)	Estimular os profissionais a compartilharem suas experiências, refletirem sobre as potencialidades e fragilidades das vigilâncias, no contexto de seu trabalho.
11:00h – 12:00h	6 – Assistir e comentar vídeo sobre a temática e fechamento da atividade. (Autoexame e videoscribe sobre câncer bucal)	Permitir que os profissionais reflitam e sistematizem as conclusões conjuntamente.

* Obs.: para haver coerência é preciso que se faça essa apresentação (baseada em MAEA). Você pode por exemplo ir convidando os participantes para ler o resultado e discutir sobre... será uma apresentadora/mediadora da apresentação, buscando o protagonismo dos participantes...

Consigna para atividade (Grupo)
1ª Oficina: Vigilância de Câncer bucal: Como é feita?
Elaborem uma apresentação visual para compartilhar no coletivo, respondendo as seguintes questões: Quais são as principais características do câncer de boca (incluir diagnóstico e os principais fatores de risco e protetivos)?

Na dinâmica da assistência em saúde (nas Áreas Rurais), você considera o câncer bucal uma doença comum ou eventual? Justifique sua resposta.

Qual abordagem profissional você realiza para contribuir no enfrentamento específico dessa enfermidade?

No contexto de trabalho da área rural, quais as práticas educativas você considera efetivas na vigilância do câncer bucal? Descreva 3 ações possíveis.

Elejam um representante para apresentar as ideias do grupo

Tempo para produção: 20 a 30 minutos

Recursos materiais disponíveis: papel Kraft, folhas sulfites, pinceis atômicos, canetas.

APÊNDICE D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO POPULAÇÃO RURAL

Você está sendo convidado(a) a para participar da pesquisa associada ao projeto de Mestrado Profissional em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador, do programa de Pós-graduação do Instituto de Geografia, da Universidade Federal de Uberlândia, intitulada “**Vigilância do câncer de boca na estratégia saúde da família: perfil sócio profissional e demográfico dos trabalhadores e o uso das metodologias ativas.**”, sob a responsabilidade dos pesquisadores Prof. Dra. Liliane Parreira Tannús Gontijo, Naessa Santos Borges Zure.

Nesta pesquisa, nosso objetivo é avaliar o uso das metodologias ativas de ensino-aprendizagem como um recurso facilitador nas ações educativas em saúde dos trabalhadores da saúde da família, para promover vigilância do câncer bucal em benefício da população rural.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será obtido pela pesquisadora Naessa Santos Borges Zure, no mês de novembro de 2021, nas dependências das Unidades Básicas de Saúde da Família(UBSF), aos participantes convidados residentes no distrito Rural da rede municipal de Saúde da Prefeitura de Uberlândia – MG. Fica claro que o convidado é livre para decidir se quer ou não participar e que tem o direito de ter um tempo para decidir e tirar dúvidas.

Na sua participação você participará de **uma oficina** que vai abordar a vigilância de câncer do Boca e será estimulado a usar metodologias ativas nas atividades de Educação e promoção de saúde, com duração de 2 horas, as quais serão integralmente gravadas, e posteriormente transcritas, analisadas sem danificar o conteúdo e posteriormente a gravação será apagada. Sua colaboração será muito importante para a realização deste projeto de pesquisa. Em nenhum momento você será identificado. Os resultados da pesquisa serão publicados e ainda assim a sua identidade será preservada, sem revelar o seu nome ou qualquer informação que prejudique sua privacidade. Você não terá nenhum gasto e ganho financeiro por participar na pesquisa. Os riscos de sua participação consistem no sentimento de invasão de privacidade e ou constrangimento no ato da realização das oficinas, receio/desconforto em expor aspectos da vida individual ou coletiva, além da possibilidade de identificação e divulgação de informações colhidas na pesquisa, por isso os pesquisadores se comprometem a ser os únicos a manipular e acessar os dados e tomar todas as providencias para garantir sigilo.

Assinatura dos pesquisadores

Eu aceito participar do projeto citado acima, voluntariamente, após ter sido devidamente esclarecido.

Participante da pesquisa

Pretende-se, no entanto, eliminar ao máximo tais riscos ao facultar aos participantes a livre opção de participar ou não da pesquisa, e esses riscos ainda serão minimizados considerando que no instrumento de coleta de dados os participantes não serão identificados, sua identidade terá sigilo absoluto sendo que os dados serão apresentados no seu conjunto de acordo com a Resolução CNS 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

Os benefícios aos profissionais poderão ser diretos através da ampliação do conhecimento e de apropriação da utilização das metodologias ativas as quais poderão levar a um efeito positivo de ampliação da vigilância ao câncer de boca. Poderá também proporcionar momentos de reflexões sobre os processos de trabalho, permitindo elaborar estratégias para as suas ações educativas e de se pensar em meios de promover a saúde.

Você é livre para deixar de participar da pesquisa a qualquer momento sem nenhum prejuízo ou coação. Uma via original deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ficará com você, guarde cuidadosamente, pois é um documento que informa e garante seus direitos.

Qualquer dúvida a respeito da pesquisa você poderá entrar em contato com: Professora Liliane Parreira Tannús Gontijo, pelo telefone 3225-8145 ou na Universidade Federal de Uberlândia: Av. Pará, nº 1720 - Bloco 2G - anexo B, sala 39, Campus Umuarama – Uberlândia – MG. Poderá também entrar em contato com o CEP - Comitê de Ética na Pesquisa com Seres Humanos na Universidade Federal de Uberlândia: Av. João Naves de Ávila, nº 2121, bloco A, sala 224, Campus Santa Mônica – Uberlândia–MG, CEP: 38408-100; fone: 34-32394131. O CEP é um colegiado independente criado para defender os interesses dos participantes das pesquisas em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos conforme resoluções do Conselho Nacional de Saúde.

Uberlândia, _____ de _____ de 20 _____.

Assinatura dos pesquisadores

Eu aceito participar do projeto citado acima, voluntariamente, após ter sido devidamente esclarecido.

Participante da pesquisa

APÊNDICE E – REALIZAÇÃO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE COM A POPULAÇÃO RURAL DO MUNICÍPIO



UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
Programa de Pós-Graduação em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador -
PPGAT (Mestrado Profissional)
Dissertação de Mestrado
Vigilância do câncer de boca na estratégia saúde da família:
perfil sócio profissional e demográfico dos trabalhadores e o uso das
metodologias ativas.

Roteiro EDUCAÇÃO EM SAÚDE (Roda de Conversa) Unidade Básica de Saúde Tapuirama – Zona Rural

1. Objetivos

1.1. Geral: Construir o autocuidado qualificado em Saúde Bucal, com ênfase na VIGILÂNCIA DO CÂNCER BUCAL.

1.2. Específicos:

1. Despertar a compreensão e discernimento sobre os principais agravos e doenças bucais que afetam a saúde bucal, com base na percepção dos participantes da comunidade que participarão da roda de conversa de educação em saúde;
2. Construir as associações entre autocuidado bucal e saúde geral que promovam saúde;
3. Fomentar o uso adequado do serviço odontológico;
4. Promover ciência dos participantes sobre sua condição bucal para qualificar o autocuidado;
5. Dirimir dúvidas dos participantes em relação à saúde bucal, tendo em vista a criação e manutenção de medidas preventivas e as promocionais em saúde geral e bucal, com ênfase na prevenção do câncer bucal.

