

GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE  
ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DR. JORGE DAVID NASSER  
PÓS-GRADUAÇÃO LATO SENSU EM SAÚDE PÚBLICA

JULIANA SAVICKI

EDUCAÇÃO EM SAÚDE: UMA PONTE ENTRE DETERMINANTES SOCIAIS DE SAÚDE E  
HÁBITOS SAUDÁVEIS NA INFÂNCIA

CAMPO GRANDE (MS)

2022

JULIANA SAVICKI

EDUCAÇÃO EM SAÚDE: UMA PONTE ENTRE DETERMINANTES SOCIAIS DE SAÚDE E  
HÁBITOS SAUDÁVEIS NA INFÂNCIA

Trabalho de conclusão de curso apresentado como requisito para obtenção do título de especialista em Saúde Pública pela Escola de Saúde Pública Dr. Jorge David Nasser, sob orientação de Dra. Adriane Batiston Pires.

CAMPO GRANDE (MS)

2022

Dedico este trabalho às famílias que, ao utilizar o SUS, fazem parte da minha vida profissional, me ensinando muito sobre Odontologia e mais ainda sobre empatia e humanidade, permitindo que eu utilize meus conhecimentos em prol do alívio e consolo dos sofrimentos que as desigualdades trazem.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço de todo o meu coração às colegas de trabalho que me apoiaram nessa empreitada, sempre me incentivando e sendo verdadeiras parceiras nos momentos de dúvida. Fátima, Thalissa, Roberta, Renata, Suzi, Edilene, Eliane e Kátia, muito obrigada pela companhia diária e pelas risadas em meio ao caos.

Aos colegas do Integra SUS que me fizeram companhia nesta fase de descobertas e desafios, seguindo ao meu lado nos momentos difíceis e de alegria. Gisele, Bruna, Phammela, Pâmela, Arethusa, Anderson, Ariane, Adely e Fernando, foi um prazer viver esses momentos de transformação com vocês.

À tutora que me inspirou a ser melhor e não desistir, cobrando mas também apoiando diante das dificuldades. Adriane, quando crescer quero ser igual a você!

Aos meus amados familiares e amigos, que tornam esta vida tão alegre. Sem vocês, eu não seria quem sou.

## RESUMO

SAVICKI, J. Educação em Saúde: uma ponte entre Determinantes Sociais de Saúde e hábitos saudáveis na infância. Orientador: Dra. Adriane Batiston Pires. 2022. Trabalho de Conclusão de Curso (Pós-graduação *lato sensu* em Saúde Pública) – Escola de Saúde Pública Dr. Jorge David Nasser, Secretaria de Estado de Saúde, Mato Grosso do Sul, Campo Grande, 2022.

[savick10ju@gmail.com](mailto:savick10ju@gmail.com).

**Introdução:** A interrupção dos serviços de saúde durante a pandemia de covid-19 gerou um aumento dos casos de dor de origem dental em crianças, trazendo os questionamentos: a saúde bucal das crianças é de exclusiva responsabilidade dos dentistas? Como promover a saúde bucal de forma a evitar tal sofrimento? **Objetivo:** Transmitir conhecimento sobre saúde bucal para que os pais/responsáveis consigam instituir hábitos saudáveis na rotina de crianças de 6 meses a 6 anos. **Materiais e Método:** Seleccionamos 15 famílias com crianças nesta faixa etária, cadastradas na Equipe Ipê da USF Judson Tadeu Ribas, que possuem aparelhos celulares compatíveis com WhatsApp e YouTube para acessar os 5 vídeos produzidos. Entrevistas semiestruturadas ocorreram antes dos vídeos, abordando as condições de moradia e saúde, e depois novas entrevistas foram realizadas para avaliar se os conteúdos auxiliaram na adoção ou aprimoramento de hábitos saudáveis. **Resultados:** Apenas 8 famílias responderam à entrevista após a transmissão dos vídeos, mas verificou-se que há consenso entre os pais sobre sua responsabilidade com a saúde bucal dos filhos e a possibilidade de mudar certos hábitos com a obtenção de conhecimento, mas o tempo necessário para que ocorram varia, já que as rotinas das famílias dificultam a disponibilidade necessária para estabelecer e/ou mudar hábitos de higiene bucal. **Considerações finais:** As equipes de saúde bucal devem priorizar famílias vulneráveis que utilizam exclusivamente o SUS, planejando educação em saúde por meios inovadores como as redes sociais, permitindo maior acesso ao conhecimento e estimulando a adequação do aprendizado a cada realidade.

