

Educação em saúde: dialogando com trabalhadores e trabalhadoras do campo sobre o câncer bucal

Health education: dialoguing with rural workers about oral cancer

Educación en salud junto a los trabajadores rurales

Recebido: 16/11/2021 | Revisado: 26/11/2021 | Aceito: 05/12/2021 | Publicado: 15/12/2021

Ademar Soares Cavalcante Filho

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3087-3104>

Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Ceará, Brasil

E-mail: ademarsf@ifce.edu.br

Marcos Antônio de Oliveira

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3591-6401>

Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Norte, Brasil

E-mail: marcosoliveir17@gmail.com

Resumo

O câncer bucal é uma doença degenerativa crônica que pode levar à morte. Entre os fatores de risco, encontra-se a radiação ultravioleta decorrente da exposição solar. Pessoas que desenvolvem atividades laborais em ambientes externos, como os trabalhadores e trabalhadoras rurais do assentamento rural Sítio Aracaju, no município de Iguatu, estado do Ceará, fazem parte do grupo de risco para desenvolvimento do tumor. A pesquisa teve como objetivo principal investigar a percepção dos trabalhadores e trabalhadoras rurais acerca da prática educativa em saúde sobre a temática câncer bucal. Tratou-se de pesquisa-ação de abordagem qualitativa, com coleta de dados por meio de formulário, observação direta assistemática e entrevistas. A prática educativa foi elaborada tendo como pressupostos a formação humana integral e a promoção da saúde; o primeiro se constitui em fundamento da educação profissional e tecnológica (EPT), enquanto o segundo teve como foco a autonomia, e a corresponsabilidade política e social dos sujeitos envolvidos. A prática educativa consistiu numa abordagem sociocultural, fundamentada na educação popular de Paulo Freire e na pedagogia da problematização de Juan Díaz Bordenave, com uso da roda de conversa que se materializou em torno do arco de Maguerez. A experiência resultou em projeto de extensão com potencial de aplicação em diversas outras realidades sociais.

Palavras-chave: Educação em saúde; Câncer bucal; Ação educativa; Projeto de extensão.

Abstract

Oral cancer is a chronic degenerative disease that can lead to death. Among the risk factors is ultraviolet radiation resulting from sun exposure. People who develop labor activities in external environments, such as field workers in the rural settlement Sítio Aracaju, in the municipality of Iguatu, state of Ceará, are part of the risk group for tumor development. The main objective of the research was to investigate the perception of rural workers about the educational practice in health on the oral cancer theme. This was an action research with a qualitative approach, data collection through a form, unsystematic direct observation and interviews. The educational practice was elaborated based on the presuppositions of integral human formation and health promotion; the first is constituted as the basis of professional and technical education (PTE), while the second focused on autonomy, and the political and social co-responsibility of the subjects involved. The educational practice consisted of a sociocultural approach based on Paulo Freire's popular education and on the pedagogy of the problematization of Juan Díaz Bordenave, using the conversation wheel that was consolidated by Maguerez's arch. The experience resulted in an extension project with a potential application in several other social realities.

Keywords: Health education; Oral cancer; Educational action; Extension project.

Resumen

El cáncer bucal es una enfermedad degenerativa crónica que puede provocar la muerte. Entre los factores de riesgo se encuentra la radiación ultravioleta resultante de la exposición al sol. Las personas que realizan actividades laborales al aire libre, como los campesinos del asentamiento rural Sítio Aracaju, en la provincia de Iguatu, estado de Ceará, hacen parte del grupo de riesgo para el desarrollo del tumor. El objetivo principal de la investigación fue investigar la percepción de los campesinos sobre la práctica educativa en salud con el tema cáncer bucal. Se realizó una investigación acción con enfoque cualitativo, con colecta de datos a través de un cuestionario, observación directa no sistemática y entrevistas. La práctica educativa se elaboró con los fundamentos de formación humana integral y promoción de la salud; el primero constituye la base de la educación profesional y tecnológica (EPT), mientras que el segundo se centró en la autonomía y la corresponsabilidad política y social de los sujetos involucrados. La práctica educativa consistió en un enfoque sociocultural basado en la educación popular de Paulo Freire y en la pedagogía de

la problematización de Juan Díaz Bordenave, utilizando la rueda de conversación que se materializó alrededor del arco de Maguerez. La experiencia resultó en un proyecto de extensión con potencial de aplicación en varias otras realidades sociales.

Palabras clave: Educación para la salud; Cáncer bucal; Acción educativa; Proyecto de extensión.

1. Introdução

O câncer bucal (carcinoma espinocelular) é uma doença degenerativa crônica que pode levar à morte. A estimativa do Instituto Nacional do Câncer (INCA), órgão do Ministério da Saúde que desenvolve ações de prevenção e controle da doença, estimou para o ano de 2022, o surgimento de 11180 novos casos em homens, e 4010 em mulheres (Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, 2019).

A doença é mais prevalente em homens, geralmente adultos a partir da meia idade. Os fatores de riscos associados à lesão são o tabagismo, o etilismo, o vírus do papiloma humano, hereditariedade, nutrição, más condições de saúde bucal, próteses mal adaptadas e, para os casos que acometem o lábio, a radiação ultravioleta decorrente da exposição solar (Andrade, 2015; Antunes e Antunes, 2004; Carrard et al., 2008; Neville et al., 2020 e Tagliaferro et al., 2013; Leite et al., 2021). Homens e mulheres que exercem as atividades laborais em ambientes externos estão inseridos no grupo de risco para desenvolvimento do tumor (Soares et al, 2019), razão por que o câncer bucal faz parte do rol das doenças ocupacionais dos trabalhadores e trabalhadoras rurais.

No Brasil, a alta demanda e a baixa oferta de ações e serviços odontológicos, com atendimento centrado no público infantil, resulta em expressivos índices de Dentes Cariados, Perdidos e Obturados (CPO-D), sendo igual a 16,75 entre as pessoas de 35 a 44 anos, e de 27,53, na faixa de 65 a 74 anos (Brasil, 2012). Esses índices possibilitam inferir que os serviços odontológicos são mais procurados quando ocorre algum agravo à saúde bucal, ou seja, priorização do tratamento curativo em detrimento da prevenção e da educação em saúde.

As lesões de natureza maligna são muitas vezes descobertas em duas situações bastante comuns: a primeira, quando o usuário busca tratamento para determinado agravo à saúde bucal e, indiretamente, ao exame clínico bucal, o odontólogo encontra a lesão; a segunda ocorre quando a lesão já apresenta graves prejuízos à saúde bucal, dificultando a higienização, a alimentação ou a fala. A implementação de ações educativas em saúde favoreceria a prevenção e/ou melhor prognóstico da doença. Assim, possibilitar o acesso ao conhecimento é uma forma de encorajar a autonomia das pessoas, a corresponsabilidade com a própria saúde e da coletividade.

Entre os indivíduos incluídos nesse quadro, encontram-se os moradores do assentamento rural Sítio Aracaju (ARSA), em Iguatu-CE, ocupado por 17 famílias. Alguns desses trabalhadores e trabalhadoras estão sujeitos a desenvolverem lesões bucais por não receberem assistência odontológica adequada, baseada em informação/orientação/aconselhamento, prevenção e reabilitação da saúde bucal.

Portanto, o problema de pesquisa consistiu em investigar a percepção dos trabalhadores e trabalhadoras rurais acerca da prática educativa em saúde sobre a temática câncer bucal, a partir de abordagem sociocultural, fundamentada na educação popular de Paulo Freire e na pedagogia da problematização de Juan Díaz Bordenave?

2. Metodologia

O desenvolvimento de uma ação educativa sobre câncer bucal para os trabalhadores e trabalhadoras rurais do ARSA, há muito tempo distanciados dos bancos escolares, deveria fundamentar-se na perspectiva da educação profissional e tecnológica, haja vista o comprometimento desta modalidade de educação com o acesso aos diversos tipos de saberes, de modo a contribuir para a formação humana integral desses sujeitos. Ou seja, a prática educativa precisaria constituir-se num espaço de compartilhamento de saberes, questionamentos, autoafirmação de identidades, autonomia e participação.

A formação humana integrada propõe tornar íntegro o homem cindido pela divisão social do trabalho, entre a ação de executar e a de pensar, planejar ou dirigir. Busca superar a redução da preparação para o trabalho ao seu aspecto meramente operacional, proporcionando o acesso aos conhecimentos técnico-científicos e sua apropriação histórico-social. Trata-se de garantir uma formação completa para leitura do mundo e atuação como cidadão, integrado dignamente à sociedade (Ciavatta, 2005).

Nesse sentido, a ação educativa deveria ser um espaço de capacitação para o autocuidado, estímulo à participação social e corresponsabilidade nas políticas de saúde. Conforme aponta a Carta de Ottawa, é neste momento que os envolvidos no ato educativo exercitam seu direito a voz e participam da tomada de decisões e se afirmam como sujeitos (Brasil, 2002).

A prática pedagógica não poderia ser fundamenta na educação para a saúde, cujo pressuposto é o modelo biomédico, focado na doença. Nesse modelo, o empoderamento e a capacitação dos indivíduos se dá pela transferência de informações, calcada numa relação distanciada, autoritária e vertical entre um sujeito que detém o conhecimento e outro que nada sabe, que assume uma postura passiva no processo de ensino e aprendizagem (pedagogia tradicional).