2. Público-Alvo: Adultos, sexo masculino, acima de 40 anos de idade.

3. Responsáveis: Naessa Santos Borges Zure (mestranda); e Profa. Dra. Liliane Tannús (orientadora).

4. Convidada: Cizelene do Carmo Faleiros Veloso Guedes (especialista oncologia)

5. Temas Programáticos em Saúde Bucal:

- | | | | |
|--|-------|------------------------------|--|
| 1. Higienização de próteses dentárias | de | 3. Autoexame bucal. | 6. Demais temas identificados como de interesse dos participante |
| 2. Inter-relação entre saúde bucal e geral | entre | 4. Senilidade e senescência. | |
| | | 5. Doenças periodontais. | |

6. Programação do Encontro - Educação em Saúde na Unidade Básica de Tapuirama – Vigilância do Câncer bucal

6.1. Atividades prévias:

1. **Entrega de um CONVITE** (anexo), contendo uma mensagem prévia e de atração/adesão/aproximação da comunidade (público alvo) ao encontro de educação em saúde (roda de conversa).
2. **Definição das perguntas/ frases a serem colocadas nos balões**, de acordo com os temas programáticos.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
Programa de Pós-Graduação em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador -
PPGAT (Mestrado Profissional)

Dissertação de Mestrado

Vigilância do câncer de boca na estratégia saúde da família:
perfil sócio profissional e demográfico dos trabalhadores e o uso das
metodologias ativas.

3. **Ambiência do dia 09/11/21:** cadeiras dispostas em um círculo, cartaz de boas-vindas; oferecer café, chá, sucos, pão de queijo...
Profissionais e nossos convidados (alunos da graduação) devem se mesclar com os participantes convidados da comunidade.

6.2. Ações Educacionais:

1. **Técnica de Apresentação dos condutores e dos participantes:** uso de tarjetas e canetas hidrocores; participantes se apresentam a partir de suas relações com a boca/dentes (histórias de vida). *Compartilhe conosco uma história de você com seus dentes, seu sorriso, sua boca, acesso ao dentista, etc. Na tarjeta anote seu nome e dê um título a sua história que será contada.*

Preparar Crachás

2. **Técnica de perguntas com os balões:** os balões (um de cada vez) serem passados entre as mãos dos participantes, com música, ao parar a música, o participante que estiver com o balão, escolhe outro participante para ajudá-lo a estourar o balão, em seguida ler e responder as perguntas contidas no mesmo.

3. **Folhas impressas/plastificadas, contendo imagens de alterações bucais e lesões cancerígenas,** serão utilizadas, quando necessário para ilustrar respostas as perguntas que foram selecionadas ou ressaltar temas relacionados a vigilância do câncer bucal.

4. **Demonstração de autoavaliação bucal:** serão entregues “kits contendo espelho, luva e espátula “para cada participante e a convidada especialista em tratamento de lesões bucais (Profª. Cizelene) explicará sobre as principais regiões a serem investigadas no autoexame do câncer bucal e a mestranda (Naessa) demonstrará em sua boca como avaliar essa região e procurar o dentista caso observe alguma alteração.

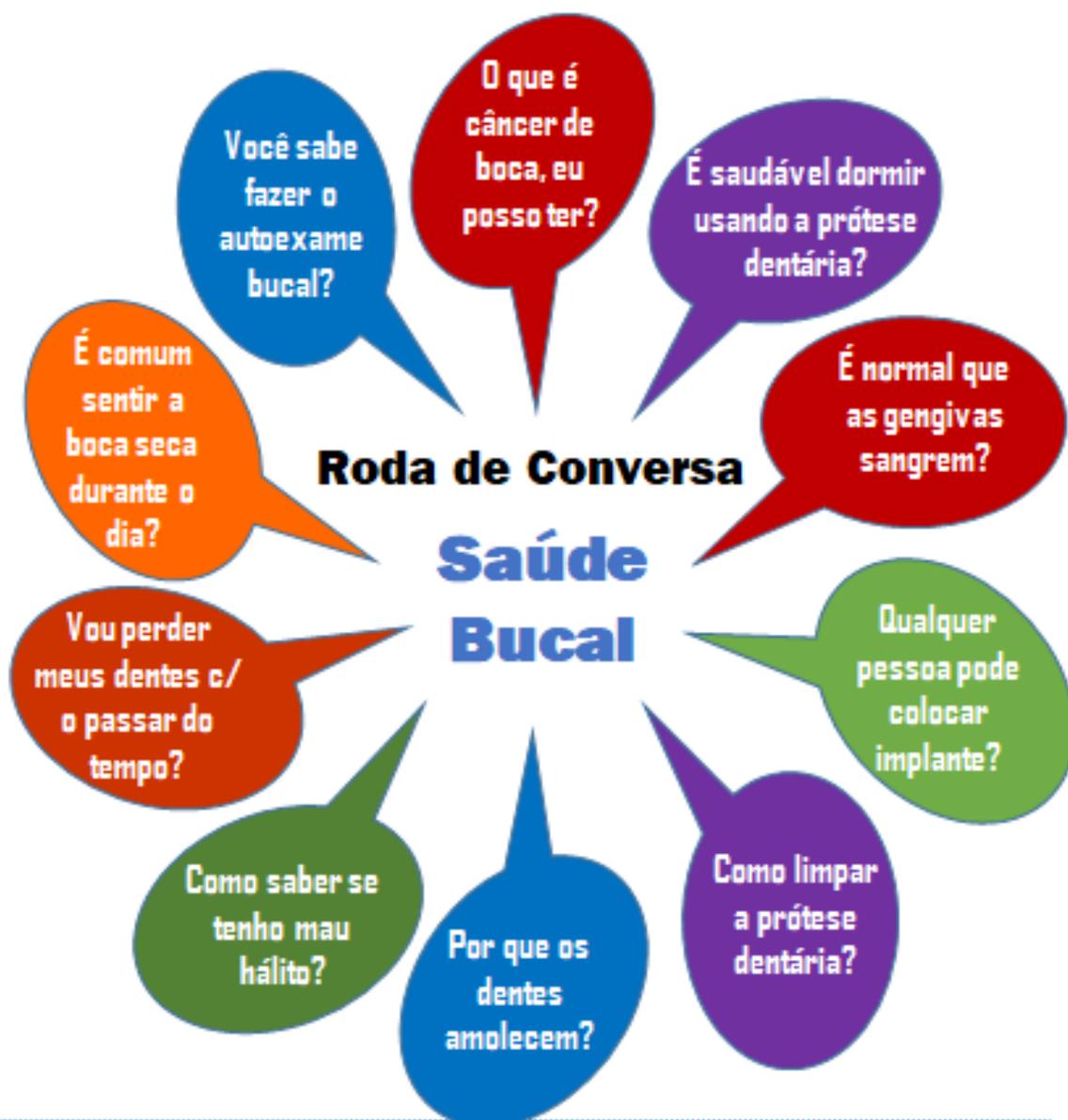
5. **Avaliação:** com tarjetas coloridas (½ papel A4) e canetas hidrocores – resuma em UMA PALAVRA sua avaliação do encontro registre na tarjeta e justifique oralmente. *Como foi, para sua aprendizagem, participar dessa roda de conversa sobre prevenção do câncer de boca?*

6.3. Cronograma das Ações Educacionais

Horário	Ação Educacional	Recursos Utilizados
14:00 às 14:40	Técnica de Apresentação dos condutores e dos participantes	Gravador, Crachás identificadores, canetas hidrográficas e tarjetas.
14:40 às 15:20	Técnica de perguntas com os balões e Folhas impressas/plastificadas, contendo imagens de alterações bucais e lesões cancerígenas (imagens relacionadas as perguntas que serão realizadas)	Balões, frases /perguntas impressas, imagens plastificadas de câncer bucal, caixa de som.
15:20 às 15:40	Demonstração de autoavaliação bucal	Espelho, espátula de madeira e luva descartável, folder ilustrativo.
15:40 às 16:00	Avaliação	Tarjetas coloridas e canetas hidrocores

APÊNDICE F – CONVITE - RODA DE CONVERSA

Você é nosso convidado (a)!



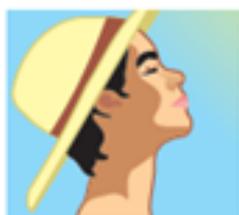
Local: Sala comunitário da Associação de moradores de Tapuیرama

Data: 09/novembro/2020

Horário: 14:00 às 16:00h

Para quem? Todos os interessados da Comunidade de Tapuیرama , principalmente os homens acima de 40 anos.
Participe!