**Descritores:** Sistema Único de Saúde. Saúde Pública. Higiene Bucal. Educação em Saúde. Promoção em Saúde.

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b>	<b>8</b>
<b>2. OBJETIVOS</b>	<b>12</b>
2.1. Objetivo geral	12
2.2. Objetivos específicos	12
<b>3. PERCURSO DA INTERVENÇÃO</b>	<b>13</b>
3.1 População alvo:	13
3.2 Etapas da intervenção	13
3.2.1 Entrevistas pré-vídeos:	13
3.2.2 Vídeos educativos:	13
3.2.3 Entrevistas pós-vídeos	14
<b>4. RESULTADOS E DISCUSSÃO</b>	<b>15</b>
4.1 Realidade das famílias	15
4.2 Rotinas de saúde	17
4.3 Educação em saúde	18
<b>5. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>21</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>22</b>
<b>APENDICE A – GUIAS PARA ENTREVISTAS</b>	<b>24</b>

Ele disse Marvin, a vida é pra valer  
Eu fiz o meu melhor  
E o seu destino eu sei de cor

## 1. INTRODUÇÃO

Desde sua promulgação em 1990, a Lei 8.080, que dispõe sobre a Saúde Pública no Brasil e normatiza o Sistema Único de Saúde (SUS), determina que “a saúde é um direito fundamental do ser humano” e deve ser garantido pelo Estado através da formulação e execução de políticas que visem à redução de riscos de doenças e outros agravos, e que assegurem o acesso aos serviços de promoção, prevenção e recuperação da saúde. Para alcançar estas ações, estabeleceu diretrizes sendo uma delas a integralidade de assistência, entendida com um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos (BRASIL, 1990).

O Ministério da Saúde, em 1997, propôs um modelo de assistência da atenção básica de saúde chamado Programa Saúde da Família (PSF) que tem como ponto central o estabelecimento de vínculos e criação de laços de compromissos e corresponsabilidade entre profissionais de saúde e família, e esta última passa a ser o objeto de atenção, assim como o ambiente onde vive, sendo o núcleo de abordagem no atendimento. Enfatiza a promoção de saúde na assistência integral e incluiu a visita domiciliar no rol de atividades das equipes, aproximando os profissionais da realidade das famílias. Não sendo um programa nos mesmos moldes dos outros como uma intervenção vertical e paralela aos serviços de saúde, mas alterando a natureza das ações de saúde e fazendo parte da rotina das equipes desde então, se caracteriza como uma estratégia e a sua prática é denominada Estratégia Saúde da Família (ESF) (BRASIL, 1997). Inicialmente a ESF não incluía a Equipe de Saúde Bucal (ESB), mas percebendo a necessidade de reorganizar também os serviços odontológicos na atenção básica e melhorar os índices epidemiológicos da população, em 28 de dezembro de 2000 uma Portaria foi emitida regulamentando o incentivo financeiro à inserção desses profissionais na ESF para que a assistência fosse ofertada nos mesmos moldes, garantindo-se assim a atenção integral aos indivíduos e às famílias (BRASIL, 2000).

Também em 1990 foi sancionado o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) que determina os direitos e garantias fundamentais de crianças e adolescentes entendendo esta parcela da população como vulnerável, peculiar de desenvolvimento e detentora de direitos, especificando no seu Art. 14: “O Sistema Único de Saúde promoverá programas de assistência médica e odontológica para a prevenção das enfermidades que ordinariamente afetam a população infantil, e campanhas de educação sanitária para pais, educadores e alunos.” (BRASIL, 1990, p.4).



Visando ampliar o alcance das ações de saúde do SUS relativas aos estudantes e suas famílias, em 2007 o Governo Federal instituiu o Programa Saúde na Escola (PSE), articulando assim os Ministérios da Educação e da Saúde com a finalidade de contribuir para a formação integral dos estudantes da rede pública de educação básica por meio de ações de promoção, prevenção e atenção à saúde e proporcionando à comunidade escolar a participação em programas e projetos para o enfrentamento das vulnerabilidades que possam comprometer o pleno desenvolvimento de crianças e adolescentes. No que concerne à saúde bucal, este programa compreende atividades como avaliações de higiene bucal e educação permanente em saúde (BRASIL, 2007).

No município de Campo Grande – MS, Unidades Móveis foram destinadas para a Prevenção em Saúde Bucal e para o Atendimento Odontológico, todas subordinadas à Coordenação da Rede de Assistência Odontológica (CRAO) e voltadas à população de crianças e adolescentes, de acordo com o Decreto 13.340 publicado em Diário Oficial em 04 de dezembro de 2017:

- Unidades Móveis de Prevenção em Saúde Bucal visam planejar, acompanhar e supervisionar as atividades de prevenção coletivas realizadas com escolares da Rede Municipal de Educação;

- Unidades de Atendimento Odontológico se destinam a planejar, acompanhar e supervisionar o atendimento odontológico a pré-escolares.