O modelo de educação em saúde, ao contrário, ancora-se no problema pedagógico da educação, que consiste em organizar e sistematizar práticas que contribuam para a humanização da pessoa, de modo que a auxilie na compreensão, transformação e criação de significados (Mialhe et al., 2013).

A educação comprometida com a libertação consiste em um ato cognoscente, onde o objeto cognoscível não constitui o fim do ato cognoscente do sujeito, mas o elemento “mediatizador” dos sujeitos cognoscentes - educador e educando - em face da exigência da superação educador - educandos, processo em que ambos, indistintamente, aprendem e ensinam, compartilham saberes. Sem aquela superação, torna-se impraticável “a relação dialógica, indispensável à cognoscibilidade dos sujeitos cognoscentes, em torno do mesmo objeto cognoscível” (Freire, 2019, p. 68).

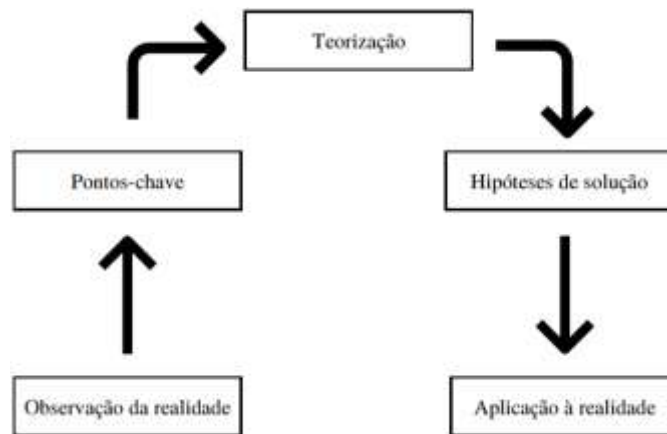
A educação problematizadora se fundamenta no diálogo que se verifica na relação horizontal e simpática entre os interlocutores. Na pedagogia freiriana, o diálogo possibilita a geração de cenários intersubjetivos e constitui os vínculos social e político que fornecem elementos para o fortalecimento comunitário. A educação problematizadora de Paulo Freire se estrutura sob três aspectos político-pedagógicos: a transformação social, o diálogo e a alteridade (Gaviria, 2017).

Associada à pedagogia de Paulo Freire, recorremos à pedagogia da problematização de Juan Díaz Bordenave, que se baseia no reconhecimento de que a educação acontece em determinada realidade física, psicológica ou social. A realidade é vista como “problema”, isto é, algo que pode ser resolvido ou melhorado. O aluno é o protagonista da aprendizagem; junto aos seus companheiros, deve conhecer a realidade para transformá-la. O professor é um facilitador da aprendizagem do aluno (Bordenave, 2003).

Portanto, a pedagogia da problematização de Bordenave se apoia na pedagogia crítica de Freire, fundamenta-se em teorias construtivistas, e incorpora a metodologia de Charles Maguerez, desenvolvida em 1966, que se constitui em “uma obra de caráter mais técnico que pedagógico, voltada à capacitação de trabalhadores analfabetos da África de colonização francesa” (David e Acioli, 2016).

O método do Arco de Maguerez ou método de Maguerez é o constructo metodológico da pedagogia da problematização; é uma sistematização de passos de aprendizagem que busca estabelecer um continuum entre teoria e prática, mediando uma aprendizagem ativa, processual e concreta, partindo de situações-problemas observadas ou vivenciadas. O método é apresentado esquematicamente na Figura 1.

Figura 1 - Esquema do método do Arco de Maguerez.



Fonte: Bordenave e Pereira (1994).

De acordo com o método, propomos ao grupo que teça explicações possíveis para o problema observado, entendendo que o aluno é capaz de tecer explicações acerca do objeto de estudo, ainda que insuficientes ou parciais. Seleccionadas algumas questões-chave ou nós-críticos, buscamos o apoio teórico para as hipóteses explicativas preliminares, o que também é desejável que se processe ativamente pelo aluno. O processo avança na reformulação das explicações e hipóteses de intervenção para resolver o problema, com o retorno à realidade concreta (David e Acioli, 2016).

Do exposto, a pesquisa-ação mostra-se adequada ao escopo do objeto de estudo haja vista que se trata de “pesquisa com base empírica que é concebida e realizada em estreita associação com uma ação ou com a resolução de um problema coletivo no qual pesquisadores e participantes da situação ou do problema estão envolvidos de modo cooperativo ou participativo” (Thiollent, 2011, p. 20). Tipo de pesquisa que se desenvolve “em estreita associação com uma ação voltada à resolução de problemas comunitários e sociais...” (Minayo, 2014, p. 51).

Segundo as informações da Empresa de Assistência Técnica e Extensão Rural do Estado do Ceará, os seis assentamentos foram implantados pelo Instituto de Desenvolvimento Agrário do Ceará ao longo de 22 anos, totalizando 83 famílias assentadas. Esses assentamentos estão localizados num raio de 22 km do centro da sede de Iguatu, município da região Centro-Sul do Estado do Ceará.

Dentre esses assentamentos encontra-se o ARSA, distante 22 km do centro urbano de Iguatu, e situado na coordenada geográfica 6°25'40,5" S 39°14'40,6" W; criado em 2007, com 23 famílias assentadas, o assentamento tem, atualmente, apenas 17 famílias, menos de 74% de sua capacidade.

O acesso é realizado por meio de via sem pavimentação asfáltica; dispõe de energia elétrica; algumas casas possuem cisternas e a captação e armazenamento de água fica ao encargo de cada assentado. Na área do assentamento há quatro açudes, e as águas são utilizadas para diversas atividades, além de consumo. O atendimento de saúde é realizado pela equipe do Programa Estratégia Saúde da Família (PSF) Gadelha II, situada no bairro Gadelha, localizado a 10 km. No assentamento não há escola nem outros equipamentos públicos.

A entrevista foi realizada com 16 dos 17 proprietários (homens), tendo um deles recusado o convite para fazer parte do estudo; os participantes da pesquisa desenvolvem atividades agrícolas (agricultura e pecuária), e alguns deles executam também outros ofícios para composição da renda.

Autorizados pelo presidente da associação do ARSA, aplicamos o questionário socioeconômico, situacional e sanitário. Dados sobre sexo, idade, estado civil, quantidade de membros da família, renda familiar, benefícios sociais, acesso às políticas públicas, nível educacional, dentre outros, serviram para elaboração do perfil dos participantes. Informações acerca da

infraestrutura física, resultado da ação antrópica sobre o ambiente, aspectos relacionados à moradia, utilização da água, esgotos e destinação do lixo, compuseram o quadro situacional e sanitário.

Durante toda a investigação utilizamos a técnica da observação assistemática participante, por ser aquela “... que se realiza, sem planejamento e sem controle previamente elaborados, como decorrência de fenômenos que surgem de imprevisto”, e caracteriza-se pelo “... fato de o conhecimento ser obtido através de uma experiência casual, sem que se tenha determinado de antemão quais os aspectos relevantes a serem observados e que meios utilizar para observá-los” (Rudio, 1978, pp. 41-42).

Com o levantamento do universo vocabular - realizado durante toda a pesquisa -, e a aplicação do questionário, buscamos reduzir a diferença entre pesquisadores e pesquisados, como ensina Brandão (2011). Contemplamos também todas as falas dos sujeitos e não apenas “... os vocábulos mais carregados de sentido existencial e, por isso, de maior conteúdo emocional, mas também os falares típicos do povo” (Freire, 2020).

Após a realização da primeira entrevista, passamos à análise de seu conteúdo. Esta etapa permitiu saber o conhecimento prévio dos participantes acerca do assunto, sendo o ponto de partida para o planejamento e a elaboração de uma dinâmica participativa.

As categorias de análise foram elaboradas em consonância com os quesitos da entrevista, sendo elas: caso de câncer na família ou alguém próximo; notícia sobre câncer de boca ou de lábio; compreensão sobre câncer de boca e de lábio; fatores favorecedores do câncer de boca ou de lábio; medidas preventivas em face do câncer de boca e de lábio; profissional da saúde responsável pela saúde bucal; informações sobre câncer bucal e de lábio repassadas por profissional da saúde; conhecimento da expressão autoexame da boca; visita anual ao dentista; e atendimento odontológico do PSF para o assentamento Sítio Aracaju.

Na elaboração das categorias de análise, a definição do conteúdo e a forma sobre como elaborá-lo, foram baseadas nas orientações de Bardin (2020), mesmo referencial metodológico que utilizamos para a realização da análise do discurso dos participantes da pesquisa, referentes às entrevistas que ocorreram antes e depois da realização da prática educativa.

Com base na análise da entrevista e nos dados obtidos por meio do questionário, elaboramos a situação-problema da prática educativa. Na etapa de entrevistas, constatamos que três entrevistados não eram alfabetizados e que outro fora representado por procurador. Em razão disso, e com base em Freire (2020), elaboramos painéis com ilustrações fotográficas sobre a temática câncer bucal, recurso didático que favoreceria à compreensão e inclusão de todos os participantes na prática pedagógica, desde o momento da apresentação da situação-problema, permeando toda a discussão dela decorrente.