Você é nosso convidado (a)!



Exposição crônica
à luz solar



Próteses mal adaptadas



Má higiene bucal

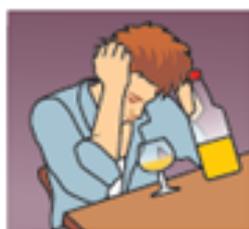


Sexo oral
desprotegido

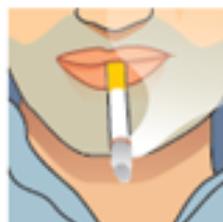
**Roda de
Conversa**
O que pode contribuir
para ter
CÂNCER DE BOCA?



Deficiência
Nutricionais



Alcoolismo



Tabagismo (fumo)



Associação
tabaco e álcool

Participe!

ANOTE PARA NÃO ESQUECER

09/11/21
TERÇA-FEIRA
14h

APÊNDICE G – TÉCNICA DE PERGUNTAS COM OS BALÕES

MOMENTO 2. Técnica de perguntas com os balões:

TEMPO PREVISTO: 40 minutos

A) Explicando a dinâmica aos participantes:

Nesse momento, faremos uma atividade chamada “passa balão“, enquanto colocamos uma música vocês vão passar os 10 balões , um de cada vez , para a pessoa que está ao seu lado, passando de mão em mão , até que , quando a música parar quem estiver com o balão em sua mão terá que escolher um outro participante para ajuda-lo a estourar o balão e ler o que está escrito no papel dentro do balão estourado : Você poderá encontrar uma dica de saúde ou uma pergunta, sendo que após fazer a leitura (em voz alta para todo o grupo escutar), convidamos você (junto com seu escolhido (a)) para responderem. *Vamos lá?*

B) Dicas de saúde para ler, dentro dos balões:

1- Para prevenir o câncer livre-se (ou diminua) o cigarro!

/

Ao fumar, são liberadas no ambiente mais de 7.000 compostos e substâncias químicas que são inaladas por fumantes e não fumantes. Parar de fumar, como solução mais saudável (ou buscar diminuir, ao máximo, o uso dos cigarros. Ter como meta eliminá-lo de sua vida) e de poluir o ambiente é a regra mais importante para prevenir o câncer, principalmente os de pulmão, cavidade oral, laringe, faringe e esôfago.

2- Para prevenir o câncer tenha uma alimentação saudável

Ter uma ingestão rica em alimentos de origem vegetal como frutas, legumes, verduras, cereais integrais, feijões e outras leguminosas e evitar os alimentos ultra processados, como aqueles prontos para consumo ou prontos para aquecer, bebidas adoçadas, entre outros, pode ajudar a prevenir o câncer.

3- Para cuidar da saúde, pratique atividades físicas.

Experimentar por exemplo, caminhar, dançar, trocar o elevador pelas escadas ou levar o cachorro para passear. Achar uma modalidade que você gosta é importante para

começar a fazer atividade. Aproveite e busque um momento coletivo, prazeroso e divertido, com a família e amigos.

4- Para prevenir o câncer, evite: A ingestão de bebidas alcoólicas e a exposição ao sol entre 10h e 16h.

Consumo de álcool em qualquer quantidade ou tipo contribui para o risco de desenvolver câncer. Além disso, combinar bebidas alcoólicas com o tabaco aumenta a possibilidade do surgimento da doença.

Se for inevitável a exposição ao sol durante a jornada de trabalho e use sempre proteção adequada, como chapéu, barraca e protetor solar, inclusive nos lábios.

C) Perguntas a serem respondidas, dentro dos balões:

- 1- Você sabe o que é o câncer e em qual partes do corpo ele aparece?
- 2- Você sabe o que pode causar a doença “câncer de boca”?
- 3- Você conhece alguém que teve câncer de boca? Em caso positivo, conte o que sabe?
- 4- É possível evitar o câncer na boca? Como?
- 5- Como saber se uma pessoa está com câncer na boca? Qual é o tratamento?
- 6- O câncer de boca é uma doença comum? Ela é perigosa?
- 7- Se você estivesse com uma ferida na boca, o que faria para resolver?
- 8- Você já teve uma ferida na boca que permaneceu por mais de 14 dias?
- 9- Por que devemos evitar dentes quebrados ou próteses (dentaduras) que machucam nossa boca?
- 10- Como devo fazer o exame da minha boca, para saber se não tenho câncer?

APÊNDICE H - QUESTÕES DESENVOLVIDAS NAS COMUNIDADES DE APRENDIZAGEM, DURANTE A EDUCAÇÃO EM SAÚDE DE VIGILÂNCIA AO CÂNCER BUCAL, 2021

Vigilância do Câncer de Boca	
Questão 1: O que é câncer de boca? Quais são os principais fatores de risco?	
Comunidade de Aprendizagem A	Comunidade de Aprendizagem B
[...] são geralmente lesões geralmente indolores e persistentes e é tumefações em bases ósseas, é que a gente viu aí na hora e fatores de riscos etilismo, tabagismo, ingestão de alimentos quentes e líquidos quentes, por exemplo o chimarrão, quem tem habito de tomar chimarrão no sul. Principalmente, é traumas persistentes, próteses mal limpadas e tudo mais, sexo oral, o HPV que é um precursor, e protetivos seria o diagnóstico precoce, autoexame e uso de preservativos no caso do sexo oral... P3	[...] são lesões que não cicatrizem por mais de 14 dias , lesões com bordas avermelhadas e esbranquiçadas, nódulos no pescoço e dificuldade na mastigação. Diagnóstico: biópsia e o autoexame e os fatores de risco seriam tabagismo, alcoolismo, os trabalhadores que ficam no campo que não tem meio de proteção, que pega o sol diretamente nos lábios ne, não utilizam boné e chapéu, sexo masculino e homens acima de 40 anos. (Quanto a cor de pele) A gente não pensou sobre isso, mas acho que são brancos né e protetivos , no caso seria o autoexame, os trabalhadores da zona rural usarem protetor labial, usar proteção como boné ou chapéu e as ações de ir em grupos, orientações sobre o uso do cigarro e do alcoolismo... P6
Questão 2: Na dinâmica da assistência em saúde nas áreas rurais, você considera o câncer bucal uma doença comum ou eventual? Qual abordagem profissional é realizada para contribuir no enfrentamento específico dessa enfermidade?	
Comunidade de Aprendizagem A	Comunidade de Aprendizagem B
A gente foi meio breve aí e a gente acredita que seja comum , porém subdiagnosticado, igual no começo a “P2” perguntou, acho que todos aqui conhecem alguém que teve câncer bucal. E eu lembro bem na faculdade algum professor falando assim: “talvez você não veja um câncer bucal, mas vários cânceres bucais verão vocês”. Então, a gente acredita que seja comum sim. [...] infelizmente principalmente o exame clínico porque é o que a gente faz. A gente falar que orienta todos os pacientes com relação ao autocuidado ao autoexame, estaria mentindo, porque, infelizmente, não é a realidade ainda. O ideal é que se eu orientasse um paciente adulto independente do risco, homens acima de 40 anos, independentemente disso, deve ser orientado o autocuidado e o autoexame. Mas, hoje ainda, principalmente o exame clínico, aí gente passa para essa orientação com o paciente principalmente aqueles casos em que a pessoa tem uma linha alba ali pelo que questiona que é isso e tal. Aí a gente então orienta o paciente. Mas não é um hábito ainda essa atitude. P3	Bom, nós colamos eventual porque na nossa concepção de ideais, porque não se vê tanto como uma doença como cárie, periodontite, uma doença periodontal. E para um câncer desenvolver depende desses eventos que são trabalhar na zona rural, tem que estar usando tabaco e o alcoolismo. A gente colocou a incentivar o paciente a fazer o autoexame bucal e as consultas regulares ao dentista, porque na prevenção isso cobre muita coisa né. P6
Questão 3: No seu contexto de trabalho, quais as práticas educativas você considera efetiva na vigilância do câncer bucal? Descreva 3 ações possíveis.	
Comunidade de Aprendizagem A	Comunidade de Aprendizagem B
Então, ações em grupo , nós já temos as ações em grupo e principalmente de grupos de fumantes, assim como a de diabéticos, hipertensos e etc... talvez focar em grupos de fumantes. [...] é informativos, cartazes, panfletos e até as vezes algo que choque para chamar a atenção, às vezes pode despertar alguma ali no paciente, buscar mais essa questão do autocuidado oral; orientações sobre o autoexame e a gente colocou ações nas escolas , porque as vezes, muitas das vezes, os pais dessas crianças não vão por questão de trabalho, a gente sabe como é a vida aqui na zona rural, nem sempre esses pacientes chegam até nós, e as vezes essa informação através dos filhos ali pode chegar até eles e despertar como uma coisa que estava sendo despercebida. P3	Bom, é orientações à população sobre estilo de vida, não fumar e enfim, sobre a prevenção e orientar o paciente a fazer o autoexame e fazer visitas regulares ao dentista e é isso, assim, igual o “P3” falou, faço minhas as palavras dele porque é bem isso assim. P6

