

SILVIA HELENA MARTINS

**O vídeo educativo na promoção de saúde bucal para bebês
e crianças de 0 a 6 anos**

São Paulo

2021

SILVIA HELENA MARTINS

**O vídeo educativo na promoção de saúde bucal para bebês
e crianças de 0 a 6 anos**

Versão Corrigida

Dissertação apresentada à Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, Programa de Mestrado Profissional Formação Interdisciplinar em Saúde, para obter o título de Mestre em Ciências.

Orientador: Ana Maria Cervato-Mancuso

São Paulo

2021

Catálogo da Publicação
Serviço de Documentação Odontológica
Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo

Martins, Silvia Helena.

O vídeo educativo na promoção de saúde bucal para bebês e crianças de 0 a 6 anos / Silvia Helena Martins; orientador Ana Maria Cervato-Mancuso. -- São Paulo, 2021.

189 p. : fig. 30 cm.

Dissertação (Mestrado Profissional) -- Programa Mestrado Profissional Interunidades em Formação Interdisciplinar em Saúde. -- Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo. Versão corrigida.

1. Filme e vídeo educativo. 2. Educação em Saúde. 3. Saúde Bucal. 4. Mídia audiovisual. I. Cervato-Mancuso, Ana Maria. II. Título.

Martins SH. O vídeo educativo na promoção de saúde bucal para bebês e crianças de 0 a 6 anos Dissertação apresentada à Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Aprovado em: 04 / 08 /2021

Banca Examinadora

Prof(a). Dr(a). Ana Maria Cervato Mancuso

Instituição: Faculdade de Saúde Pública – USP

Julgamento: Aprovado

Prof(a). Dr(a). Rita Maria Lino Tarcia

Instituição: UNIFESP

Julgamento: Aprovado

Prof(a). Dr(a). Sylvia Helena Souza da Silva Batista

Instituição: UNIFESP

Julgamento: Aprovado

RESUMO

Martins SH. O vídeo educativo na promoção de saúde bucal para bebês e crianças de 0 a 6 anos [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Odontologia; 2020. Versão Corrigida.

O presente trabalho aborda a utilização de recursos audiovisuais como ferramenta educativa que sensibiliza e conscientiza sobre a importância da promoção da Saúde Bucal na infância. O objetivo desse material é relatar a experiência de construção do produto educacional como processo de aprendizagem educacional, registrando os percursos e vivências que possibilitaram a construção de uma metodologia de elaboração e desenvolvimento de uma coletânea de vídeos educativos sobre Saúde Bucal de bebês e crianças de 0 a 6 anos. Durante o processo buscou-se produzir vídeos que ampliem o acesso à informação e conhecimento, a formação reflexiva, e a democratização de saberes a partir de diferentes óticas e com uma visão interdisciplinar. A série de vídeos educativos elaborada é voltada ao público adulto que interage com bebês e crianças, com duração média de 11 a 16 minutos que aborda temáticas como: Saúde Bucal da gestante, Aleitamento Materno, Hábitos de Higiene Bucal, Hábitos alimentares que favorecem a Saúde Bucal, Construção de Hábitos e Saúde Bucal na Infância, O que é cárie?, A importância de cuidar da primeira dentição, O uso da chupeta e A importância do flúor. A vivência relatada abriu perspectivas para o desenvolvimento de projetos intersetoriais na área de Educação em Saúde, revelou potencialidades do uso da tecnologia da educação, da abordagem sensível utilizando elementos da comunicação audiovisual e possibilidades do uso de vídeos educativos para a promoção de saúde, e ressalta a importância de trabalhos articulados e diálogos entre diferentes setores promotores de políticas públicas, que possibilitem interação e trocas entre os profissionais de saúde e educação para atuarem de forma colaborativa no planejamento e desenvolvimento de ações educativas e promotoras de saúde.

Palavras-chave: Filme e Vídeo educativo. Educação em Saúde. Saúde Bucal. Mídia audiovisual.