Além disso, as Policlínicas são responsáveis por prestar assistência odontológica de atenção básica ambulatorial à população de 0 a 19 anos e planejar atividades de promoção, prevenção e manutenção da saúde bucal para esta faixa etária (DIOGRANDE, 2017).

É possível perceber que são constantes no SUS os trabalhos de promoção da saúde e prevenção de agravos destinados à população infantil, seja por acompanhamentos e avaliações, seja através de palestras e atividades educativas, não se restringindo aos consultórios odontológicos e unidades de saúde, mas se utilizando também dos espaços públicos como escolas e os domicílios dos usuários, atendendo assim às diretrizes de uma saúde universal, equânime e integral.

Com a chegada da pandemia pela covid-19 no Brasil e no estado, ocorreu a suspensão de muitos serviços, incluindo na área da saúde, pelo Decreto Municipal n. 14.195 em que o Prefeito declara situação de emergência no Município de Campo Grande. Foram suspensos os atendimentos ambulatoriais em todas as unidades de saúde e isso afetou de forma direta as pessoas que estavam

fazendo algum tratamento de saúde ou aquelas que estavam aguardando seu início. As Unidades Móveis e Policlínicas tiveram que interromper as atividades e nas USF os tratamentos odontológicos eletivos foram paralisados para evitar aglomerações, mantendo atendimentos apenas de urgências e emergências. Além disso, com a paralisação das aulas, as ESB foram impedidas de realizar ações junto às escolas, mesmo no caso dos trabalhos educativos (DIOGRANDE, 2020).

Diante deste quadro observou-se na USF Judson Tadeu Ribas um aumento do número de crianças necessitando de atendimento de urgência apresentando quadros álgicos, com agudização de situações antes controladas, causando sofrimento às crianças e aos seus familiares. Esta USF se localiza numa região distante do centro, no coração das Moreninhas, apresentando áreas de grande vulnerabilidade social, com muitas famílias que utilizam exclusivamente o SUS para tratamentos de saúde.

Fatores socioeconômicos podem influenciar a saúde de indivíduos e grupos, evidenciando um conceito de saúde não mais restrito aos elementos biológicos, mas atuando como agravantes numa população, como sugere a carta do Ministério da Saúde, publicada em 2008, sobre os Determinantes Sociais de Saúde (DSS) e o impacto na situação de saúde, vinculados aos comportamentos individuais e às condições de vida e trabalho. (BRASIL, 2008).

Além de atuar como potencializadores de agravos à saúde, as desigualdades sociais podem deixar marcas físicas e psicológicas nos indivíduos, estigmatizando a pobreza. (MOREIRA, 2007). No caso das crianças, como evitar tal sofrimento em tão tenra idade? Além da oferta de serviços curativos, é imprescindível o trabalho na prevenção e educação em saúde, para que os usuários não fiquem dependentes dos profissionais e do espaço físico das Unidades de Saúde, como se a solução para os males que os afligem estivessem encerradas em um lugar. No caso da população infantil, cuidados básicos como higiene bucal devem ocorrer em tempo integral, além de acompanhamentos periódicos pelo dentista, compondo assim hábitos saudáveis que façam parte da rotina.

Para que tais hábitos sejam incorporados e se tornem práticas cotidianas na vida dessas crianças, é importante que os pais ou responsáveis recebam as informações e sejam habilitados ao tipo de cuidado a ser exercido (GOMES, 2019), e que a criança seja incluída no aprendizado adequado ao seu entendimento de modo a atrair seu interesse no processo doença-saúde, rumo à corresponsabilização do futuro adulto na manutenção da sua qualidade de vida (FERNANDES, 2019). Os meios utilizados para tal podem ser os já previstos na ESF como visitas domiciliares, atividades coletivas e PSE, mas também é indicado o uso de tecnologias como as redes sociais,

como sugere o estudo de Olatosi (2021) que as citou como meio preferido por mães nigerianas para receber informações sobre cuidados com a saúde bucal de seus filhos.

Diante disso, este Projeto de Intervenção parte da seguinte pergunta: a educação em saúde por meio de vídeos educativos é capaz de desenvolver os conhecimentos necessários aos pais e/ou responsáveis favorecendo a adoção de comportamentos que visem a manutenção da saúde bucal das crianças?

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1. Objetivo geral**

Desenvolver a educação em saúde com foco na saúde bucal de crianças por meio de vídeos educativos direcionados às famílias de crianças que apresentem a dentição decídua com vistas à introdução de hábitos saudáveis de higiene bucal.

### **2.2. Objetivos específicos**

1. Identificar a contribuição de vídeos educativos para mudança de hábitos não-saudáveis de crianças que apresentem a dentição decídua;
2. Identificar a influência de DSS na adesão à prática educativa proposta;
3. Identificar fatores que influenciam na adesão de hábitos saudáveis após a intervenção.