Em razão do perfil dos participantes, recorremos à roda de conversa, estratégia metodológica que consiste num espaço democrático de diálogo e interação entre os sujeitos que participam do processo de ensino-aprendizagem (Guarda et al., 2017). Assim, a roda de conversa foi o método utilizado para garantir o desenvolvimento da ação pedagógica de forma ativa, dialógica, reflexiva e crítica, fundamentada na relação horizontal entre pesquisadores e participantes. Para manter o foco das discussões, confeccionamos uma ficha-roteiro, que deve funcionar como um simples subsídio, “jamais uma prescrição rígida a que devam obedecer e seguir” (Freire, 2020, p. 121).

Em dia e horário previamente acertados com os participantes do estudo, realizamos a ação educativa, alicerçada na educação popular de Paulo Freire, e no método de Maguerez, subsídio da pedagogia da problematização, de acordo com os momentos sistematizados no Quadro 1.

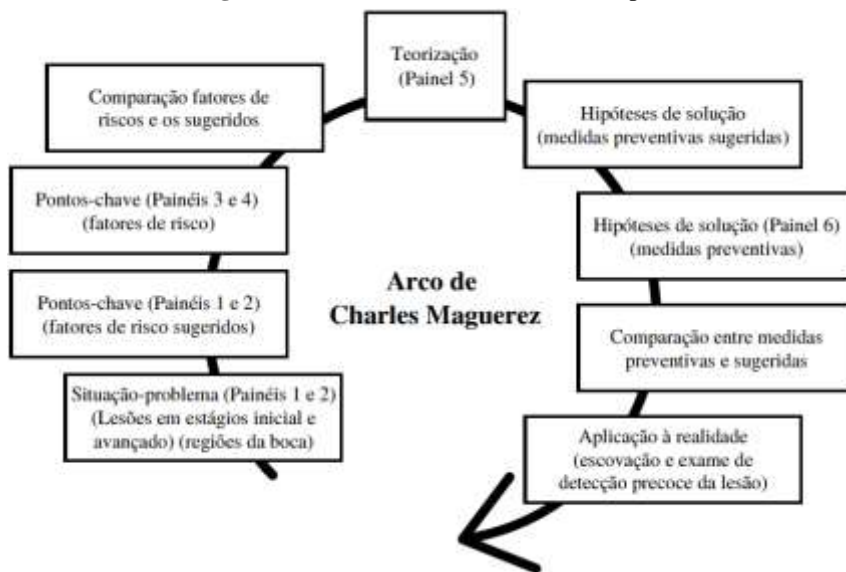
Quadro 1 - A roda de conversa e suas etapas.

Momentos	Descrição
1º Momento Introdução da roda de conversa	Introduzimos o momento com as saudações de praxe e passamos a explicar como se desenvolveria a discussão da temática, com o uso de painéis com fotografias (painéis 1 e 2) relacionadas ao câncer bucal e essas fotografias seriam analisadas e discutidas na roda de conversa com a participação de todos os presentes.
2º Momento Observação da realidade: o problema	Apresentamos dois painéis, cada qual contendo seis fotografias de lesões bucais e labiais provocadas pelo câncer bucal, apresentando lesões cancerosas em estágio inicial, e lesões em estágio mais avançado. Solicitamos, então, que observassem com atenção e comentassem o que estavam vendo. Depois, perguntamos, se observavam alguma diferença entre os dois painéis, sondando se eles seriam capazes de observar a diferença de progressão da doença apresentada nos painéis. Em seguida, visando a uma auto-observação do próprio corpo, em especial da boca, pedimos que eles identificassem em quais partes da boca se apresentavam as lesões. Nós, como facilitador/coordenador, íamos o tempo todo auxiliando-os, incentivando-os e complementando com as devidas informações, de modo à consecução dos objetivos de cada questionamento que fazíamos aos circunstantes.
3º Momento Pontos-chave	A partir dos primeiros painéis, pedimos aos participantes que sugerissem causas, fatores que poderiam ter contribuído para que aquelas pessoas houvessem desenvolvido câncer bucal. Numa folha à parte, anotamos cada um dos fatores sugeridos pelos participantes, criando o rol de fatores de riscos sugeridos. Em seguida, apresentamos os painéis 3 e 4. Solicitamos que os observassem e falassem o que viam. Por fim, falamos que ali estavam expostos os fatores de risco do câncer bucal e procuramos fazer um paralelo entre eles e rol sugerido, ao mesmo tempo que buscamos desconstruir as informações inadequadas.
4º Momento Teorização	Buscamos trazer para a roda de conversa outras informações acerca do câncer bucal, sem maiores aprofundamentos de conteúdo, cuidando de repassá-las com uso de linguagem simples e clara. Falamos, resumidamente, sobre o número de casos da doença no mundo e no Brasil, inclusive o número de óbitos no país; ilustramos por meio de desenho em cartolina o conceito de câncer; fatores de riscos; localização mais frequente da lesão; a contribuição do tabagismo e do consumo de álcool para o surgimento da doença; a relevância do autocuidado e da visita regular ao dentista <i>etc.</i> Para auxiliar na informação sobre o avanço do tumor no organismo, utilizamos, aqui, o quinto painel.
5º Momento Hipóteses de solução	Neste momento, procuramos incentivar os participantes a falarem do que poderiam fazer com o intuito de evitar o câncer bucal. Com as sugestões, elaboramos o rol das medidas preventivas sugeridas. Foram anotadas todas as sugestões, mesmo as mais imaginativas, pois buscávamos, além da aprendizagem significativa sobre o assunto, o desenvolvimento da autonomia, o encorajamento à participação, a elevação da autoestima e o autoconceito. Depois, apresentamos as últimas fotografias (painel 6), e solicitamos aos circunstantes que observassem e nos dissessem o que viam nas imagens. Anotamos todas as opiniões e, ao final, revelamos que aquele painel mostrava as medidas preventivas contra o câncer bucal. Esclarecemos as dúvidas referentes ao painel, e depois comparamos com o rol das medidas preventivas sugeridas, esclarecendo equívocos a respeito desse tópico.
6º Momento Aplicação à realidade	Por fim, pedimos aos participantes, que sugerissem medidas que poderiam ser postas em prática, de acordo com as possibilidades de cada um. Ouidas e anotadas as sugestões, encerramos as discussões acerca do câncer bucal.
7º Momento Encerramento da ação pedagógica	Encerramos a atividade pedagógica com a demonstração, em macromodelo odontológico, de uma correta higienização bucal, exibindo detalhadamente os movimentos que a escova deve fazer nas diversas superfícies dentárias, assim como a importância da escovação da língua.

Fonte: Autores.

Para melhor compreensão sobre a realização da roda de conversa, formulamos um esquema (Figura 2) onde é possível visualizar todos os momentos da prática educativa, com os respectivos painéis. O esquema está baseado no método de Maguerz. Observamos, ao centro, setas representando um círculo em espiral ascendente. Dependendo da circunstância, a exploração da situação-problema pode se abrir para outras situações-problema ou para o aprofundamento cada vez maior da situação-problema estudada pelo grupo da roda de conversa.

Figura 2 - A roda de conversa e suas etapas.



Fonte: Adaptado pelos autores (Bordenave; Pereira, 1994).

Posteriormente à finalização da roda de conversa, realizamos entrevista com os seis trabalhadores rurais participantes do encontro, para avaliação daquela ação educativa. A segunda entrevista da pesquisa, assim como a primeira, foi colhida por meio de gravador de voz. A entrevista final foi estruturada em sete quesitos e, para a análise de seu conteúdo, elaboramos igual número de categorias, aqui expostas: compreensão acerca de câncer bucal; autoproteção contra o câncer bucal; auxílio do PSF na proteção contra câncer bucal; ponto positivo da roda de conversa; ponto negativo da roda de conversa; participação pessoal; e participação da comunidade. A análise do conteúdo da entrevista foi realizada com base em Bardin (2020).

3. Resultados e Discussão

3.1 Análise socioeconômica, situacional e sanitária

As entrevistas realizadas no assentamento revelaram que a figura masculina se apresenta como responsável pela família, situação identificada nos 17 domicílios. A média de idade dos homens entrevistados é de 54 anos, com idades variando de 30 a 73 anos. Quanto ao estado civil, tem-se: oito casados; dois em união estável; dois separados; dois divorciados; um viúvo; e um solteiro.

A prole dos participantes totaliza 40 pessoas, com média de três filhos por família; são 25 do sexo masculino (62,5%) e 15 do sexo feminino (37,5%). Dentre os entrevistados, dois declararam não terem filhos e três afirmaram terem quatro filhos. Dentre os descendentes que residem no assentamento, contabilizamos apenas quatro filhos e três netos.

Com referência a benefícios sociais, seis participantes declararam receber aposentadoria e/ou pensão; desses, um recebe aposentadoria e pensão, outro recebe aposentadoria por invalidez, e quatro deles, apenas aposentadoria por idade. Dentre os pesquisados, dois afirmaram serem beneficiários do Programa Bolsa Família.

Em se tratando dos programas voltados ao desenvolvimento local, 10 participantes foram contemplados com o Programa Cisternas, dos quais sete se beneficiaram também com o Programa Fomento Cisterna (Cisterna Calçadão), seis recebem Seguro-Safra e sete participam do Programa de Distribuição de Sementes. Por outro lado, cinco proprietários declararam que não foram contemplados por quaisquer programas.

A renda média das famílias é de R\$ 1.239,38, considerando o valor de R\$ 998,00 para os benefícios de aposentadoria e pensão, e de R\$ 89,00 para o bolsa família. A aposentadoria compõe a renda de sete famílias, sendo que três delas percebem

valores correspondentes a um benefício, e quatro delas, valores referentes a dois benefícios.