ABSTRACT

Martins SH. Educational video in oral health promotion for babies and children from 0 to 6 years [dissertation]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Odontologia; 2021. Versão Corrigida.

This work addresses the use of audiovisual resources as an educational tool that raises awareness and raises awareness about the importance of promoting Oral Health in childhood. The purpose of this material is to report the experience of building the educational product as an educommunicative learning process, recording the paths and experiences that enabled the construction of a methodology for the elaboration and development of a collection of educational videos on Oral Health for babies and children of 0 to 6 years. During the process, we sought to produce videos that expand access to information and knowledge, reflective training, and the democratization of knowledge from different perspectives and with an interdisciplinary vision. The series of educational videos developed is aimed at adults who interact with babies and children, with an average duration of 11 to 16 minutes, covering topics such as: Oral Health of pregnant women, Breastfeeding, Oral Hygiene Habits, Eating habits that promote health Oral, Building Habits and Oral Health in Childhood, What is caries?, The importance of caring for the first set of teeth, The use of pacifiers and The importance of fluoride. The experience reported opened perspectives for the development of intersectoral projects in the area of Health Education, revealed potentialities in the use of education technology, the sensitive approach using elements of audiovisual communication and possibilities of using educational videos for health promotion, and highlights the importance of articulated work and dialogues between different sectors that promote public policies, which enable interaction and exchanges between health and education professionals to work collaboratively in the planning and development of educational and health-promoting actions.

Keywords: Instructional film and video. Health Education. Oral Health. Video-Audio Media.

Aos meus pais **Paulo Roberto Carvalho Martins** (in memoriam) e **Julie Silvia Martins**. Que sempre foram exemplos de caráter, que acreditaram nas minhas potencialidades, me inspiraram a lutar pelos meus sonhos, me deram todo apoio e aconchego nos momentos difíceis e me ensinaram a ser uma pessoa melhor para o mundo

Aos meus avós paternos **Plínio de Almeida Martins e Zenaide de Azevedo Carvalho Martins** (in memoriam), e avós maternos **Harry Kuusberg e Erna Liblik Kuusberg** (in memoriam). Em especial as minhas avós que foram mulheres a frente de seu tempo, que buscaram seu espaço como profissional e romperam com paradigmas da época e deixaram um legado admirável que me inspira até hoje.

Às minhas madrinhas **América de Azevedo Carvalho Martins e Iracema de Azevedo Carvalho Martins** (in memoriam) que mesmo pelo pouco tempo de convivência me permitiram reconhecer o amor, o carinho, e a sensibilidade. Minhas madrinhas e minha avó Zenaide como professoras me inspiraram na escolha da carreira como pedagoga/professora, escolha esta que dá sentido à minha vida e minha existência.

Ao meu padrinho **Harry Kuusberg Júnior** que sempre me incentivou a correr atrás dos meus sonhos, torceu pelo meu sucesso, vibrou com minhas conquistas, me entusiasmando a sempre ir além nos meus anseios.

Ao meu irmão **Paulo Henrique Martins** que me encoraja e dá exemplos de determinação, fazendo me encantar com as alegrias e felicidades da vida.

Ao meu querido tio **Adirson José Melloni** que sempre foi inspiração de profissional competente, que naturalmente me apadrinou e se tornou meu mentor, me aconselhando nas minhas escolhas profissionais.

A minha querida tia **Aparecida Mesquita Santiago** que ao longo de toda minha vida cuidou de mim e dedicou todos os seus esforços para fazer de mim uma pessoa melhor.

AGRADECIMENTOS

A **Deus**, pela vida, pela saúde, pela família, pela força e proteção. Agradeço pelos momentos que se revelou em minha vida, sendo fonte incondicional de força e superação que me encoraja a enfrentar os obstáculos cotidianos, que me faz acreditar que existe um propósito maior a ser realizado e acreditar que a vida vale a pena de ser vivida.