### **3. PERCURSO DA INTERVENÇÃO**

#### **3.1 População alvo:**

Para o presente projeto, foram selecionadas 15 famílias cadastradas na USF Judson Tadeu Ribas, da equipe Ipê, que contenham crianças de 6 meses a 6 anos. Para tal, foram utilizados os cadastros realizados pela Agente Comunitária de Saúde (ACS) da microárea 04.

Esta faixa etária foi escolhida por incluir todo o período da dentição decídua, já que seu início ocorre por volta dos 10 meses de acordo com Patrianova (2010), permitindo que a educação em saúde se inicie antes do irrompimento dos dentes decíduos e a consequente necessidade de escovação, se estendendo até a esfoliação. Essa primeira dentição necessita de maior atenção por ocorrer em idades em que a criança ainda não tem autonomia para ser responsável pela própria higiene, sendo indispensável o auxílio dos pais e/ou responsáveis, e por servir de guia para os dentes permanentes que virão depois (RANK, 2016).

Essas famílias foram convidadas a participar do PI por meio de ligações telefônicas nas quais foram explanadas as etapas do projeto: entrevistas e vídeos educativos. Para tanto, foi necessário que possuíssem aparelhos celulares em modelos compatíveis com os aplicativos WhatsApp e YouTube e acesso à Internet.

#### **3.2 Etapas da intervenção**

##### **3.2.1 Entrevistas pré-vídeos:**

Selecionadas estas famílias, foram identificadas por números de 01 a 15 e realizadas entrevistas semiestruturadas com questões que abordavam a estrutura familiar, condições socioeconômicas, saúde bucal, hábitos de saúde e experiências com os serviços odontológicos ofertados pela rede pública. As conversas foram realizadas por telefone, gravadas e transcritas para melhor reprodução do conteúdo.

##### **3.2.2 Vídeos educativos:**

Os vídeos foram gravados e editados com os seguintes títulos:

- Vídeo 01: Escovação e Flúor – objetivando abordar a importância de hábitos de higiene bucal básicos para a manutenção da saúde;
- Vídeo 02: Dentição decídua e permanente – para que os pais/responsáveis compreendam a fase da dentição das crianças, com suas características e desenvolvimento;

- Vídeo 03: Fio dental – complementando o vídeo 01 sobre higiene;

- Vídeo 04: Doenças da boca – orientar os pais/responsáveis sobre quais condições a serem evitadas e/ou tratadas;

- Vídeo 05: Traumatismos: o que fazer? – esclarecendo o papel das unidades de saúde.

Os vídeos foram realizados visando não apenas o público adulto através de falas simples, exemplificando as técnicas e utilizando imagens, para que fossem mais dinâmicos e interessantes também às crianças. Dessa forma, mesmo com pouca idade, é possível incluir a criança, tirando-a do lugar de passividade com relação à sua saúde, sendo um agente ativo e colaborando com os pais (FERNANDES *et al.*, 2019).

Uma Via de Transmissão pelo WhatsApp foi criada com os contatos destas famílias, onde os links dos vídeos em canal do YouTube foram compartilhados, com acesso restrito à quem tivesse o link para evitar visualizações fora do grupo desejado. Um intervalo de 07 dias foi estabelecido entre os vídeos para que as famílias tivessem tempo de assistir e incorporar mudanças nos hábitos de higiene.

### 3.2.3 Entrevistas pós-vídeos

Finalizada a transmissão dos vídeos, novas entrevistas ocorreram com o objetivo de verificar se houve mudanças em conceitos e hábitos, com a incorporação dos conhecimentos adquiridos na rotina das famílias e das crianças. Estas entrevistas também foram gravadas e transcritas.

## 4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

O caminho da educação em saúde se inicia pela ampliação do seu conceito, não se restringindo apenas ao aspecto biomédico outrora adotado, onde apenas a ausência de doenças era almejada, com foco em atividades curativas. A lei 8.080 de 1990 que estabelece as diretrizes dos serviços de saúde ofertados pelo Estado brasileiro evidencia a complexidade do conceito atual no Art. 3º:

*“Os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País, tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais.” (BRASIL, 1990, pág. 1).*

Com isso, pensar saúde a partir de uma perspectiva ampliada propicia a busca por condutas profissionais mais próximas da realidade dos usuários (LIBERTAS, 2005) e a territorialização como ferramenta adotada pelo SUS permite melhor conhecimento das singularidades da população de determinada área e suas necessidades de saúde, orientando o planejamento das ações profissionais (SANTOS E RIGOTTO, 2011). Se os DSS são capazes de interferir no risco e agravo à saúde de indivíduos e coletividades, a população infantil não é menos atingida, devendo ser priorizada por se tratarem de seres em desenvolvimento sem autonomia, em dependência do poder público, da família e da sociedade em geral (BRASIL, 1990).