Em relação aos bens de consumo, seis (37,5%) possuem automóvel, e em 14 dos 16 domicílios, há 18 motocicletas. Todos os domicílios possuem geladeira, totalizando 22, o mesmo ocorrendo em relação a aparelhos de televisão. Em 15 dos 16 domicílios, há 20 fogões e 29 ventiladores. Nas famílias de 14 dos entrevistados foram contabilizados 30 aparelhos de telefonia móvel. Nenhum domicílio possui aparelho condicionador de ar, computador de mesa e notebook, e apenas três entrevistados declararam ter acesso à rede mundial de computadores. Destacamos que dois domicílios não possuem automóveis nem motocicletas; um domicílio não dispõe de fogão a gás (utiliza carvão para preparar os alimentos); uma família não possui ventilador; e duas famílias não possuem telefones móveis.

Todos os 16 entrevistados se reconhecem como lavradores, mas sete deles desenvolvem outras atividades: três são pedreiros (dois declararam renda de 1,5 salários-mínimos); dois são autônomos (um deles informando a renda mensal de R\$ 400,00); um declarou que exercia o ofício de relojoeiro (renda de 1,5 salários-mínimos); e o último disse ser vigilante (renda de R\$ 700,00). Daí, constatamos que esses homens (e suas famílias) ainda não vivem da exploração de suas propriedades rurais, indicativo de que o assentamento não está alcançando o fim para o qual fora instituído, ou seja, promover a autossuficiência dos pequenos produtores rurais, no sentido de viverem dignamente do fruto de sua produção agrícola (agricultura e pecuária).

Em relação às condições de habitação, todos moram em edificações de alvenaria, com cobertura em telha de cerâmica (colonial) e piso de cimento, e todas as casas são providas de fossa séptica. O ARSA não possui rede de abastecimento d'água e esgotos. São fontes abastecimento d'água os açudes (intermitentes) e os reservatórios aquáticos artificiais (cisternas). O tratamento da água é realizado por 10 (62,50%) dos entrevistados, dos quais dois (12,5%) se utilizam do processo de filtração e oito (12,5%), do tratamento químico à base de hipoclorito de sódio; cinco deles (31,25%) consomem água na forma industrializada; e um deles (6,25%) não realiza tratamento da água, incorrendo em riscos de adoecimento haja vista que a água é vetor de transmissão de diversas doenças.

No que se refere à destinação do lixo produzido nas residências, 14 (87,50%) realizam a queima (combustão); um deles (6,25%) deixa exposto a céu aberto (na superfície) e o outro (6,25%), enterra os resíduos, o que indica a necessidade de ação de educação ambiental que aborde práticas tais como, coleta seletiva, reciclagem e compostagem da matéria orgânica, de modo a evitar a queima, que provoca a emissão de gases poluentes e contribui para o aumento do efeito estufa.

Com referência à educação, do total de 40 filhos, 10 (25%) são analfabetos, 24 (60%) desistiram dos estudos (evadidos da escola) e apenas seis (15%) concluíram ou continuam realizando estudos em nível superior. Dentre os 16 participantes do estudo (chefes de famílias), quatro (25%) se declararam analfabetos. O percentual de analfabetos mostra-se compatível com os resultados encontrados nos estudos de Kageyama et al. (2010), que apontam 24,5% para produtores rurais e 26% no caso de assentados.

Em relação à saúde, dois apresentam deficiência (física e visual). Os entrevistados foram unânimes em declarar que o agente comunitário de saúde, o enfermeiro e o médico se fazem presentes regularmente; quanto ao dentista, que compõe a equipe do PSF com os demais profissionais, apenas um dos entrevistados declarou ter recebido sua visita em domicílio. No que se refere aos demais serviços de saúde, quatro entrevistados relataram que suas famílias, ao menos uma vez, precisaram dos serviços da Central de Atendimento Psicossocial (CAPS), enquanto cinco declararam terem sido atendidos pelo Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) e/ou pelo Centro de Referência de Assistência Social (CRAS); nenhum dos entrevistados participou de ação sobre câncer bucal.

Quanto aos principais fatores de risco para o câncer bucal, coletamos que 10 trabalhadores rurais (62,5%) possuem o hábito de consumir bebida alcoólica, sendo que três deles fazem uso ao menos uma vez ao mês, cinco deles, de duas a quatro vezes por mês e, dois, com frequência de quatro ou mais vezes por semana.

No tocante ao tabagismo, sete deles declararam que havia fumantes em suas famílias, e um deles declarou-se mascarador de tabaco. Entre os fumantes, a quantidade de cigarros consumidos diariamente, distribui-se: dois deles consomem menos de 10 cigarros; três deles, de 11 a 20; um, consome de 20 a 30; e o outro, ultrapassa 30 cigarros. Por sua vez, o mascarador de tabaco consome diariamente um pacote de 45 gramas.

De acordo com Neville et al. (2020), o risco de pessoas que consomem diariamente 40 cigarros ou mais desenvolverem câncer bucal ou de lábio é cinco vezes maior em relação a pessoas não fumantes; da mesma forma, pessoas que cultivam o hábito de mascar tabaco apresentam probabilidade quatro vezes maior de desenvolverem esses tipos cancerígenos.

Da análise sobre esses fatores de risco, e desconsiderando que o participante seja ao mesmo tempo fumante e etilista, verificamos que, pelo menos cinco dos 16 entrevistados, fazem uso abusivo daquelas substâncias. Como esclarece Tagliaferro et al. (2013), o álcool, de per si, é um causador do tumor, bem como pode contribuir na ação carcinogênica do tabaco, e que a concentração de álcool consumido é fator de risco, independentemente da quantidade total de álcool consumido.

3.2 Discussão acerca da observação direta assistemática

À época de sua fundação, em 2007, o assentamento foi constituído por 23 famílias, das quais remanescem somente sete; outras 10 famílias adquiriram as propriedades de assentados originários, totalizando 17 famílias, e seis propriedades permanecem desocupadas atualmente. Dentre os novos proprietários, cinco deles ainda não conseguiram ter acesso a benefícios como o Programa de Cisternas, em razão dos critérios de seleção desses programas, que são destinados a assentados da Reforma Agrária.

Na fase de aplicação dos questionários, observamos certo grau de desconforto dos participantes, sobretudo no que se refere às informações sobre a renda familiar; a razão do receio é que a declaração da renda poderia prejudicá-los em relação ao acesso de algum benefício governamental no futuro.

Não obstante a presença de mananciais de água doce, no que pese o fato desses reservatórios serem intermitentes, observamos que a agricultura é pouco desenvolvida, sendo obra de um ou outro assentado, com uma pequena produção para a própria subsistência. Quanto à pecuária, constatamos a presença de rebanhos ovinos nos regimes de produção extensiva e de confinamento; identificamos, em quantidade substancialmente menor, a presença de gado bovino.

Relatos de assentados indicam que, pelo menos sete famílias, não residem no assentamento; dentre elas, ao menos duas não foram localizadas durante as visitas que realizamos naquele território, tendo sido relatado que residiam no distrito próximo. Observamos que um desses dois proprietários frequenta o assentamento com maior regularidade aos domingos.

Muitos dentre os assentados desenvolvem outras atividades laborais distintas da agricultura, e fora do assentamento, retornando à residência somente ao final do dia. Desse modo, há evidências de que o assentamento, criado para ser fonte de geração de ocupação e renda por meio do desenvolvimento da produção rural, não vem cumprindo adequadamente sua função.

3.3 O universo vocabular dos assentados

O levantamento sobre o universo vocabular dos assentados permeou todas as fases da pesquisa. Catalogamos 83 palavras, mostradas no Quadro 2, sendo a maioria delas variações de vocábulos do léxico português. O conhecimento sobre a linguagem falada facilitou a interação com os participantes, gerou confiança e, em fase posterior, possibilitou melhor compreensão das gravações realizadas durante a pesquisa. Desde a fase inicial, alertamos para a necessidade de parâmetro de adequação e sofreamento do nosso vocabulário para que a pesquisa pudesse, de fato revelar vicissitudes que muitas vezes são obscurecidas pelo distanciamento entre os sujeitos da pesquisa.

Quadro 2 - Universo vocabular dos participantes da pesquisa.

à vez (às vezes)	exempo (exemplo)	mode (modo)	premero (primeiro)
abturou (obturou)	faiz (faz)	mund'ái (mundo aí)	primera (primeira)
antentativa (tentativa)	falença (falência)	nóis (nós)	procurano (procurando)
autoinzame (autoexame)	figo (fígado)	num (não)	prosta (prótese)
beçu (beço)	firida, firido (ferida)	odontológico (odontólogo ou odontologista)	pru (pelo)
bocal (bucal)	gadeia (gadelha)	orientano (orientando)	prum (para um)
bucado (bocado)	gengibra, gengibre (gengiva)	ouvisto (ouvido, no sentido de ouvido falar)	pura (pôr)
caba (cabra)	grussurinha (grossurinha)	ôvi (ouvi)	qualé (qual é)
cânçe, cânçu (câncer)	impestando (empestiando)	p'aquí (para aqui)	quaqué (qualquer)
carocin (carocinho)	impugnano (impugnando, no sentido de preenchendo toda a área em que surgiu)	pa (para)	qu'eu (que eu)
clareamento (esclarecimento)	incaminado (contaminado)	papelzin (papelzinho)	qui (que)
çoçano (çoçando)	incrontei (encontrei)	papocava (estourar)	rapaizin (rapazinho)
coisada (algo que não se sente capaz de definir ou explicar)	inté (até)	paricido (parecido)	rotinamente (rotineiramente)
cum (com)	inzame (exame)	percurano (procurando)	seje (seja)
dentári (dentária)	jeitin (jeitinho)	percurei (procuerei)	terrive (terrível)
dífice (difícil)	malhor (maior)	pirigoso (perigoso)	tostãozin (tostãozinho, pouco dinheiro)
direitin (direitinho)	mêis (mês)	pobema, problema, pobrema (problema)	tudin (tudo)
dizeno (dizendo)	mermo (mesmo)	postin (postinho)	véi (velho)
doeno (doendo)	milhó, melhor (melhor)	pr'aqueles (para aqueles)	vez (vez)
esôfo (esôfago)			

Fonte: Autores.