À minha orientadora **Ana Maria Cervato Mancuso** que tão bem acolheu minhas indagações, dúvidas e incertezas como estudante e aprendiz. Que através de conversa e diálogos despertou minha curiosidade, me estimulou a buscar respostas, a refletir sobre meu percurso e me deu condições para alcançar novos conhecimentos. Tal processo me remete ao método socrático da maiêutica, que através de diálogos leva a pessoa a pensar e raciocinar de forma que se “dar à luz” a novos conhecimentos.

Às minhas equipes de trabalho pedagógico, que tanto contribuíram com diálogos, reflexões, indagações e compartilhamento de saberes para minha formação profissional ao longo da minha trajetória na Educação Infantil. Entre elas as equipes do: **CEI Indianópolis, CEI Caminho do Mar, CEI Inês Menezes Maria, CEI José Gomes de Moraes Netto, CEI Vicentina Velasco e CEI Parque Fongaro.**

Aos **meus amigos e amigas, primos e primas e familiares** que sempre me encorajaram, me ofereceram palavras de incentivo e acreditaram na minha dedicação e potencialidade.

Aos **colegas e professores do Mestrado Profissional Interunidades em Formação Interdisciplinar em Saúde** que tornaram o percurso mais leve e divertido, demonstraram o poder da coletividade para enfrentar os desafios e contribuíram para a riqueza de diversidade deste trabalho.

Aos **colaboradores da pesquisa** que acreditaram no meu projeto como instrumento potente de transformação social e se disponibilizaram a participar das entrevistas, gravações, compartilhamento de fotos e momentos íntimos de família.

Aos **profissionais de educação**, Adriana Akemi Sakurai, Bruna Pereira de Matos, Grês Saliba, Janileila Santos Pereira, Marlei Cristina da Silva Prado, Adriana Sanches Nabarrete, Lenise Maria Coral e Raquel Almeida da Cunha

Aos **profissionais de comunicação**, Antônio Rogério Cazzali, Claudemir Edson Viana, Cristiano Halada Cardoso e Marciel Aparecido Consani.

Aos **profissionais de saúde**, Ana Carolina Vilela Alvarez Martinez, Andrea Rosa dos Santos, Camila Éden Belda, Caroline Valério Barros, Felix de Jesus Neves, Fernanda Rocco Oliveira, Geni Lessima Yamamoto, Iuri Malowski Belda, Joyce Borba Marques, Juliana Alexandre Pinto, Julie Silvia Martins, Marcelo José Strazzeri Bonecker, Marina Antonieta Silva, Roberta Lopes Calvalcante, Samuel Morais Sicconi, Samuel Soares Filho, Sylvia Lavínia Martini Ferreira, Tatiana Pereira Melo, Thais Maia, Thalys Rafael Augusto Rodrigues, Viviane Laudelino Vieira.

Aos **familiares de bebês e crianças**, Aline Grazielle Dias Oliveira, Andréa Roberto Ferreira Félix, Daniela Moreno de Oliveira, Danielle Maciel Pereira Martins, Diana Mattos da Silva, Drisana Inácio Oliveira, Erica Sousa Oliveira, Fabiana Cristine Massula Ferreira, Humberto Baltar Nicolau dos Santos, Íris Pereira Fonseca, Jéssica Prado Arruda, Katia Iared Sebastião Romanelli, Laura Fantazzini Grandisoll, Leonardo Ramalho de Souza, Lisandra Neves dos Santos Oliveira, Maria Paula Branco de Matos Lima, Mariana Rebuci Sá Peres, Marina Oliveira Zirpoli Issa, Melissa de Assis Ruiz, Renan Gorgônio Peres, Samantha Caesar de Andrade, Talita Guedes Bittioli, Thainá dos Santos Barbosa Baltar, Thais Rojas Castro e Vanessa Campioto Cyrillo Lima.

APRESENTAÇÃO

Por que escolhi estudar Educação em Saúde?

Sou Pedagoga formada pela Faculdade de Educação da USP, atuo há 10 anos como docente e sempre me interessei pela área da educação pelo seu potencial transformador, pela possibilidade de intervenção social, e por acreditar que através dela podemos construir um futuro melhor. Atuo como professora na Educação Infantil com bebês e crianças de 0 a 3 anos na Prefeitura Municipal de São Paulo.