### 4.1 Realidade das famílias

A análise das respostas à primeira parte da entrevista pré-vídeos sobre as condições de moradia mostrou que não houveram diferenças significativas quanto ao acesso à eletricidade, água tratada e coleta de lixo, havendo apenas alguns lares que não tinham acesso à rede de esgoto, não sendo um fator que pudesse ser apontado como determinante de risco à saúde.

O tempo de moradia foi questionado para verificar se constantes mudanças poderiam prejudicar o acesso aos serviços de saúde ou a continuidade de tratamentos, já que dificultaria a criação de vínculos com as equipes de saúde. Porém não houve um padrão já que algumas famílias com casa própria e mais de 10 anos de moradia têm planos de saúde, utilizando o SUS apenas para vacinação, enquanto outras, com menos tempo na região, já visitaram a unidade, conhecendo os profissionais da equipe devido a acompanhamentos de pré-natal e/ou puericultura por exemplo.

Quase metade das famílias não faz uso exclusivo do SUS, tendo acesso a convênios ou com renda suficiente para procurar atendimento privado. Mesmo com a opção de serviços odontológicos gratuitos, alguns preferem a comodidade ofertada pelos consultórios particulares, como expresso na seguinte fala:

*“Aí eu levo no particular mesmo porque se eu for ali no posto, é uma que eu vou ter que madrugar pra conseguir encaixe e chega 7 horas da manhã e sai 11 horas... então eu já prefiro pagar porque eu sei que o meu horário tá ali, eu vou lá arrumo e vou embora.”*

Há os que preferem buscar um profissional fora do SUS por necessitarem de procedimentos que o sistema público não oferece:

*“A gente sempre faz acompanhamento com nosso dentista particular. Na verdade, uma vez ele teve uma cárie e a gente tratou e agora tá tudo tranquilo, tá tudo arrumadinho os dentinhos dele. Por causa do meu aparelho eu visito a minha dentista regularmente.”*

Ou por experiências negativas:

*“Tenho uma sobrinha que foi pra obturar os dentes no público e ela chorava muito, e a dentista falou que não ia atender enquanto ela não parasse de chorar! Então eu nem me arrisquei a levar o (filho) no público porque eu sei que ele chora... então eu levo ele na (profissional do setor privado) porque eu já conheço ela há muitos anos...”*

Alguns usuários se sentem desmotivados a buscar o SUS para tratamentos odontológicos alegando dificuldade de acesso, descaso por parte dos profissionais e demonstrando descredibilidade das instituições públicas:

*“Na realidade assim eu acho que devia ser um pouco mais fácil a gente conseguir uma vaga sabe?”*

*“(...) às vezes o dentista não quer nem mexer, só passa um remedinho, e como é criança não quer mexer porque vai cair e vai nascer outro dente...”*

Desigualdades de acesso e falta de equidade em relação ao atendimento odontológico precisam ser minimizadas (SILVEIRA, 2019) e fatores que prejudicam a aproximação entre usuários e trabalhadores, dificultando assim um primeiro contato e o estabelecimento de vínculo, podem comprometer a longitudinalidade do cuidado, sendo necessário se utilizar de recursos que propiciem confiança entre ambas as partes (GONÇALVES, 2020).



## 4.2 Rotinas de saúde

Ao serem questionados sobre o seu papel no cuidado da saúde bucal das crianças, houve consenso sobre a importância dos pais através de cobranças, estímulo, exemplo e prática:

*“É, acho que a gente tem que cuidar né? A gente tem que ficar em cima, pegar no pé, explicar, mostrar.”*

*“Tudo, né? Porque se a gente não incentivar, se a gente não mostrar, literalmente elas não vão fazer né?”*

*“Tem que tá sempre atenta, ficar olhando... tem que ajudar a escovar porque não sabe escovar direito né? “*

*“Fundamental. Direto dou uma olhada nos dentinhos dele, se tá surgindo alguma coisa a gente marca e passa pela médica. A gente não deixa de escovar o dente dele.”*

Apesar de existir uma concordância entre a maioria das famílias sobre a frequência de escovações (de 2 a 3 por dia), há aquelas que fogem de padrão por não acharem necessário ou pela dificuldade em instituir esse hábito:

*“Do (filho) a gente ainda não tá fazendo porque ele é bebê. Já tem bastante dente. Começou a nascer agora os dentes, ele não deixa, vai mexer e ele já fica irritado.”*

Outro fator de dificuldade são as rotinas das famílias em que pais e mães trabalham, ficando a maior parte do dia longe de seus filhos, em exaustivas jornadas de trabalho que tornam o reencontro dos familiares, no fim do expediente, um momento em que é priorizado o descanso em detrimento de práticas de higiene:

*“Fica complicado, ela sai às 7 junto comigo e eu só pego às 4 e meia, 5 horas... o que a gente poderia fazer é colocar pra escovar antes de dormir, mas ela é uma caixinha de surpresas pra dormir; de repente ela sente sono, deita e dorme.”*

Existindo uma desigualdade na experiência de cárie atrelada à renda das famílias, sendo que crianças pertencentes a núcleos familiares com renda menos elevada têm maior prevalência de cáries não tratadas (ARDENGHI, 2013), é possível constatar a necessidade de priorizar a população infantil que vive sob estas condições para que o uso exclusivo da saúde pública não seja um obstáculo, e evitar menores taxas de uso de serviços odontológicos entre crianças com piores condições sociais ou piores hábitos de higiene bucal, como demonstrou o estudo de Baldani *et al.* (2017).

Nestas situações, as escolas e creches entram como um local de atenção à saúde, sendo uma possibilidade de ação do SUS, com trabalhos educativos e rotinas de escovação, dando continuidade às atividades realizadas nos domicílios dos estudantes:

*“aí um profissional vai lá e fala ‘se você não escovar o dente vai dar uma cárie’ vai ficar com aquilo na cabeça, foi uma médica, uma enfermeira lá... esses programas de prevenção é muito importante.”*

Buss *et al.* em 2020 fala sobre políticas públicas saudáveis, tendo a interdisciplinaridade como fundamento e a intersetorialidade como ferramenta na promoção de saúde, compatível com a proposta do PSE, que uniu Educação e Saúde aproximando essas ofertas de serviços públicos num espaço que envolve a comunidade educadora e tem suas ações repercutidas no ambiente familiar (BRASIL, 2007).

### **4.3 Educação em saúde**

Das 15 famílias entrevistadas inicialmente, apenas 8 responderam à entrevista final após os vídeos, não demonstrando interesse pelos vídeos publicados ao sair do grupo de transmissão ou não respondendo às solicitações de fazer a entrevista final.

Dentre os entrevistados nesta fase final, muitos não assistiram a todos os vídeos alegando falta de tempo e a maioria preferiu não compartilhar este momento com os filhos, trazendo para si a responsabilidade de absorver o conteúdo e depois repassar às crianças através da prática. Mas todo o conteúdo visualizado foi apontado como interessante, seja aprofundando conhecimentos existentes, seja trazendo novas informações:

*“Muitas coisas que você falou a gente não sabia mesmo não.”*

*“Não, eu entendi. Muita coisa que eu vi no vídeo que eu não tinha idéia, tipo como passar o fio dental às vezes a gente passava errado, a questão da escova de dente que eu achava que quanto mais firme, mais ela limpava, né? Mas não é assim.”*

A visão da unidade de saúde e do dentista varia entre a prática curativa e a educação em saúde, sendo esta vista por alguns como parte do cuidado:

*“acho que é mostrar mesmo o jeito certo de se fazer né? Porque por mais que a gente ensina, eu sei que a gente às vezes ensina errado. Então acho que o papel do dentista é realmente mostrar o jeito certo de fazer.”*

*“É o atendimento né? Quando a gente precisa, a gente chegar, o atendimento ser feito com profissional capacitado na área e ser um atendimento que nos dê segurança também.”*

A mudança dos hábitos de higiene oral se mostrou como objetivo de todos os entrevistados após a distribuição dos vídeos, sendo imediata em alguns:

*“Agora ele tá escovando o dente com frequência.”*

*“Eu acho que eu tô cuidando mais.”*

Mas a adoção de novos hábitos ou alteração dos atuais ainda se mostra uma dificuldade na realidade de algumas famílias, de acordo com a pergunta “Com o que foi visto/aprendido, foi possível aplicar mudanças?”:

*“Olha, vou ser sincera, por enquanto não, mas futuramente eu espero que sim né? Espero que eu consiga aplicar alguma das técnicas, principalmente de escovação.”*

*“Ajuda, é claro que ajuda, só tem coisas que a gente não consegue colocar em prática por conta de comodidade mesmo.”*

Independente do tempo necessário para que os conhecimentos adquiridos sejam colocados em prática, a educação em saúde também serve de estímulo aos pais e às crianças, lembrando da importância de rotinas saudáveis:

*“Ajudou e ajuda, porque as crianças vê como preparar, como cuidar, é muito bom! Não só as crianças, mas a gente também, nós que samo adulto...”*

*“Ah, a gente tem que fazer né? Depois daquele dia que eu conversei com você, eu tô forçando ela a escovar o dente mesmo. Eu quero sim fazer diferente!”*

Complementando esses resultados, um estudo de 2019 sugere que o desenvolvimento de ações educativas através de metodologias ativas de aprendizagem é necessário para produzir o conhecimento do público e promover a reflexão e o estímulo para a desenvolvimento de hábitos saudáveis, especialmente a práticas de higiene oral (SILVEIRA, 2019).