A apropriação sobre o universo vocabular possibilitou a ressignificação da forma como desenvolvemos a pesquisa, haja vista que não desejávamos ser vistos como “alguém de fora”, mas se fazia necessário conquistar a confiança da comunidade para desenvolver um trabalho mais profícuo. Assim, respeitando a rotina das pessoas, fomos, *pari passu*, dialogando individualmente para conhecer, cada vez mais, sobre a cultura dos homens e das mulheres do assentamento, reduzindo a distância entre pesquisadores e pesquisados, num movimento dialético de respeito e reconhecimento dos saberes e das identidades locais. A investigação do universo vocabular das pessoas é a fonte de descoberta dos vocábulos mais carregados de significados e sentidos para a comunidade e com os quais o educador poderá trabalhar no processo de alfabetização da comunidade (Freire, 2020).

3.4 Análise da primeira entrevista

Após a realização da primeira entrevista, passamos a analisar seu conteúdo, os quais enriqueceram o conteúdo que planejamos para realização da roda de conversa, favorecendo a dinâmica e as passagens de estágio dentro da ação pedagógica.

Em seguida, elaboramos categorias de acordo com os quesitos da entrevista, assim determinadas: caso de câncer na família ou alguém próximo; notícia sobre câncer de boca ou de lábio; compreensão sobre câncer de boca e de lábio; fatores favorecedores do câncer de boca ou de lábio; medidas preventivas em face do câncer de boca e de lábio; profissional da saúde responsável pela saúde bucal; informações sobre câncer bucal e de lábio repassadas por profissional da saúde; conhecimento da expressão autoexame da boca; visita anual ao dentista; e atendimento odontológico do PSF para o assentamento Sítio Aracaju. Dessa forma, analisamos item a item, colhendo os seguintes resultados, com as respectivas discussões:

- Caso de câncer na família ou alguém próximo

Em relação à aplicação dos questionários com os participantes da pesquisa (16 dos 17 assentados/proprietários), 11 (68,75%) deles afirmaram terem conhecimento sobre possíveis casos de câncer na família ou em alguém próximo; dentre eles, seis (37,5%) relatos foram de casos na própria família - “com minha mãe, meu avô”, “minha irmã”, “com meu pai”, “tenho um irmão” etc. -, enquanto os outros cinco participantes (31,25%) noticiaram situações com pessoas conhecidas. Por outro lado, cinco assentados disseram não saber de casos na família, nem em alguém próximo, relatando que “não conheço não”, “até agora num sabe ainda não” e “num tem caso de câncer não”.

- Notícia e compreensão sobre câncer de boca e de lábio

Indagados se haviam tomado conhecimento sobre câncer bucal ou câncer de lábio, doze (75%) dentre os participantes declararam-se sabedores: “eu já vi caba com câncu de boca”; e “já ôvi falar já”, dentre outros relatos. Porém, quatro participantes (25%), jamais tomaram conhecimento sobre o assunto. O Quadro 3 apresenta as respostas que colhemos quando indagamos sobre o nível de compreensão da doença.

Quadro 3 - Modos de compreensão da doença.

Modo de compreensão	Qtde.	Trecho do discurso dos participantes	Perc. (%)
Localização	2	“Que é do beijo pa coisa...”; “língua, no caso, no pé da língua, e partindo pa garganta...”	12,5
Gravidade da lesão	4	“É uma doença muito pirigosa, né!?”; “é complicado negócio de cânce, né!?”	25,0
Fator de risco	4	“Muito culpa falam do cigarro...”; “vem do sol, né...”; “Falta de higiene, falta de alguma é...”	25,0
Prevenção	4	“Tem que fazer limpeza, né!? Tratamento nos dentes...”	25,0
Nada informou	2	“Num sabia de nada...”; “eu não entendo dessa pergunta não...”	12,5

Fonte: Autores.

A análise das respostas dos participantes sintetizadas no Quadro 3, permite inferir que o conhecimento que eles têm sobre a doença é ainda bastante incipiente, e resulta de suas vivências construídas a partir do senso comum, o que reforça a necessidade de realização de atividades educativas sobre a temática do câncer bucal e do lábio.

- Fatores favorecedores do câncer de boca ou de lábio

Em resposta ao questionamento sobre o que poderia causar o câncer bucal e do lábio, os participantes indicaram diversos fatores que tabulamos de acordo com a frequência das respostas (frequência absoluta). Foram sugeridos 11 fatores de risco, conforme mostra a Tabela 1.

Tabela 1 - Fatores de risco sugeridos

Fator de risco	Frequência abs.	Frequência (%)
Cigarro	5	22,7
Álcool	2	9,1
Exposição ao sol	2	9,1
Condições de saúde bucal	2	9,1
Dentes	2	9,1
Falta de prevenção	2	9,1
Drogas	1	4,6
Ferimento da gengiva	1	4,6
Água	1	4,6
Comida	1	4,6
Contágio	1	4,6
Não souberam informar	2	9,1
Total	22	99,8

Fonte: Autores.

Dentre os fatores sugeridos, mais de 50% não correspondem aos associados ao câncer da cavidade oral e lábio, o que indica certo grau de desconhecimento sobre às causas relacionadas à doença, situação esperada, pois os participantes da pesquisa jamais haviam recebido informações sobre a doença. Ressalta que o fator “drogas”, refere-se a possível contaminação da água e dos alimentos. Por outro lado, quatro fatores de risco da lesão - tabagismo, etilismo, exposição solar e más condições de saúde - foram corretamente identificados pelos respondentes, tendo sido o tabagismo apontado por cinco deles (31,25%).

• Medidas preventivas em face do câncer de boca e de lábio

Em relação às medidas preventivas em face do câncer de boca e de lábio, perguntamos aos participantes que atitudes poderiam ser tomadas visando à proteção contra esse tipo de doença. Suas respostas foram sistematizadas conforme mostra o Quadro 4.

Quadro 4 - Medidas preventivas sugeridas.

Medida preventiva sugerida	N.º de citações	Trecho do discurso dos participantes	Perc. (%)
Tratamento dentário	4	“Reparação na boca, nos dentes...”; “qualquer coisinha que haver na gengibre, o caba correr logo pa pro dentista...”	25,00
Visita ao médico	3	“Se prevenir, tendo mais cuidado, procurano os médicos...”	18,75
Autocuidado bucal	3	“Fazer bastante higiene...”; “zelo pura a boca...”	18,75
Evitar o tabagismo	2	“Deve ser não fumar, é a primeira prevenção, no caso né!?”	12,50
Realizar exames	2	“Fazer uma bateria de exame...”; “fazer inzame antes de saber o que é que tem...”	12,50
Proteção solar	1	“Evitar, um pouco, estar muito exposto ao sol...”	6,25
Visita ao dentista	1	“É passar no dentista, né?”	6,25
Evitar drogas	1	“Vícios que esses vícios pode provocar isso...”	6,25
Evitar o alcoolismo	1	“Não ingerir bibida... alcoólica”	6,25

Fonte: Autores.

As respostas contemplaram quase todas as medidas preventivas, resultado que pode ser atribuído às vivências pessoais, haja vista que ainda não haviam vivenciado uma ação educativa sobre essa temática. À maneira deles, falaram sobre as seguintes medidas: higiene bucal; evitar consumo de tabaco e álcool; evitar exposição solar prolongada; e visitar o dentista. A única medida preventiva não elencada foi o consumo de frutas, legumes e hortaliças.

- Profissional da saúde responsável pela saúde bucal

Acerca da pergunta sobre qual profissional da saúde era responsável pela saúde bucal, 12 entrevistados (75%) afirmaram que era o dentista; dois deles (12,5%) apontaram o médico; e dois (12,5%) citaram o agente comunitário de saúde. Constatamos que 25% dos entrevistados não sabiam que o cirurgião dentista ou odontólogo é o profissional da saúde responsável pelo tratamento dos problemas de saúde bucal.

- Informações sobre câncer bucal e de lábio repassadas por profissional da saúde

Dentre os entrevistados, 13 (81,25%) declararam desconhecimento sobre quaisquer orientações ou informações em relação ao câncer bucal. Por outro lado, três respondentes (18,75%) relataram que já tinham recebido informações referentes ao carcinoma de boca, tendo eles relatado três situações distintas: por meio de entrevista; informação do agente de saúde; e por meio de terceiros.

- Conhecimento da expressão autoexame da boca e visita anual ao dentista

As respostas indicaram que a expressão autoexame era desconhecida por 15 entrevistados (93,75%), enquanto um deles (6,25%), declinou de responder ao questionamento.