Fonte: dados da pesquisa, elaborado por Naessa Santos Borges Zure.

ANEXO A - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Uso de metodologias ativas de ensino-aprendizagem na vigilância do câncer bucal na estratégia saúde da família

Pesquisador: Liliane Parreira Tannús Gontijo

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 23502719.5.0000.5152

Instituição Proponente: Instituto de Geografia

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.911.668

Apresentação do Projeto:

Trata-se de análise de respostas às pendências apontadas no parecer consubstanciado número 3.750.984, de 08 de Dezembro de 2019.

Projeto de pesquisa apresentado ao Programa de Mestrado Profissional em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador do Instituto de Geografia da Universidade Federal de Uberlândia – Instituto de Geografia, de autoria de Naessa Santos Borges Zure, sob a orientação da Profa. Dra. Liliane Parreira Tannús Gontijo.

Segundo os pesquisadores:

Embora sejam conhecidos os avanços no manejo de neoplasias malignas, o câncer de boca permanece com indicadores de morbimortalidade altos, sendo o causador de 5.898 óbitos em 2015. Pois, apesar da identificação dessa doença ser factível em nível básico de complexidade e da alta chance de cura, o motivo desse descompasso é que o diagnóstico acontece tardiamente. Esse fato é agravado quando consideramos as comunidades mais vulneráveis, amplamente expostas aos fatores de risco de desenvolver a doença como acontece em populações residentes no campo, local historicamente desfavorecido de cuidados em saúde, onde é necessário o manejo efetivo de ações de vigilância para alcançar equidade.

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica
Bairro: Santa Mônica **CEP:** 38.408-144
UF: MG **Município:** UBERLÂNDIA
Telefone: (34)3239-4131 **Fax:** (34)3239-4131 **E-mail:** cep@propp.ufu.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DE
UBERLÂNDIA/MG



Continuação do Parecer: 3.911.668

Objetivo:

Avaliar o uso das metodologias ativas de ensino-aprendizagem como um recurso facilitador nas ações educativas em saúde dos trabalhadores da saúde da família, para promover vigilância do câncer bucal em benefício da população rural.

Método:

Abordagem metodológica qualitativa, com aporte da Pesquisa-Ação. A pesquisa qualitativa, utilizar-se-á o recurso das metodologias ativas de ensino aprendizagem (MAEA) no desenvolvimento de oficinas no campo da vigilância do câncer bucal, na área rural de um município mineiro. Serão investigadas equipes de 6 unidades básicas de saúde da Família, das 74 existentes na cidade, esse recorte de 45 profissionais deve-se ao trabalho em área rural, com população semelhante em risco e vulnerabilidade em relação ao montante total. A coleta de dados será mediante os depoimentos ocorridos, durante o desenvolvimento de três oficinas. A 1ª e 2ª oficinas (Apêndice A) se fundamentam na criação de um espaço de reflexão das práticas de vigilância em saúde para enfrentamento do câncer bucal, a partir da realidade territorial do seu trabalho. Por sua vez, a 3ª oficina (Apêndice C), caracteriza-se como espaço pedagógico crítico reflexivo da educação em saúde com a comunidade, reverberando sobre o tema da vigilância às Neoplasias Bucais. A abordagem dos participantes será realizada pela UBSF responsável pelo atendimento da população cadastrada, com o apoio das pesquisadoras. As oficinas terão organização e custos a cargo dos pesquisadores, incluído logística, custo dos deslocamentos e lanche cortesia, com duração de 4 horas cada. Terão como mediadores das atividades 2 pesquisadoras, não pertencente ao grupo alvo e colaboração da investigadora-investigada e uma equipe de apoio a pesquisa, denominada de observadores, constituídas por 2 profissionais de saúde com especialização em saúde coletiva que responsabilizarão pelas observações descritivas para compor o 2º instrumento de coleta de dados, diário de campo. As atividades serão registradas por meio de gravação e posterior transcrição. O público alvo das oficina será constituído por dois grupos de 12 trabalhadores da saúde que espontaneamente concordarem em contribuir e assinar do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O recorte selecionado de 24 participantes justifica-se pela técnica de coleta (MINAYO, 2010) que preconiza grupos menores, mediante a realização da coleta, na observação participante, diários de campo e aprofundamento da investigação. A amostra será intencional, buscando abranger dois critérios: (1) compreender representantes de todas as categorias profissionais, de nível de escolaridade superior e técnico, além dos Agentes Comunitários de Saúde e Auxiliares Administrativos; e (2) incluir toda equipe

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica

Bairro: Santa Mônica

CEP: 38.408-144

UF: MG

Município: UBERLÂNDIA

Telefone: (34)3239-4131

Fax: (34)3239-4131

E-mail: cep@propp.ufu.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DE
UBERLÂNDIA/MG



Continuação do Parecer: 3.911.668

rural de saúde bucal da família, por se constituir um tema de vigilância na área da odontologia. Desta forma, intentando conduzir grupos menores para viabilizar o aprofundamento dos depoimentos, discussões, pensamentos, sentimentos e percepções, o conjunto de três oficinas será oferecido (com os mesmos temas, objetivos e método) duas vezes, em horários diferentes, totalizando 24 participantes trabalhadores. Por seu turno, a última oficina contará com 15 pessoas da comunidade e 15 dos profissionais da saúde. Para a 1ª e 2ª oficinas, o local sugerido será ambiente apropriado, no espaço de salas de aula da Universidade Federal, na qual estão vinculadas as pesquisadoras. E, para a oficina com a participação da comunidade, indicar-se-á espaço comunitário pertencente à associação de moradores de um dos distritos rurais selecionados para o estudo. Ao final da 1ª oficina será aplicado um questionário socioprofissional e demográfico aos trabalhadores da saúde participantes (Apêndice B) para traçar o perfil dos participantes. A referida coleta proceder-se-á sob o apoio de um seminário central ao final da realização das oficinas, com a intencionalidade investigativa de discutir, analisar e interpretar os depoimentos (transcritos).

Critérios de inclusão:

Os critérios de inclusão para os participantes desta pesquisa são: (1) serem profissionais atuantes na Atenção Primária à Saúde de Unidades Básicas de Saúde da Família localizadas em Zona Rural das seguintes categorias: médico generalista, enfermeiros coordenadores de equipe, técnico/auxiliar de enfermagem, auxiliares administrativos, agentes comunitários de saúde cirurgião-dentista, técnico/auxiliar em saúde bucal(2) profissionais que concordem em participar da pesquisa através da assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE).

Os critérios de inclusão para a população rural participantes da pesquisa são: (1) serem moradores cadastrados nas unidades de saúde dos distritos rurais e acompanhados na unidade básica do seu território; (2) terem interesse em participar da pesquisa através da assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE);(3) terem disponibilidade para participar da oficina; e (4) estarem incluídos nos critérios de exposição a fatores de risco para desenvolver câncer de boca.