Durante a pandemia, com a exigência do distanciamento social, foi necessário se utilizar de meios online para a comunicação entre grupos de pessoas. Dessa forma, uma das maneiras de promover a educação em saúde pode ser através de inovações tecnológicas – ferramentas, serviços e plataformas digitais – que têm grande potencial para contribuir com a promoção da saúde, e soluções como aplicativos, blogs e redes sociais, dentre outras novidades, podem ampliar as possibilidades de as pessoas se comunicarem a favor de uma vida saudável (BUSS, 2020). Essa conclusão vai ao encontro da sugestão de que pesquisadores e profissionais clínicos deveriam buscar maneiras inovadoras de transmitir conhecimento técnico-científico numa linguagem

acessível pelos pacientes, facilitando a compreensão do conteúdo, promovendo a educação em saúde (Olatosi, 2021).

## **5. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Este projeto de intervenção foi capaz de exemplificar como a vulnerabilidade socioeconômica pode interferir na saúde bucal de crianças pertencentes a famílias que utilizam exclusivamente o SUS para acessar serviços de saúde. Para esses casos, na tentativa de minimizar os efeitos dos DSS, a educação em saúde se mostrou estratégia importante pela possibilidade de levar conhecimentos aos pais/responsáveis de forma a instituir hábitos saudáveis nas rotinas destas crianças, promovendo assim a saúde e evitando agravos.

A ferramenta utilizada de vídeos educativos se mostrou eficiente por poder ser acessada pelos adultos em suas residências e os ensinamentos, adequados a cada realidade, favorecendo mudanças nas rotinas de saúde bucal das crianças. Mas as jornadas de trabalho e a pouca disponibilidade de alguns ainda se mostra uma barreira, sendo esta falta de tempo também um obstáculo à adesão de práticas saudáveis que demandam persistência.

Desta forma, os profissionais da saúde bucal devem priorizar as famílias mais vulneráveis, se utilizando de todas as oportunidades possíveis e de meios tecnológicos como as redes sociais para ensinar sobre saúde, transformando iniquidades em sorrisos saudáveis.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARDENGI, D.M., PIOVESAN, C., ANTUNES, J.L.F. Desigualdades na prevalência de cárie dentária não tratada em crianças pré-escolares no Brasil. *Rev Saúde Pública*, 47(Supl 3):129-37, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2013047004352>, Acesso em: 22 nov. 2021.

BALDANI, M.H., *et al.* Assessing the role of appropriate primary health care on the use of dental services by Brazilian low-income preschool children. *Cad. Saúde Pública*, 33(11):e00158116, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/xh7y3T9Q6sjcSGBtTpwrVVS/?lang=en>. Acesso em: 23 abr. 2022.

BRASIL. Decreto nº 1.444/GM, de 28 de dezembro de 2000. Estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa de Saúde da Família. Brasília, José Serra. Disponível em: <http://www1.saude.rs.gov.br/dados/11652497918841%20Portaria%20N%BA%201444%20de%208%20dez%20de%202000.pdf>. Acesso em: 17 abr. 2022.

BRASIL. Decreto nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007. Institui o Programa Saúde na Escola – PSE. Brasília. Presidência da República, Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2007-2010/2007/decreto/d6286.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6286.htm). Acesso em: 17 jan. 2022.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. Brasília, Presidência da República, Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm). Acesso em: 27 dez. 2021.

BRASIL. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasília, Presidência da República, Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8069.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm). Acesso em: 23 abr. 2022.

BRASIL. Relatório Final da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS). As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil. Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS). 2008.

BRASIL. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília. Ministério da Saúde, 1997. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09\\_16.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_16.pdf). Acesso em: 19 jan. 2022.

BUSS, P.M. *et al.* Promoção da saúde e qualidade de vida: uma perspectiva histórica ao longo dos últimos 40 anos (1980-2020). *Ciência & Saúde Coletiva*, 25(12): 4723-4735, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/5BJghnvvZyB7GmyF7MLjqDr/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 12 ago. 2021.

CAMPO GRANDE. Decreto nº 13.340, de 29 de novembro de 2017. Estrutura Básica da Secretaria Municipal de Saúde. Secretaria Municipal de Saúde. Diário Oficial de Campo Grande – MS, Diogrande 5.076, Art. 69, 70 e 72, pag 10-11.