Dois entrevistados (12,5%) declararam terem ido ao dentista no transcurso de um ano: um deles declarou que “já, duas vezes...”, e o outro que “fui que eu arranquei uns dentes com ele...”; os demais 14 entrevistados (87,5%) abstiveram-se de procurar o serviço odontológico.

De acordo com as respostas de seis participantes, a ida ao dentista está associada à perda dos dentes; um dos participantes, por ser edêntulo e usar prótese, informou que não havia motivo para consultar aquele profissional. Apenas um participante disse ir ao dentista para “fazer uma limpeza nos dentes...”, e outro para “fazer um exame bucal...”.

Esses dados confirmam que a política de saúde ainda não tem priorizado ações educativas e preventivas em saúde bucal, com incentivo à utilização do serviço odontológico e garantia do acesso, realidade confirmada também pelo fato de somente dois participantes terem buscado a atenção odontológica - um pelo serviço público e outro pela rede privada - durante o período de um ano (anterior à pesquisa) e, em ambos os casos, foram apenas para serem submetidos à prática mutiladora da exodontia.

- Atendimento odontológico do Programa Saúde da Família

No Quadro 5, sistematizamos as respostas apresentadas pelos entrevistados sobre a qualidade do atendimento odontológico prestado pela equipe de saúde bucal do PSF Gadelha, responsável pelo atendimento das famílias residentes naquele assentamento rural.

Quadro 5 - Atendimento odontológico do Programa Saúde da Família.

Categorias	Qtde.	Trecho do discurso dos participantes	Perc. (%)
Ótimo	1	“O atendimento até ontem, foi ótimo...”	6,25
Bom	5	“É bom! E é tanto que eu vou pra lá!”; “eu sou bem atendido, graças a Deus...”	31,25
Regular	2	“Agora tá mais fraco, a doutora, a dentista...”; “existe um certo acompanhamento sim...”	12,50
Ruim	4	“Não é muito bom não, tem que marcar, esperar um horror de dia pra frente...”; “eu sei que é difiço alcançar a graça até de ser atendido...”	25,00
Não informaram	4	“Se acontecer, é bom demais, porque aqui nunca foi atendido nada não...”; “eu nunca vou ao PSS não, ele é quem passa aqui, de casa em casa...”; “sou atendido lá no João Paulo II, no PFL de lá, aí daqui eu num sei...”	25,00

Fonte: Autores.

Com base nas informações colhidas dos participantes da pesquisa, usuários do serviço odontológico público, oito deles (50%) avaliaram positivamente as ações e serviços odontológicos da equipe de saúde bucal do PSF Gadelha, enquanto as falas dos demais apontam a necessidade de melhorias: “agora tá mais fraco, a doutora, a dentista...”; “não é muito bom não, tem que marcar, esperar um horror de dia pra frente...”; e “eu sei que é difiço alcançar a graça até de ser atendido...”.

3.5 A roda de conversa

A roda de conversa fundamentou-se nos atos de observar, ouvir, buscar o interesse dos participantes e propiciar estímulos que ampliassem, diversificassem e sistematizassem o repertório de conhecimentos dos participantes (Guarda et al., 2015). Teve início com a apresentação de imagens sugestivas de câncer em estágio inicial (painel 1) e em estágio avançado (painel 2), para introdução da situação-problema, estágio 1 do método de Maguerez.

Houve diversas intervenções: “bem diferente daquele lá de baixo!”; “todos eles são diferentes!”; “qual o que tá menos grave aí?”; “o de baixo aí!”; “eu acho que é esse aqui, de baixo aí!”; “eu acho que esse aqui que é o que tá menos grave”; “esse aqui de baixo é o que tá mais comprometido, homi”; “é duro!”; “esse lá do céu da boca, pode ser que esteja até pior”. Por fim, concluíram que o painel 2 apresentava as lesões mais graves.

Em seguida, solicitamos que procurassem identificar as regiões da boca onde estavam as lesões, para o que responderam: “é, aí é lábio... tem até bigodin! Aqui, ó, no terceiro”; “gengiva, também”; “eu, arrente aqui não sei nem o que é céu da boca!”; “como que seja onde os dentes são montados (falando do rebordo alveolar)”; “aquele negócio lá, nós, nós, até chama campainha, é o pinguelin; campainha, mas eu gosto de chamar pinguelin, que é mais prático, o negócio da garganta, não é?”; “aí é a língua”. Incentivamos os participantes a observarem as imagens com mais atenção, com o propósito de que pudessem refletir sobre o próprio corpo, isto é, órgãos da boca e regiões adjacentes. Para finalizar esse momento, mostramos as regiões onde se apresentavam as lesões e esclarecemos as dúvidas.

Ainda sobre os painéis 1 e 2, iniciamos a discussão dos pontos-chave, estágio 2 do método de Maguerez. Pedimos aos participantes que indicassem os fatores de risco que sugeriam aqueles casos de câncer bucal e registramos suas contribuições: “pode ter sido a falta de higiene, pode ter sido o cigarro; eu fumo três carteiros de cigarro por dia e minha boca é só o filé, graças a Deus!”; “o álcool”; “eu acredito que o cigarro”; “eu acho que o álcool faz é sarar”; “falta de higiene”; “eu acho que o campeão é falta de higiene”; “o caba que masca?”; “meu sogro mesmo fumava... fumava não, butava só o fumo na boca”. Exauridas todas as sugestões, avançamos.

Prosseguimos na exploração dos pontos-chave dos fatores de risco, com uso dos painéis 3 e 4. Expusemos sobre os painéis e solicitamos que procurassem identificar cada um dos fatores representados nas imagens. As imagens relacionadas a

tabagismo, etilismo, masca de tabaco, e má higiene bucal, foram facilmente compreendidas. Por outro lado, as imagens sobre exposição ao sol, fritura, prótese dentária próxima da lesão e boca com inúmeras lesões verrugosas, necessitaram de nossa intervenção para serem desvendadas: “mas o que ele, estando ali, na roça, tem a ver com o câncer bucal?”; “então, o que é que acontece, geralmente, que passa de pai para filho, esses problemas ou essas tendências a ter problemas?”; “fritura... tá representando o quê? Representa mais que a fritura, representa alimentos gordurosos” etc.

Em seguida, solicitamos que relatassem todos os fatores de risco que eles identificaram nos painéis e comparamos com os fatores de risco do câncer bucal e do lábio. Antes de encerrar essa etapa, falamos acerca das ilustrações “infecção por Papilomavírus Humano (HPV)”, “má higiene bucal” e “prótese desajustada”, os dois últimos em resposta a questionamentos dos participantes.

Alcançamos o estágio 3 do método, que é o da teorização, momento em que os participantes irão aprofundar o conhecimento, procurando fundamentá-lo. Nesse estágio, sempre que possível, deve ser feito com a participação dos presentes, e consiste em leituras e uso de materiais de cunho científico acerca do assunto (Bordenave, 2009). A dificuldade em reunir os participantes, o lapso temporal da pesquisa e o baixo grau de instrução do grupo, impossibilitou a construção coletiva.

Para superar essa limitação, levantamos informações sobre o câncer bucal adequadas ao nível de compreensão dos participantes. Assim, apresentamos estatísticas da doença no mundo e no Brasil e quantitativos de óbitos no Brasil; como exemplificação, relacionamos o número de habitantes e de óbitos no Brasil, com o número de habitantes do distrito Gadelha e da sede do município de Iguatu (lugares bem conhecidos dos participantes), para estimar o número de óbitos nessas localidades.

A partir da definição de câncer como “um crescimento acelerado, descontrolado do número de células”, demonstramos o processo de avanço da doença no organismo, afirmando que “as células cancerígenas têm alto poder de penetração no organismo e, após caírem no sangue, onde elas encostarem, vão formar outra ferida de câncer”.

Com auxílio do painel 5, mostramos as localizações mais frequentes da lesão inicial da doença e explicamos acerca do avanço do câncer bucal no corpo humano, apontando a ilustração de um gânglio linfático infartado. Nesse momento um dos participantes questionou: “como é que a gente dá o nome pra essas estruturas do pescoço? É hérnia? Íngua? Essa mulher, paciente de câncer bucal, olha como está a landra (referindo-se à inflamação do gânglio linfático inguinal) dela, inchada, já mostrando que esse câncer dela não está mais só naquela região da boca”. Mostramos como a lesão inicial avança ao ponto de tornar-se uma úlcera, quando apresenta pontos necróticos. Enfatizamos o perigo que representa o consumo de tabaco e de álcool para o surgimento da enfermidade.

Ressaltamos a importância do diagnóstico precoce e que a presença de ferida na boca há mais de 15 dias é sinal de que se deve fazer uma visita ao dentista ou comunicar o problema ao agente comunitário de saúde para agendar a consulta. Retomamos a conversa sobre fatores de risco, separando-os em externos e internos, esclarecendo que estes últimos decorrem da hereditariedade, idade, sexo e da deficiência de ferro e das vitaminas A e C.

Avançamos para o estágio 4 do método, apresentação de hipóteses de solução para a situação-problema, mediante a formulação de medidas preventivas de enfrentamento do carcinoma bucal. Perguntamos o que deveria ser feito para evitar o câncer de boca, para o que apresentaram as seguintes contribuições: “ir ao dentista, não fumar”; “não beber”; “não comer muita gordura, né!”; “não beber álcool...”; “se proteger do sol”; “não se expor muito ao sol”.