Sendo assim, a definição do corpo de usuários do SUS da pesquisa baseará na população rural vinculada à supracitada Unidade de Saúde, que tenha interesse em participar e se enquadre nos seguintes critérios de risco e vulnerabilidade ao desenvolvimento de câncer de boca: (1) pertencer à faixa etária igual ou superior a 40 anos; (2) ser tabagista e etilista; (3) trabalhar submetido à exposição excessiva à radiação solar ultravioleta; (4) possuir lesões bucais que não cicatrizam em no máximo 14 dias; (5) ter fatores genéticos e história pregressa de neoplasias; (6) histórico de infecções por papiloma vírus humano (HPV); (7) ter condições limitantes de higiene bucal e

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica
Bairro: Santa Mônica CEP: 38.408-144
UF: MG Município: UBERLÂNDIA
Telefone: (34)3239-4131 Fax: (34)3239-4131 E-mail: cep@propp.ufu.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DE
UBERLÂNDIA/MG



Continuação do Parecer: 3.911.668

próteses mal adaptadas; e (8) possuir baixa qualidade nutricional, pobre em vegetais e frutas.

Critérios de exclusão:

Os critérios de exclusão são: (1) profissionais da equipe de saúde da família de regiões urbanas e moradores da zona rural que não foram mencionados nos critérios estabelecidos anteriormente; (2) profissionais da saúde e moradores de áreas rural que não aceitem participar da pesquisa ou que não cumpram o procedimento de preenchimento do (TCLE).

Análise Estatística:

Os resultados das oficinas compreendem procedimentos variados, relacionados ao contexto da realização ,da caracterização e do registro dos eventos que, segundo Spink et al(2014), resultam em narrativas produzidas tanto pelos pesquisadores como pelos pesquisados e devem constituir o objeto analisado, por isso, os produtos que serão submetidos a análise para traduzir essa pesquisa, serão: (1) gravações completas das oficinas, (2) diário de campo dos pesquisadores (3) gravação das reuniões da equipe após as Oficina, (4) questionário sociodemográfico dos trabalhadores da Saúde. Após a coleta dos dados gerados nas oficinas, a pesquisa seguirá, com vistas à construção qualitativa, o método descrito por Spink et al(2014), denominado análise do repertório linguístico com aporte de mapas dialógicos, dando visibilidade às dinâmicas e interpretação de diferentes aspectos do problema pesquisado. Para a análise, a utilização do instrumento mapa dialógico que, segundo Tavanti (2013) permite organizar e nortear a discussão dos resultados, permitirá: (1) estabelecer conexão entre os temas emergentes durante as oficinas (2) entender as dinâmicas internas de negociação e de sentidos do grupo pesquisado e (3) selecionar a partir dos relatos, quais vão compor a narrativa do pesquisador. A elaboração dos mapas seguirá os seguintes passos: (1) transcrição sequencial, que consiste em uma primeira aproximação com o material, possibilitando a seleção de trechos e a definição de temas /categorias a partir da identificação das falas presentes nas gravações, essa etapa permite otimizar o processo pela sistematização das informações e (2) transcrição integral, consiste na inclusão de todas as falas e expressões comunicadas de forma literal, preservando o discurso original do contexto pesquisado. Após essas etapas de transcrição do repertório, segue-se a elaboração propriamente dita do mapa dialógico ,pela produção de um quadro com linhas e colunas organizadas para sistematizar a seleção de trechos específicos da transcrição literal, selecionados de acordo com o objetivo descrito deste estudo, com os temas/categorias identificados a partir da transcrição sequencial e com as questões que precisam ser viabilizadas, funcionando como

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica
Bairro: Santa Mônica CEP: 38.408-144
UF: MG Município: UBERLÂNDIA
Telefone: (34)3239-4131 Fax: (34)3239-4131 E-mail: cep@propp.ufu.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DE
UBERLÂNDIA/MG



Continuação do Parecer: 3.911.668

ferramenta analítica para a produção do relatório final, em congruência com as teorias e conceitos relacionados a temática vigilância ao câncer de boca (SPINK et al, 2014). Quanto aos dados coletados pela aplicação do questionário socioprofissional e demográfico com o objetivo de traçar o perfil dos participantes desse estudo, os trabalhadores da atenção primária a saúde, será feito o registro em planilha eletrônica e os dados passarão por tratamento descritivo.

Objetivo da Pesquisa:

Nos termos do projeto:

Objetivo Primário:

-Avaliar o uso das metodologias ativas de ensino-aprendizagem como um recurso facilitador nas ações educativas em saúde dos trabalhadores da saúde da família, para promover vigilância do câncer bucal em benefício da população rural.

Objetivos Secundários:

1- Traçar o perfil sócio profissional dos trabalhadores da Estratégia de Saúde da Família em áreas rurais.

2-Identificar os processos e fluxos de trabalho da Equipe multiprofissional de saúde da família na promoção da vigilância do câncer bucal.

3-Reconhecer recursos das MAEA (propostas metodológicas, técnicas e tecnologias), potencialidades, desafios e oportunidades para trabalhar educação em saúde como forma de atenção transversal às políticas nacionais de enfrentamento do câncer de boca.

4-Refletir e avaliar os efeitos da ação educacional em saúde utilizando MAEA, como ferramenta estratégica na vigilância ao câncer de boca, segundo a percepção dos trabalhadores e da comunidade.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Nos termos do projeto:

Riscos:

Por se tratar de uma pesquisa científica envolvendo seres humanos cuja investigação envolve a avaliação do desempenho profissional dos trabalhadores e a exposição das condições dos usuários

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica
Bairro: Santa Mônica CEP: 38.408-144
UF: MG Município: UBERLÂNDIA
Telefone: (34)3239-4131 Fax: (34)3239-4131 E-mail: cep@propp.ufu.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DE
UBERLÂNDIA/MG



Continuação do Parecer: 3.911.668

do sistema único de saúde aos seus coletivos afins e aos pesquisadores, para a realização deste estudo tem-se o risco de provocar nos participantes algum constrangimento caso seja violado o sigilo de suas falas, podendo os participantes com isso sofrerem retaliações profissionais e sociais caso suas identidades sejam reveladas ou ocorra a identificação dos seus depoimentos, podendo resultar na invasão da sua privacidade e no rompimento da ética. Sendo assim, seguindo os critérios estabelecidos pela Resolução 466/12 do CNS, os membros da pesquisa se comprometem em garantir a integridade e o bem-estar dos participantes, promovendo a ponderação desses riscos e sendo criteriosos durante todo o desenvolvimento do estudo na confidencialidade, na privacidade e na proteção da imagem dos participantes, para que nenhuma informação utilizada possa trazer quaisquer prejuízos ao seu prestígio, sua autoestima e aos aspectos profissionais que interfiram nas questões econômicas e financeiras (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2013). Como forma de evitar esses constrangimentos, o estudo fundamentará suas ações no respeito aos valores culturais, sociais, morais, religiosos, hábitos e costumes da comunidade envolvida. A fim de certificar que os danos serão evitados, os pesquisadores se comprometem a manter o sigilo das respostas do questionário partindo da não identificação ao respondê-lo e mantendo sigilosa a identidade tanto na coleta quanto na transcrição dos dados levantados durante as oficinas, utilizando, para isso, representações fictícias quando se referir aos participantes no lugar dos nomes verdadeiros.