CAMPO GRANDE. Resolução SESAU n. 523, de 18 de março de 2020. Regulamenta o funcionamento das unidades da rede municipal de saúde que realizam atendimento ambulatorial, durante pandemia de coronavírus – COVID 19. Secretaria Municipal de Saúde. Diário Oficial de Campo Grande – MS, Diogrande n. 5.861, Art. 1º, pág 3.

FERNANDES, L. T. B.; NÓBREGA, V.M.; Supported self-care actions for children and teenagers with chronic diseases. *Texto & Contexto – Enfermagem*, V. 28, e20180325, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2018-0325>. Acesso em: 18 jan. 2022.

GOMES, I. M. *et al.* Care performed by family caregivers of children submitted to hematopoietic stem cell transplantation. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. V. 27, e3120, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2298-3120>. Acesso em: 18 jan. 2022.

GONÇALVES, A.J.G., *et al.* Estrutura dos serviços de saúde bucal ofertados na Atenção Básica no Brasil: diferenças regionais. *SAÚDE DEBATE*, RIO DE JANEIRO, V. 44, N. 126, P. 725-738, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/NJLbHwg4mpxf5xvXcWHNWKL/?lang=pt>. Acesso em 23 abr. 2022.

MOREIRA, T. P., NATIONS, M. K., ALVES, M. S. C. F. Dentes da desigualdade: marcas bucais da experiência vivida na pobreza pela comunidade do Dendê, Fortaleza, Ceará, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 23(6):1383-1392, jun. 2007.

OLATOSI, O.O. *et al.* Awareness and preferred mode of getting information on first aid management of avulsed permanent teeth: survey of Nigerian mothers. *Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada*, 21:e0124, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/pboci.2021.008>. Acesso em: 22 nov. 2021.

PATRIANOVA, E.M.; KROLL, C.D.; BÉZIN, F. Sequência e cronologia de erupção dos dentes decíduos em crianças do município de Itajaí (SC). *Revista Sul-Brasileira de Odontologia*, Oct-Dec;7(4):406-13, 2010. Disponível em: [http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1984-56852010000400006&script=sci\\_abstract](http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1984-56852010000400006&script=sci_abstract). Acesso em: 19 abr. 2022.

RANK, R.C.I.C. *et al.* Técnica auxiliar na esfoliação de dentes decíduos em crianças com medo e ansiedade: relato de casos. *Revista Bahiana de Odontologia*, 7(2):118-125, 2016.

REIS, R.G. A influência dos determinantes sociais na saúde da criança. *Revista da Faculdade de Ciência Social, Libertas*, Juiz de Fora, v.4 e 5, n. especial, p.17 - 42, 2005. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/libertas/article/view/18131>. Acesso em: 20 abr. 2022.

SANTOS, A.L., RIGOTTO, R.M. Território e territorialização: incorporando as relações produção, trabalho, ambiente e saúde na atenção básica à saúde. *Trab. Educ. Saúde*, Rio de Janeiro, v. 8 n. 3, p. 387-406, 2011.

SILVEIRA, M.F., *et al.* Condição periodontal de adolescentes e fatores associados. *Revista Gaúcha Odontologia*;67:e2019004, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-86372019000043489>. Acesso em: 20 abr. 2022.

## **APENDICE A – GUIAS PARA ENTREVISTAS**

### **PARTE OBJETIVA**

Família Nº: (apenas com o objetivo de organizar)

Nomes dos moradores: (para estabelecer a identidade)

Nº de moradores:

Nº de crianças abaixo de 06 anos:

Nº de pais/responsáveis:

Há quanto tempo mora no local: Casa própria? Aluguel?

Eletricidade? Água tratada? Esgoto? Coleta de lixo?

Fontes de renda:

Creche/escola:

Conhecem a Unidade? Os profissionais da Equipe?

Moradores já visitaram o dentista? Alguém está em tratamento no momento? Precisando? Criança já visitou o dentista?

Moradores possuem escovas de dentes próprias?

Criança possui escova de dente própria?

Existe fio dental na residência?

### **PARTE SUBJETIVA (PRÉ-VÍDEOS)**

Como é a rotina de saúde bucal da família? E da(s) criança(s)?

Quais os obstáculos encontrados?

O que pode ser melhorado?

O que seria o ideal?

O que falta para isso?

Qual o papel da família (pais/responsáveis) na tua opinião?

Qual o papel da Unidade de Saúde e do Cirurgião-Dentista na tua opinião?

Qual tema tu gostaria de saber mais a respeito?



PARTE SUBJETIVA

(PÓS-VÍDEOS)

Foi compreendido tudo o que foi dito? Ficou alguma dúvida?

Os vídeos ensinaram algo que tu não sabia? Eles te ajudaram de alguma forma?

Com o que foi visto/aprendido, foi possível aplicar mudanças?

Ficou algum tema ou aspecto sem ser abordado?

Sentiu vontade de compartilhar o vídeo com alguém?