Com auxílio do painel 6, apresentamos as medidas preventivas do câncer bucal, e juntos, fizemos a comparação das medidas preventivas sugeridas pelo grupo com as do painel e pedimos que as identificassem: “botou chapéu e ainda está passando protetor solar”; “corta essa, é o cigarro”; “tem três coisas no mundo que não pode faltar pra mim: é minha cervejinha, minha carteira de cigarro e uma mulher! (risos)”; “lá, que ele tá fazendo assim? Ele tá dizendo que não, é evitar o álcool”; “as frutas”; “se não tivesse veneno, né!? A metade é veneno”; e “visitar o dentista”. Para esse momento, fizemos a releitura das

seis medidas preventivas, que são: evitar o consumo de cigarro; evitar o consumo de álcool; proteger-se da luz solar; alimentar-se de frutas, legumes e verduras; fazer higiene bucal; e visitar o dentista, de seis em seis meses.

Por fim, no estágio 5 do método, que consiste na aplicação das soluções à realidade, demonstramos como fazer corretamente a higienização bucal, com uso de escova e fio dental; essa medida, como as demais, materializa o nosso “querer fazer” pedagógico e serve para reiterar o que discutimos em conjunto.

Os resultados observados na roda de conversa estão de acordo com a proposta de Charles Maguerez, segundo a qual, o processo de ensino começa com a exposição do educando a um problema de sua realidade física ou social, sobre o qual passam a ter uma visão global; em seguida, os educandos passam a identificar os pontos-chave que, se modificados, poderiam solucionar o problema; em terceiro, os educandos são orientados a elaborar uma explanação teórica do problema e buscar materiais, como livros, revistas, jornais etc. para fundamentar a explanação; depois, são estimulados a levantar hipóteses para a solução que se busca, das quais apontarão aquelas que são viáveis; e, por fim, as soluções viáveis são aplicadas à realidade (Bordenave; Pereira, 1994).

3.6 Análise da segunda entrevista

A segunda entrevista teve como objetivo analisar em que medida os participantes ampliaram (ou não) o conhecimento e a compreensão sobre o câncer bucal, bem como observar o que eles poderiam fazer para se prevenir, e que respostas esperavam do serviço de saúde pública diante dessa situação.

Assim, buscamos colher informações sobre quais aspectos da prática educativa foram compreendidos como positivos e/ou negativos. E, visando a autoavaliação dos participantes, formulamos dois quesitos, o primeiro com a finalidade de promover a reflexão de cada sujeito sobre sua participação na roda de conversa, e outro para que expressassem suas opiniões acerca da participação da coletividade naquela ação.

Para análise do conteúdo dessa última entrevista, cada quesito correspondeu uma categoria, a saber: compreensão acerca de câncer bucal; autoproteção contra o câncer bucal; auxílio do PSF na proteção contra câncer bucal; ponto positivo da roda de conversa; ponto negativo da roda de conversa; participação pessoal; participação da comunidade (da coletividade). Assim, passamos à análise da respectiva entrevista.

- **Compreensão acerca de câncer bucal**

O entendimento da lesão de câncer bucal para dois dos participantes (33,33%) da roda de conversa está relacionado ao aspecto físico da ferida, expressando-se nas suas falas: “eu achei um absurdo”; “é coisa triste”; e “horroso a situação que o câncer deixa as pessoas”.

O papel da higiene na prevenção do câncer de boca fez parte da compreensão de três dos entrevistados (50%), ao relatarem “qui a falta é asseio, né!?” e “ele vem dum... falta de higiene”. Um dos homens citou que “pode ser que seja do cigarro” (risco tabagismo), outro mencionou a alimentação, e outro fez menção aos “novos conhecimentos pa poder evitar e deixar de acontecer” o câncer bucal.

Diferentemente da primeira entrevista, na qual dois participantes afirmaram nada compreender acerca da doença, na segunda todos os participantes da roda de conversa expressaram algum conhecimento acerca do câncer bucal e do lábio, como ressaltou um dos entrevistados: “compreendi um pouquin”.

- **Autoproteção contra o câncer bucal**

Com respeito ao autocuidado para se proteger do câncer bucal, quatro dos entrevistados (66,67%) apontaram a importância da higiene bucal. Pronunciaram que “a gente vai ter qui trabalhar pa se potreger”, “é o higiênico melhor” e “ter

mais higiene”.

Dois participantes (33,33%) deram destaque, também, ao risco do uso de tabaco: “aí em segundo, o tabagismo” e “não fumar”; outros dois entrevistados destacaram a importância da visita ao dentista, expressando que “primeiro procurar um dentista” e “ir mais vezes ao dentista”.

E por fim, um dos entrevistados (16,67%) citou “se alimentar melhor”, fazendo referência à importância de uma alimentação mais saudável. De modo geral, os entrevistados elencaram uma série de atitudes que podem ser assumidas para prevenção da doença.

- Auxílio do Programa Saúde da Família na proteção contra câncer bucal

Perguntados sobre o que o sistema de saúde pública, através do PSF, poderia fazer no auxílio à proteção contra o carcinoma de boca, quatro dos entrevistados (66,67%) fizeram referência à necessidade de ampliação da quantidade de equipes de saúde bucal, para melhorar o acesso ao serviço odontológico. Para um deles, “é butar mais dentista”; para outro “o trabalho deles se eles fizesse”; um terceiro, “conseguir consulta com o médico dentista”; e o outro afirmou que “tendo acompanhamento o caba fica mais prevenido”.

Dentre os participantes, dois (33,33%) entenderam que o PSF poderia desenvolver ações educativas rotineiras, visando ao esclarecimento da comunidade. Expressaram a importância de: “orientar também”; “quer dizer que é ajudando a cuidar da gente”; e “ter mais atenção com o pessoal pra poder ensinar”.

Em síntese, os depoimentos indicam que as ações do SUS para a saúde bucal, materializadas no atendimento que o PSF Gadelha lhes oferece, devem ser ampliadas com a contratação de novos odontólogos, de modo que supram a demanda e garantam acesso ao serviço, com a inclusão de ações de natureza educativa, que os auxiliem no cuidado com a saúde.

- Ponto positivo da roda de conversa

A higienização bucal e a demonstração da escovação dentária foram destacadas por três participantes (50%); os conhecimentos adquiridos foram ressaltados por dois entrevistados (33,33%); as explicações estiveram presentes no discurso de dois participantes (33,33%); a orientação foi apontada por dois entrevistados (33,33%); e, por fim, o diálogo esteve presente no discurso de um circunstante (16,67%).

Esses pontos positivos indicam o cumprimento do objetivo da prática educativa, no sentido da ampliação do conhecimento da temática, com ênfase nos meios de enfrentamento da doença, seja através da orientação para o autocuidado, bem como outras, a exemplo da visita regular ao dentista para assegurar as condições de saúde e prevenir contra o carcinoma de boca e do lábio.

- Ponto negativo da roda de conversa

Cinco dos entrevistados (83,33%) afirmaram não ter encontrado pontos negativos na ação pedagógica: “tudo foi bom”; “foi proveitável”; e “tava achando era bom”. Um deles (16,67%) entendeu como ponto negativo a “falta de interesse do povo, podia ter ido muito mais gente”.

Necessário se faz ponderar sobre os problemas enfrentados numa coletividade onde sete das 17 famílias assentadas não residem em seus estabelecimentos rurais, de modo que alguns não os frequentam diariamente e há um deles que o faz somente nos fins de semana. A respeito da participação, um dos entrevistados relata que “... justamente nós nunca se reúne nem nas reunião da associação”.

- Participação pessoal

Todos os que se fizeram presentes na roda de conversa demonstraram como seu deu suas participações, de modo que a vivência e a interação de cada um dos envolvidos na prática educativa, se expressou por meio do sentido que o momento pedagógico representou para cada um deles, fazendo parte da experiência subjetiva.

A roda de conversa representou mais um espaço de afirmação desses homens para si e para outros, um lugar para compartilharem saberes, se expressarem e serem ouvidos. Dois dos participantes destacaram que participar é aprender “as coisas que eu não sabia” e “ficar orientado”; para o terceiro, participar é expressar aquilo que “a gente mermo tava pensano em dizer”; o quarto participante disse que a contribuição foi “levantar o povo, pa perder o medo de e ficar à vontade”; o quinto disse que a contribuição foi responder as perguntas suscitadas, enquanto o último, ressaltou que era “estar presente nas reuniões que houve”.

- Participação da comunidade

Quatro entrevistados lamentaram a baixa participação da comunidade: o primeiro, resultou a “fraqueza do povo”; o segundo pronunciou que estão “desinteressados”; o terceiro expressou que foi um “fracasso” de parte da comunidade; o quarto, expôs abertamente seu descontentamento afirmando que “num achei muito bom não, porque era pa participar era todo mundo”. Um dos entrevistados procurou justificá-la, afirmando que “nóis nunca se reúne nem nas reunião da associação, não se reúne tudo”. Por fim, houve um deles constatou que “a participação de todos... de cada um foi pouca, faltou um bucado”.

Por fim, inferimos duas causas para a baixa participação da coletividade: uma imediata, que se traduz pelo fracasso da política de incentivo ao desenvolvimento desses estabelecimentos rurais, forçando o assentado a buscar alhures outras fontes de renda, desagregando-os do seu território rural; e outra mediata, que se traduz na ausência de um histórico de mobilização dessa coletividade, com baixa coesão de grupo, influenciando negativamente em números a participação dos assentados em eventos dessa natureza.