As escolas ficam localizadas em regiões de difícil acesso e menos favorecidas, onde a maioria da população atendida necessita de auxílio governamental para complementar a renda. Diante dessa realidade descrita o atendimento do CEI (Centro de Educação Infantil) ainda apresenta resquícios de políticas governamentais baseadas no assistencialismo e busca conquistar espaço junto à comunidade local sobre seu papel formativo e a conscientização sobre a sua importância como ambiente educativo e promotor de desenvolvimento desde a primeira infância.

Entre as atividades propostas na nossa rotina escolar, a alimentação das crianças permeia grande parte do nosso dia a dia. São oferecidas 5 refeições desde colação, lanche e refeições principais como almoço e jantar. Em todos os momentos sempre estimulamos que as crianças experimentem os alimentos oferecidos, que explorem seus aromas e texturas e que aos poucos conquistem autonomia para se alimentarem sozinhas.

Em observações cotidianas percebi que determinada criança recusava todos os alimentos oferecidos e raramente finalizava as refeições. Nos momentos de escovação também demonstrava desinteresse e finalizava sozinha de forma rápida e sem pedir o auxílio. Após alguns dias observando esses comportamentos se repetirem resolvi fazer a escovação individualmente e com intervenção direta com cada criança, de forma que pudesse me atentar mais detalhadamente como estavam os dentes de cada criança e se estavam realizando a escovação de maneira adequada. E conforme eu já imaginava esta aluna em específico apresentava grande parte dos dentes careados, as gengivas aparentavam estar sensíveis e inchadas e quando tentei

escovar demonstrou desconforto e recusa. Conclui que a dificuldade de alimentação poderia estar relacionada a dor nos dentes e dificuldade de mastigar.

Ao final do dia resolvi abordar a mãe da criança pessoalmente no momento da saída para relatar minhas observações sobre a dificuldade de alimentação da criança e a situação dos dentes e da gengiva. Porém para o meu espanto quando me aproximei da mãe percebo que a mãe tinha apenas os “caninos”. Eis aí minha questão fundamental, como os hábitos de higiene refletem os hábitos culturais e condições de vida das pessoas. Como posso transformar a prática cultural e estimular a construção de hábitos saudáveis desde a primeira infância? Como construir práticas de cuidados que colaborem para uma vida mais saudável?

A partir desse episódio relatado conversei com a coordenadora pedagógica do CEI em que atuava na época, realizamos discussões nos horários formativos dos professores sobre a questão. Foi realizado um projeto de formação com a equipe pedagógica da escola e no encontro formativo de reunião de pais foi convidada uma dentista para dar uma palestra específica sobre as principais dúvidas sobre a saúde bucal dos 0 aos 6 anos de idade.

A minha proposta educacional é ampliar tal intervenção educativa através da produção de um vídeo educativo que traga estes aspectos específicos da saúde bucal de 0 a 6 anos, e que este possa ser utilizado como instrumento nas formações de profissionais de saúde, educação, de pais e cuidadores de bebês e crianças.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	17
2	REVISÃO DE LITERATURA	21
3	OBJETIVO GERAL	33
3.1	Objetivos específicos	33
4	METODOLOGIA	35
5	RESULTADOS	39
5.1	Pré-produção	41
5.2	Produção	100
5.3	Pós-produção	107
5.4	Percorso de construção da série de vídeos	115
6	DISCUSSÃO	119
7	CONCLUSÃO	133
	REFERÊNCIAS	135
	APÊNDICES	151
	ANEXO	187

1 INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas vivenciamos um processo de transformação e modernização tecnológica, tivemos o desenvolvimento de hardwares, softwares e da internet que causaram grande impacto em toda a sociedade, possibilitando ampliar o fluxo de informações e as redes de comunicação. Assim é preciso reconhecer que a nossa sociedade tem na comunicação o papel estratégico para garantir o acesso à informação e conhecimento, que são aspectos fundamentais para os processos de desenvolvimento econômico como também para os processos de democratização política e social.(1)