Benefícios:

Esta pesquisa possui grande relevância social, o que torna os seus riscos inferiores aos benefícios traduzidos à comunidade, devido ao potencial de melhora na prestação do serviço em saúde a medida que propõe a organização dos processos de trabalho na atenção primária e ampliação permanente de conhecimento pelos profissionais, para que as ações educativas sejam efetivadas na vigilância da Saúde, baseando-se em evidências científicas no enfrentar os problemas conhecidos, como o câncer de Boca. Os efeitos benéficos podem se perpetuar após a conclusão da pesquisa por sua característica de priorizar a autonomia, protagonizando o indivíduo no controle da sua saúde ao propor as metodologias ativas como estratégia de educação em saúde, capacitando os atores envolvidos a atuarem como agentes transformadores sociais aptos a construir e propagar o conhecimento, além de proporcionar momentos de reflexões sobre o autocuidado necessários à manutenção da vida.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Sobre as pendências do Parecer nº 3.750.984 de 08 de dezembro de 2019:

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica
 Bairro: Santa Mônica CEP: 38.408-144
 UF: MG Município: UBERLÂNDIA
 Telefone: (34)3239-4131 Fax: (34)3239-4131 E-mail: cep@propp.ufu.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DE
UBERLÂNDIA/MG



Continuação do Parecer: 3.911.668

1) PENDÊNCIA CEP/UFU:

- Esclarecer se o roteiro de entrevista é em grupo ou individual.

RESPOSTA DOS PESQUISADORES:

O Roteiro, inserido no Apêndice A será desenvolvido em grupo. A intencionalidade desse roteiro coletivo, justifica-se para construir as informações pertinentes ao objetivo geral (1) e específicos(2) desse estudo, sendo eles, respectivamente:

(1) Avaliar o uso das metodologias ativas de ensino-aprendizagem como um recurso facilitador nas ações educativas em saúde dos trabalhadores da saúde da família, para promover vigilância do câncer bucal em benefício da população rural.

(2) Traçar o perfil sócio profissional dos trabalhadores da Estratégia de Saúde da Família em áreas rurais, identificar os processos e fluxos de trabalho da Equipe multiprofissional de saúde da família na promoção da vigilância do câncer bucal, reconhecer recursos das MAEA (propostas metodológicas, técnicas e tecnologias), potencialidades, desafios e oportunidades para trabalhar educação em saúde como forma de atenção transversal às políticas nacionais de enfrentamento do câncer de boca e refletir e avaliar os efeitos da ação educacional em saúde utilizando MAEA, como ferramenta estratégica na vigilância ao câncer de boca, segundo a percepção dos trabalhadores e da comunidade. O roteiro será aplicado em grupo para permitir vários interlocutores na ação, voltado para a relevância da coletividade, assim, favorecendo a compreensão da questão da pesquisa. Inserimos esses esclarecimentos na página 11 do projeto, digitado em destaque na cor vermelho.

=>ANÁLISE CEP/UFU: Pendência atendida.

2) "Serão investigadas equipes de 6 unidades básicas de saúde da Família, das 74 existentes na cidade, esse recorte de 45 profissionais deve-se ao trabalho em área rural, com população semelhante em risco e vulnerabilidade em relação ao montante total".

PENDÊNCIA CEP/UFU:

- Esclarecer qual o critério adotado para a seleção de seis UBS.

RESPOSTA DOS PESQUISADORES:

O critério adotado para a seleção das seis UBSF foram:

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica
Bairro: Santa Mônica CEP: 38.408-144
UF: MG Município: UBERLÂNDIA
Telefone: (34)3239-4131 Fax: (34)3239-4131 E-mail: cep@propp.ufu.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DE
UBERLÂNDIA/MG



Continuação do Parecer: 3.911.668

-Incluir 100% das Unidades Básicas de saúde da família, localizadas em setor rural do município, isto é, 6 (seis) Unidades. A cidade na qual a pesquisa será realizada possui uma população estimada de 683.247 habitantes segundo o IBGE, para fornecer assistência à saúde, o município pesquisado conta com 74 Equipes de Saúde da Família, distribuídas em 54 Unidades Básicas e 02 Unidades de Apoio, das quais apenas 28 possuem a Equipe de Saúde bucal, equivalendo a uma cobertura de 41% na Saúde da Família e 16% com a participação de equipe de Saúde Bucal. Para interesse desta pesquisa, somente serão investigados as equipes multiprofissionais de saúde da família das aéreas de abrangência rurais, designadas para assistir as 6 unidades básicas de saúde da Família-UBSF localizadas nos territórios rurais. Em adição esclarecemos que para interesse deste estudo, o total de profissionais que compõe essas unidades básicas de saúde da Família-UBSF do setor rural da cidade são 45 pessoas, esse número corresponde a 100% do profissionais de saúde, das categorias: auxiliar administrativo , medico, enfermeiro, técnico em enfermagem, auxiliar de saúde bucal, dentista e agente comunitário de saúde , que atendem em unidades básicas de saúde da família cuja estrutura física e população adstrita estão localizadas nos territórios rurais. Esse critério de escolha, que exclui todas as UBSF de áreas urbanas, deve-se ao interesse desse estudo, delimitado a uma comunidade de características semelhantes em risco e vulnerabilidade associados às condições de vida em espaços rurais e suas peculiaridades. Inserimos esses esclarecimentos no tópico 2 metodologia, na página 11 do projeto, digitado na cor vermelho.

=>ANÁLISE CEP/UFU: Pendência atendida.

3) NO PROJETO DETALHADO, PÁGINA 12, TÓPICO 2 METODOLOGIA, OS PESQUISADORES RELATAM QUE: "O público alvo das oficina será constituído por dois grupos de 12 trabalhadores da saúde que espontaneamente concordarem em contribuir e assinar do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O recorte selecionado de 24 participantes justifica-se pela técnica de coleta (MINAYO,2010) que preconiza grupos menores, mediante a realização da coleta, na observação participante, diários de campo e aprofundamento da investigação".

PENDÊNCIA CEP/UFU:

- Esclarecer a necessidade subdividir os 24 participantes (trabalhadores da Estratégia Saúde da Família) em dois grupos de 12?

RESPOSTA DOS PESQUISADORES:

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica
Bairro: Santa Mônica CEP: 38.408-144
UF: MG Município: UBERLÂNDIA
Telefone: (34)3239-4131 Fax: (34)3239-4131 E-mail: cep@propp.ufu.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DE
UBERLÂNDIA/MG



Continuação do Parecer: 3.911.668

O grupo de trabalhadores da saúde lotados em regiões rurais de 24 participantes, selecionado para colaborar na pesquisa, será subdividido em dois subgrupos, prezando o sucesso e recomendações da técnica de coleta de dados em grupo, com o intuito de facilitar a intercomunicação dos membros, a escuta e o registro dos pesquisadores, valorizando a capacidade das pessoas de opinar e agir na interação com outros indivíduos. Segundo Minayo (2010)¹, do ponto de vista operacional, é importante que as reuniões com os informantes da pesquisa não extrapole a quantidade de até 12 participantes, isso facilita aos pesquisadores mediar a participação de todos, inibindo a monopolização das palavras, encorajando o aprofundamento nas discussões e finalizando as discussões no tempo previsto para o trabalho em grupo. Inserimos esses esclarecimentos no tópico 2 metodologia, na página 12 do projeto, digitado na cor vermelho.

=>ANÁLISE CEP/UFU: Pendência atendida.

4) "Desta forma, intentando conduzir grupos menores para viabilizar o aprofundamento dos depoimentos, discussões, pensamentos, sentimentos e percepções, o conjunto de três oficinas será oferecido (com os mesmos temas, objetivos e método) duas vezes, em horários diferentes, totalizando 24 participantes trabalhadores. Por seu turno, a última oficina contará com 15 pessoas da comunidade e 15 dos profissionais da saúde".

PENDÊNCIA CEP/UFU:

- Esclarecer porque as três oficinas serão realizadas duas vezes, em horários diferentes.