4. Considerações Finais

A escolha dos referenciais teórico e metodológico se mostrou fundamental para o desenvolvimento da pesquisa junto aos participantes da prática pedagógica. O estudo adotou como perspectiva a formação humana integral, a partir dos saberes práticos e vivenciais dos sujeitos.

Não obstante a realização de diversas visitas ao assentamento Sítio Aracaju, constatamos que trabalhar com esses referenciais demanda tempo considerável, pois a relação entre pesquisadores e participantes precisa superar a indiferença da apatia, enveredar pela empatia e se consumir na simpatia, na perspectiva de humanizar-se a si e ao outro, o que somente torna-se possível na interação justa, estabelecida sob a confiança.

A participação na roda de conversa limitou-se a seis dos 16 entrevistados da fase inicial (37,5%). Esse fato se justifica haja vista que parte considerável dos assentados desenvolvem suas atividades laborais fora do assentamento, e alguns não residiam naquele território. Ou seja, evidencia-se um fraco liame de alguns proprietários com o território do assentamento.

A causa principal da baixa frequência à ação educativa decorre das reais condições de vida daqueles sujeitos, que buscam fora do assentamento outras fontes de ocupação e renda para sobreviverem. Trata-se, portanto, de consequência da política de assentamentos rurais que não provém o incentivo necessário ao desenvolvimento das propriedades rurais, bem como da ausência de vivências de mobilização das pessoas assentadas.

A ação educativa ocorreu na varanda de uma casa abandonada que não dispunha de mobiliário e energia elétrica. Assim, se fez necessário elaborar materiais didáticos que pudessem ser aplicados naquela realidade social, sem prejuízo da proposta educacional. Elaboramos materiais de fácil manejo, acessíveis, inclusivos e, principalmente, que possibilitasse a

reflexão. Daí, nossa opção pela utilização de material totalmente ilustrativo para motivar a roda de conversa (painéis).

Não obstante as limitações descritas, avaliamos que a prática educativa se mostrou adequada e validada, podendo ser aplicada em diversas situações e distintos grupos, haja vista a possibilidade de adaptação desse tipo de prática, inclusive dos materiais didáticos, sem alterar seus pressupostos teóricos.

Destacamos a importância do universo vocabular dos atores locais, independentemente de habitarem assentamentos rurais, comunidades residentes em periferias, comunidades quilombolas, tribos indígenas etc., como forma de respeito às individualidades, geração de confiança e engajamento dos participantes.

O estudo demonstrou, conforme apontado na literatura, que o atendimento odontológico é complemento necessário da educação em saúde, servindo de meio para a detecção do câncer bucal na comunidade e, ao mesmo tempo, é fonte de motivação que desperta na comunidade atitudes e comportamentos mais saudáveis.

Por outro lado, as condições de saúde no assentamento indicam a necessidade de ação proativa do poder público, no sentido da melhoria do serviço público de saúde, particularmente, no que diz respeito à ampliação do quadro de pessoal especializado que atua nos Programas de Saúde da Família, a exemplo do que ocorre com a categoria dos odontólogos.

O assentamento rural estudado evidencia a ausência de política pública efetiva para a promoção da melhoria da qualidade de vida, alicerçada nas condições de saúde, educação, destinação adequada dos resíduos, acesso à água tratada e ao crédito. A ausência dessas condições básicas para permanência dos assentados os impulsiona na busca de alternativas de sobrevivência fora do território e, por conseguinte, inviabiliza a proposta de desenvolvimento local sustentado.

Em razão da reduzida disponibilidade de estudos para o tipo específico de abordagem tratada no presente artigo e, especialmente, considerando sua importância para o campo da educação em saúde, sugerimos a realização de novas pesquisas que abordem temáticas de saúde em contextos de assentamentos rurais, periferias, comunidades quilombolas, tribos indígenas.

Referências

- Andrade, M. A. C. (2015). Prevalência de lesões malignas e potencialmente malignas do complexo buco-maxilo-facial em pacientes de Odontoclínica Central da Marinha do Brasil (Tese de doutorado). Faculdade de Odontologia de Piracicaba - Universidade Estadual de Campinas, Piracicaba, SP, Brasil.
- Antunes, A. A., & Antunes, A. P. (2004). Estudo retrospectivo e revisão de literatura dos tumores do lábio: experiência de 28 anos. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 50(40), 295-300.
- Bardin, L. (2020). *Análise de conteúdo*. 5. ed. São Paulo: Edições 70.
- Bordenave, J. D. (2003). A pedagogia da problematização na formação dos profissionais de saúde. Folha de São Paulo: Sinapse, São Paulo, 27 set 2003. https://lume-re.demonstracao.ufrgs.br/eps/assets/pdf/metodologia_de_ensino_aprendizagem.pdf.
- Bordenave, J. D. (2009). El método del arco: una forma de hacer educación. *Revista Irundú Revista Científica de Educación y Desarrollo Social*, Asunción, ano 5, n. 2, p. 9-24.
- Bordenave, J. D. & Pereira, A. M. (1994). *Estratégias de ensino-aprendizagem*. 14. ed. Petrópolis, RJ: Vozes.
- Brandão, C. R. (2011). *O que é método Paulo Freire*. São Paulo: Brasiliense.
- Brasil. Ministério da Saúde (2002). *As cartas da promoção da saúde*. Ministério da Saúde.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. (2012). *SB Brasil 2010: pesquisa nacional de saúde bucal: resultados principais*. Ministério da Saúde.
- Ciavatta, M. (2003). A formação integrada: a escola e o trabalho como lugares de memória e de identidade. *Trabalho necessário*, Rio de Janeiro, ano 3(3). <https://doi.org/10.22409/tn.3i3.p6122>.
- Carrard, V. C., Pires, A. S., Paiva, R. L., Chaves, A. C. M., & Sant'Ana, M., F^o. (2008). Álcool e câncer bucal: considerações sobre os mecanismos relacionados. *Revista Brasileira de Cancerologia*, Rio de Janeiro, 54(1), 49-56.
- David, H. M. S. L., & Acioli, S. (2016). Problematizando a problematização: notas sobre uma prática educativa crítica em saúde. In: Pelicioni, M. C. F.; Mialhe, F. L. (Org.). *Educação e promoção da saúde* (cap. 13, pp. 287-302) São Paulo: Santos.
- Freire, P. (2020). *Educação como prática da liberdade*. 48. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra.
- Freire, P. (2019). *Pedagogia do oprimido*. 69. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra.

Gadotti, M. (2007). *Convite à leitura de Paulo Freire*. 2. ed. São Paulo, Scipione.

Gaviria, D. A. M. (2017). La educación como práctica de la libertad: una lectura antropológico pedagógica al pensamiento de Paulo Freire. *Revista Kavilando*, Colombia, 9(1), 26-41, jan./jul.

Guarda, G. N., Luz, T. N., Rodrigues, T., & Beltrame, L. M. (2017). A roda de conversa como metodologia educativa: o diálogo e o brincar oportunizando o protagonismo infantil na sala de aula. *Anais do Congresso Nacional de Educação*, Curitiba, PR, Brasil, 13. https://educere.bruc.com.br/arquivo/pdf2017/26991_13947.pdf

Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva – INCA. (2019). *Estimativa 2020: incidência de câncer no Brasil*. INCA.

Kageyama, A., Bergamasco, S. M. P. P., & Oliveira, J. A. (2010). Caracterização dos estabelecimentos de assentados no censo agropecuário de 2006. *Retratos de Assentamentos*, Araraquara, 13(1), p. 31-74.

Leite, R. B., Marinho, A. C. O., Costa, B. L., Laranjeira, M. B. V., Araújo, K. D., & Cavalcanti, A. F. (2021). A influência da associação de tabaco e álcool no câncer bucal: revisão de literatura. *Jornal Brasileiro de Patologia e Medicina Laboratorial*, 57, 1-5.

Mialhe, F. L., Silva, C. M. C., Cunha, R. B., & Possobon, R. F. (2013). Educação em saúde. In: Pereira, A. C. (Org.). *Tratado de saúde coletiva em odontologia* (cap. 24, p. 441-486). São Paulo: Napoleão.

Minayo, M. C. S. (2014). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 10. ed. São Paulo: Hucitec.

Muñoz, M. V (2018). Ideas centrales del pensamiento pedagógico político de Paulo Freire: dimensiones de análisis. *Revista Fuentes*, Sevilla, 20(1), 43-56.

Neville, B. W., Damm, D. D., Allen, C. M., & Chi, A. (2020). *Patologia oral & maxilofacial*. 4. ed. Rio de Janeiro: GEN Guanabara Koogan.

Rudio, F. V. (1978). *Introdução ao projeto de pesquisa*. Petrópolis: Vozes.

Soares, É. C., Neto, B. C. B., & de Souza Santos, L. P. (2019). Estudo epidemiológico do câncer de boca no Brasil. *Arquivos Médicos dos Hospitais e da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo*, 64(3), 192-198.

Tagliaferro, E. P. S., Pardi, V., & Pereira, A. C. (2013). Avaliação de risco. In: Pereira, A. C. (Org.). *Tratado de saúde coletiva odontologia* (cap. 27, pp. 530-549). São Paulo: Napoleão.

Thiollent, M. (2011). *Metodologia da pesquisa-ação*. 18. ed. São Paulo: Cortez.