As mídias têm conquistado cada dia maior visibilidade, sendo agentes importantes de formação e transformação na nossa sociedade contemporânea. Os meios de comunicação chegam nos mais diferentes lugares e abrangem diversos públicos, sendo esses importantes mecanismos de ação formativa e na construção de conhecimento.(2)

A produção de vídeos de curta duração tornou-se muito popular, e as plataformas de compartilhamento através da internet colaboram para a ampla divulgação dos materiais produzidos. Apesar dos vídeos de curta duração estarem associados ao lazer e entretenimento, a produção destes podem ter um vasto potencial educacional como o desenvolvimento de pensamento crítico e a integração de diferentes saberes.(3)

Morán (4), pesquisador da área da comunicação, enfatiza que o vídeo como veículo de comunicação nos possibilita uma aproximação sensível com o cotidiano e de como as pessoas vivem, oferecendo repertório de imagens com múltiplos recortes da realidade. Segundo o pesquisador, o vídeo é uma ferramenta sensorial que se utiliza da linguagem visual, linguagem falada, linguagem musical e linguagem escrita para compor significações que são próprias da linguagem audiovisual, sendo assim o vídeo é uma fórmula de comunicação que atrai a maioria das pessoas e de grande potencial educacional.

A Política Nacional de Promoção de Saúde (5), em sua primeira versão, prevê o uso de tecnologias de educação e de comunicação social para o desenvolvimento de ações de Educação em Saúde. No documento, é apresentada a estratégia de comunicação e educação para a promoção da saúde como um recurso potente para a sensibilização, a capacitação de lideranças e formadores de opinião. O que nos permite reconhecer o vídeo educativo como um meio de intervenção social, principalmente no campo das políticas em saúde de grande abrangência.(6)

Na versão mais atual da Política Nacional de Promoção de Saúde (7) reafirma-se a importância de políticas públicas saudáveis e de ações em promoção da saúde que estabeleça estratégias de comunicação social e mídia que utilizem as diversas expressões comunicacionais, formais e populares para favorecer a escuta e vocalização de diferentes grupos envolvidos em ações direcionadas ao fortalecimento dos princípios das subjetividades individuais e coletivas, da integralidade e da intersetorialidade.

Grossi et al. (8) demonstram em seu trabalho de revisão integrativa sobre a importância da utilização de recursos midiáticos na educação em saúde, que há um aumento das estratégias de prevenção, de autocuidado e mudança de comportamento de risco quando são utilizadas mídias interativas para ações de promoção de saúde. Os autores revelam a importância da implementação de recursos tecnológicos para a educação em saúde, concluindo que “educação e tecnologia são indissociáveis”.

A integração entre a educação e a comunicação gera novas formas de produção, circulação e recepção do conhecimento. A mediação tecnológica na educação permite aos educadores e aos educandos a ampliação de suas possibilidades de expressão, de produção cultural e podem trazer as soluções para diversos problemas que a educação enfrenta.(6)

Considerando todo esse potencial educador que as mídias nos possibilitam é possível vislumbramos a capacidade de transformar a realidade a partir da socialização de conhecimento.(9) Ao garantirmos o acesso ao conhecimento de maneira ampla possibilitamos melhorias na qualidade de vida da população brasileira.

A elaboração de vídeos educativos vai ao encontro das ações propostas na Lei 8.080 (10), na Política Nacional de Atenção Básica (11) e na Política Nacional de Saúde Bucal (12) que preveem: a educação permanente dos profissionais da educação, da saúde, e a educação em saúde para a população.

Entre os princípios e diretrizes apresentados pela Lei 8.080 (10), é direito do cidadão ter informações sobre sua saúde. A referida lei no Capítulo II que se refere às ações e dos serviços públicos de saúde destaca a importância da educação permanente dos profissionais do Sistema Único de Saúde (SUS).

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (11) propõe disponibilizar recursos técnicos e pedagógicos que favoreçam a formação e educação permanente dos profissionais da atenção básica. Essa política também considera entre as ações estratégicas o Programa Saúde na Escola que fomenta a educação permanente em saúde dos profissionais da educação.