RESPOSTA DOS PESQUISADORES:

As oficinas serão realizadas duas vezes, devido ao fato de que o quantitativo pesquisado (24 profissionais da saúde) será subdividido em dois grupos, sendo necessárias duas ofertas, para garantir que as oficinas sejam oferecidas pela mesma equipe pesquisadora, seguindo o mesmo roteiro, temas, objetivos e método. Quanto aos horários (turnos) diferentes, a razão principal é para cumprimos com a exigência da instituição responsável pelos sujeitos do estudo, considerando não retirar os funcionários do trabalho ao mesmo tempo, o que poderia prejudicar o atendimento e funcionamento das unidades básicas de saúde da família e conseqüentemente, prejudicar a atenção aos usuários do serviço em questão. Em adição, permitirá maior flexibilidade e comodidade aos voluntários da pesquisa, uma vez que opções de turnos diferentes permitirão que a participação esteja em conformidade com o horário e vínculo empregatício de cada

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica
Bairro: Santa Mônica CEP: 38.408-144
UF: MG Município: UBERLÂNDIA
Telefone: (34)3239-4131 Fax: (34)3239-4131 E-mail: cep@propp.ufu.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DE
UBERLÂNDIA/MG



Continuação do Parecer: 3.911.668

trabalhador, isto é, se no turno da manhã ou da tarde.

Essas informações estão resumidamente expostas no texto, no item 2 metodologia, na página 12 do projeto detalhado, evidenciadas na cor vermelha.

=>ANÁLISE CEP/UFU: Pendência atendida.

- Esclarecer a necessidade da participação de 15 trabalhadores da Estratégia Saúde da Família na terceira oficina.

RESPOSTA DOS PESQUISADORES:

Esse estudo apropria-se de um método participativo, com base empírica, sobre a temática vigilância do câncer de boca. Será realizado em associação com uma ação /enfrentamento do problema coletivo, a ser realizada de modo cooperativo, mediante a imersão dos pesquisadores, isso permite pesquisar e agir conjuntamente com os atores

implicados na situação vigente. A pesquisa pretende elucidar a realidade e experimentar soluções enquanto produz ciência, numa ação de enfrentamento da questão social da pesquisa, sendo necessária a participação representativa dos envolvidos na situação estudada para efetivação da pesquisa-ação proposta. Desta forma, durante a realização da última oficina, esse estudo reverbera à aplicação prática de uma intervenção construída coletivamente pelos profissionais da saúde, a ser aplicada junto à comunidade, contando com a participação de 15 pessoas da população rural para efetivar a ação educacional de saúde proposta na vigilância ao câncer de boca. Essa ação pedagógica justifica-se pela sequência e complementariedade das metodologias pedagógicas que serão utilizadas, isto é, ações pedagógicas de aplicação do apreendido nas oficinas anteriores.

Intentando o seu bom funcionamento, se faz necessária a participação de 15 profissionais que foram capacitados nas oficinas anteriores para efetivarem a intervenção construída, coletivamente, e prosseguir na coleta dos dados da pesquisa. Do ponto de vista operacional é recomendado que as reuniões (oficinas) sejam realizadas em grupos reduzidos, certificando que seja promovida a participação representativa de todos e que o quadro empírico da pesquisa esteja mapeado e compreendido seguindo os critério de saturação, nos quais os pesquisadores compreendem a lógica interna do grupo pesquisado, refletindo as múltiplas dimensões do objeto estudado.

Sendo coerente com o caráter qualitativo da pesquisa, que intenta a opção pela profundidade das informações e ações. Esse quantitativo de 15 profissionais, favorece também o planejamento

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica
 Bairro: Santa Mônica CEP: 38.408-144
 UF: MG Município: UBERLÂNDIA
 Telefone: (34)3239-4131 Fax: (34)3239-4131 E-mail: cep@propp.ufu.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DE
UBERLÂNDIA/MG



Continuação do Parecer: 3.911.668

logístico, visto que o local da oficina 3 é junto à comunidade rural, além disso, tem-se o intuito de adequação ao quantitativo do público alvo da oficina (15 moradores da comunidade) e ao espaço físico necessário para sua realização. Em resumo, a 3 oficina será composta por um grupo de 30 pessoas, sendo 15 participantes trabalhadores da saúde e 15 participantes da comunidade, além da presença e participação dos pesquisadores. Inserimos esses esclarecimentos no campo 2 metodologia, na página 12 do projeto, digitado na cor vermelho.

=>ANÁLISE CEP/UFU: Pendência atendida.

5) NO PROJETO DETALHADO, TÓPICO 2 METODOLOGIA, QUANTO AS OFICINAS:

PENDÊNCIA CEP/UFU:

5.1- Esclarecer se tanto profissionais da Estratégia Saúde da Família quanto os moradores da área rural participarão de todas as oficinas (primeira, segunda e terceira).

RESPOSTA DOS PESQUISADORES:

Esclarecemos que tanto profissional da Estratégia Saúde da Família quanto moradores da área rural participarão das oficinas. Contudo, isso ocorrerá em momentos diferentes, sendo que: os profissionais participarão das três oficinas (1ª, 2ª, e 3ª); e moradores da área rural somente da 3ª oficina. Desta forma, as oficinas estão organizadas em três momentos distintos, seguindo as orientações de um roteiro sequencial, descritas no Apêndice A, na página 24 do projeto detalhado, os participantes serão subdivididos em dois grupos de 12 cada, para 2 ofertas de cada oficina, destinadas apenas aos profissionais, sendo assim, participarão da primeira e segunda oficinas, duas turmas de 12 profissionais da Estratégia saúde da família, totalizando 24 profissionais participantes. Como produto dessa duas oficinas, desenvolver-se-á a partir da construção coletiva de pesquisadores e pesquisados, numa perspectiva multidisciplinar e integrativa, uma proposta de educação em saúde com o aporte das metodologias ativas de ensino aprendizagem que será aplicada no terceiro momento. Para realização dessa terceira oficina, serão selecionados dentre os 24 profissionais da Saúde da Família supracitados, um quantitativo de 15, que contarão com a participação de 15 convidados da comunidade rural do município, como participantes alvo da oficina 3, para efetivar a ação proposta de educação em saúde na temática câncer de boca, reverberando em vigilância. Sendo assim, a oficina 1 e 2 é destinada aos 2 grupo de 12 profissionais vinculados a áreas rurais, e a terceira oficina é destinada a 15 profissionais de saúde selecionados desse quantitativo total de 24 participantes e 15 pessoas da comunidade do

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica
Bairro: Santa Mônica CEP: 38.408-144
UF: MG Município: UBERLÂNDIA
Telefone: (34)3239-4131 Fax: (34)3239-4131 E-mail: cep@propp.ufu.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DE
UBERLÂNDIA/MG



Continuação do Parecer: 3.911.668

território rural adscrita que foram selecionados à participar da pesquisa. Como resultado dessas seleções, teremos a participação de 24 profissionais da saúde na oficina 1, 24 profissionais da saúde na oficina 2, e 30 pessoas na oficina 3, sendo 15 delas profissionais da saúde e o mesmo quantitativo de moradores da área rural. Inserimos esses esclarecimentos no item 2 metodologia, nas página 11 e 12 do projeto, digitados na cor vermelho.

=>ANÁLISE CEP/UFU: Pendência atendida.

5.2- Esclarecer porque para a 1ª e 2ª oficinas o local sugerido como ambiente apropriado é o espaço de salas de aula da UFU (na qual estão vinculadas as pesquisadoras).

RESPOSTA DOS PESQUISADORES:

Para realizar as oficinas com os profissionais é necessária uma sala que abrigue confortavelmente o número previsto de 12 participantes por turno, além de pesquisadores envolvidos, a sala precisa estar protegida de ruídos e interrupções externas, é necessário que se tenha cadeiras suficientes, acesso a água, banheiro e um lanche ligeiro para os participantes, que possua suporte tecnológico com recursos áudio visuais ,computadores, tomadas, som , projeção .Por essa razão justifica-se a escolha das salas da universidade, que atende essas necessidades e possuem essas características. O local indicado também respeita a característica de ser território neutro, por não estar nas dependências profissionais dos participantes da pesquisa, evitando possíveis inibições e interrupções, além de ser de fácil acesso aos participantes, devido à proximidade com o local de usual acesso ao transporte oferecido pela prefeitura da cidade para leva-los ao trabalho, além disso, pelo vínculo das pesquisadoras com a universidade, a reserva da sala se torna simplificada. Esses esclarecimentos estão adicionados ao projeto detalhado no campo 2 metodologia, na página 12, com destaque na cor vermelho.

=>ANÁLISE CEP/UFU: Pendência atendida.

6) NO PROJETO DETALHADO, PÁGINA 13, TÓPICO 2.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO DA AMOSTRA, OS PESQUISADORES RELATAM QUE: "Os critérios de inclusão para a população rural participantes da pesquisa são: (1) serem moradores cadastrados nas unidades de saúde dos distritos rurais e acompanhados na unidade básica do seu território; (2) terem interesse em participar da pesquisa através da assinatura do "Termo de Assentimento"; (3) terem disponibilidade para participar da

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica
Bairro: Santa Mônica CEP: 38.408-144
UF: MG Município: UBERLÂNDIA
Telefone: (34)3239-4131 Fax: (34)3239-4131 E-mail: cep@propp.ufu.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DE
UBERLÂNDIA/MG



Continuação do Parecer: 3.911.668

oficina; e (4) estarem incluídos nos critérios de exposição a fatores de risco para desenvolver câncer de boca”.

PENDÊNCIA CEP/UFU:

6.1- Visto que não se fala em recrutamento de menores de 18 anos, o critério (2) que o pesquisador informa, cita "termo de assentimento". Se não tiver menores de idade só é necessário o Termo de Consentimento. Então devem adequar o texto do critério de inclusão ou se deve adequar as informações quanto às idades dos participantes.

RESPOSTA DOS PESQUISADORES:

Houve erro no termo, foi devidamente corrigido no texto 2.3 critérios de inclusão do projeto, a modificação constará na cor vermelha como indica o CEP, feita a alteração para Termo de Consentimento Livre e Esclarecido –TCLE. Inserimos esses esclarecimentos na página 13 do projeto, digitado na cor vermelho.

=>ANÁLISE CEP/UFU: Pendência atendida.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Documentos devidamente apresentados.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

As pendências apontadas no parecer consubstanciado número 3.750.984, de 08 de Dezembro de 2019, foram atendidas.

De acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/12, o CEP manifesta-se pela aprovação do protocolo de pesquisa proposto.

O protocolo não apresenta problemas de ética nas condutas de pesquisa com seres humanos, nos limites da redação e da metodologia apresentadas.

Data para entrega de Relatório Final ao CEP/UFU: Janeiro de 2021.

* Tolerância máxima de 06 meses para atraso na entrega do relatório final.

Considerações Finais a critério do CEP:

OBS.: O CEP/UFU LEMBRA QUE QUALQUER MUDANÇA NO PROTOCOLO DEVE SER INFORMADA IMEDIATAMENTE AO CEP PARA FINS DE ANÁLISE E APROVAÇÃO DA MESMA.

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica
Bairro: Santa Mônica CEP: 38.408-144
UF: MG Município: UBERLÂNDIA
Telefone: (34)3239-4131 Fax: (34)3239-4131 E-mail: cep@propp.ufu.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DE
UBERLÂNDIA/MG



Continuação do Parecer: 3.911.668

O CEP/UFU lembra que:

- a- segundo a Resolução 466/12, o pesquisador deverá arquivar por 5 anos o relatório da pesquisa e os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido, assinados pelo Participante da pesquisa.
- b- poderá, por escolha aleatória, visitar o pesquisador para conferência do relatório e documentação pertinente ao projeto.
- c- a aprovação do protocolo de pesquisa pelo CEP/UFU dá-se em decorrência do atendimento a Resolução CNS 466/12, não implicando na qualidade científica do mesmo.

Orientações ao pesquisador:

- O Participante da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 466/12) e deve receber uma via original do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado.
- O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou (Res. CNS 466/12), aguardando seu parecer, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao participante da pesquisa ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa que requeiram ação imediata.
- O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS 466/12). É papel de o pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.
- Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

Em caso de projetos do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma, junto com o parecer aprobatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial (Res.251/97, item III.2.e).

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica
 Bairro: Santa Mônica CEP: 38.408-144
 UF: MG Município: UBERLÂNDIA
 Telefone: (34)3239-4131 Fax: (34)3239-4131 E-mail: cep@propp.ufu.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DE
UBERLÂNDIA/MG



Continuação do Parecer: 3.911.668

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1452267.pdf	06/01/2020 14:55:03		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_DETALHADO.pdf	06/01/2020 14:54:06	Liliane Parreira Tannús Gontijo	Aceito
Recurso Anexado pelo Pesquisador	PENDENCIAS_RESPOSTA.pdf	06/01/2020 13:47:01	naessa santos borges zure	Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_DE_ROSTO_NAESSA.pdf	14/10/2019 15:10:19	Liliane Parreira Tannús Gontijo	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	APENDICE_D_.pdf	12/10/2019 12:34:20	Liliane Parreira Tannús Gontijo	Aceito
Outros	APENDICE_A.pdf	12/10/2019 12:28:23	Liliane Parreira Tannús Gontijo	Aceito
Outros	APENDICE_G.pdf	12/10/2019 12:22:17	Liliane Parreira Tannús Gontijo	Aceito
Outros	APENDICEC.pdf	12/10/2019 12:17:37	Liliane Parreira Tannús Gontijo	Aceito
Outros	APENDICEB.pdf	12/10/2019 12:10:53	Liliane Parreira Tannús Gontijo	Aceito
Declaração de Pesquisadores	pesquisadores.pdf	11/10/2019 16:35:51	Liliane Parreira Tannús Gontijo	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE2.pdf	11/10/2019 16:34:48	Liliane Parreira Tannús Gontijo	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE1.pdf	11/10/2019 16:32:55	Liliane Parreira Tannús Gontijo	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

UBERLÂNDIA, 11 de Março de 2020

Assinado por:

Karine Rezende de Oliveira
(Coordenador(a))

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica
Bairro: Santa Mônica CEP: 38.408-144
UF: MG Município: UBERLÂNDIA
Telefone: (34)3239-4131 Fax: (34)3239-4131 E-mail: cep@propp.ufu.br

ANEXO B - DECLARAÇÃO DA INSTITUIÇÃO COPARTICIPANTE

SECRETARIA
MUNICIPAL DE
SAÚDE

PREFEITURA DE
UBERLÂNDIA
VOCÊ PODE CONTAAR COM A GENTE

NÚCLEO DE ESTÁGIOS E
PESQUISAS

DECLARAÇÃO DA INSTITUIÇÃO COPARTICIPANTE

Declaro estar ciente que o Projeto de Pesquisa “**Uso de metodologias ativas de ensino-aprendizagem na vigilância do câncer bucal na estratégia saúde a família**” será avaliado por um Comitê de Ética em Pesquisa e concordar com o parecer ético emitido por este CEP, conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 466/12. Esta Instituição está ciente de suas corresponsabilidades como instituição coparticipante do presente projeto de pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos Participantes da pesquisa, nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.

Autorizo os(as) pesquisadores(as), a orientadora: **Professora Dra. Liliane Parreira Tannus Gontijo e a discente: Naessa Santos Borges Zure** realizarem a(s) etapa(s) da pesquisa referente à 3 oficinas ,com duração de 4 horas, com participação das equipes multiprofissionais de saúde da família que prestam assistência nas áreas rurais do município, totalizando o número de 24 trabalhadores da saúde participantes e 15 pessoas da comunidade rural, residentes do distrito pesquisado, para efetivar a ação proposta de educação em saúde na temática Neoplasias Bucais e suscitar a reflexão do cotidiano, buscando a elaboração de novas práticas pela equipe de saúde da família e diferentes saberes aplicados conjuntamente com a comunidade na vigilância ao câncer de boca , utilizando-se da infra-estrutura desta Instituição.


Ana Rita de Faria
Assessora Técnica de Enfermagem
SPDM
COREN-MG 116303-ENF
Ana Rita de Faria

Coordenadora da Atenção Primária à Saúde
Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina

Uberlândia 00 / 00 / 19