De acordo com a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) (12), as ações de promoção de saúde são mais efetivas se os diferentes setores que influenciam a saúde humana atuarem de forma integrada e alinhada, incluindo as diferentes linguagens (intersetorialidade).

O antropólogo e sociólogo francês Edgar Morin (13) que se aprofunda nos estudos sobre a complexidade, a contextualização dos conhecimentos e os aspectos multidimensionais do ser humano e da sociedade, faz críticas a lógica do pensamento cartesiano que compartimenta saberes e fragmenta os conhecimentos em disciplinas e hiperespecializações. O autor nos convoca a reflexões sobre como essa compreensão é limitante e reducionista, e nos propõe uma reforma do pensamento para uma interpretação mais ampliada sobre a complexidade da dimensão humana e social das relações. Segundo Morin (13) é necessário promover a integração de forma articulada e organizada de diferentes conhecimentos oriundos da ciência naturais e das ciências humanas e assim conjugá-las para uma compreensão multidisciplinar, multidimensional, contextualizada e complexa.

A Política Nacional de Promoção da Saúde (7) reconhece, ainda a complexidade e propõe como princípio construir o processo de trabalho articulado pautado na integralidade e na intersetorialidade. O conceito de intersetorialidade se refere ao processo de articulação de saberes, potencialidades e experiências de sujeitos, grupos e setores na construção de intervenções compartilhadas, estabelecendo vínculos, corresponsabilidade e cogestão para objetivos comuns.

Nesse sentido a conjunção de saberes das áreas de educação, comunicação e saúde são fundamentais para elaborar ferramentas educativas que alinhavam essa multiplicidade e diversidade de conhecimentos.

2 REVISÃO DE LITERATURA

Teoria Sócio-histórica

A teoria sócio histórica desenvolvida por Vygotsky tem fundamentação na teoria dialética-materialista de Marx e Engels, que utilizam o fenômeno histórico e social na compreensão da sociedade e das interações entre o homem e a natureza.(14, 15)

A teoria sócio-histórica considera os fatores históricos e sociais como influenciadores marcantes da nossa cultura. A cultura tem em suas raízes fatores históricos que transformaram a sociedade e ao mesmo tempo o aspecto social influenciou o percurso histórico das gerações, sendo assim somos produtos de nossas culturas e produtores culturais.

De acordo com Vygotsky, a cultura é parte constitutiva da natureza humana, é através das interações do homem com seu meio sociocultural que ele compreende o mundo, transforma e intervém na sociedade.(15)

Conforme Teresa Rego (15, p. 109):

[...] segundo a teoria histórico-cultural, o indivíduo se constitui enquanto tal não somente devido aos processos de maturação orgânica, mas, principalmente, através de suas interações sociais, a partir das trocas estabelecidas com seus semelhantes. As funções psíquicas humanas estão intimamente vinculadas ao aprendizado, à apropriação (por intermédio da linguagem) do legado cultural de seu grupo.

Nesta perspectiva, a aprendizagem é um processo contínuo de desenvolvimento que se estabelece ao longo de nossas vidas, internalizando conhecimento e produzindo cultura de forma constante. O ser humano é resultado das suas vivências e seu contexto social, cria valores e concepções de mundo a partir de suas experiências de vida.(15)

Ao compreendermos a importância do convívio social e das aprendizagens culturais para a formação de identidade, vislumbra-se a potencialidade de atuação na formação de sujeitos conscientes de suas ações no mundo. É preciso estimular a reflexão contínua sobre sua realidade para que assim as pessoas tomem consciência

das problemáticas e construam formas próprias/subjetivas adequadas ao seu contexto social, político e econômico.(16)

A abordagem sociocultural reconhece que o processo de ensino aprendizagem deve estar centrado nos contextos político, econômico, social e cultural. Essa concepção compreende que toda atividade educativa seja pautada na compreensão de mundo de maneira ampliada, permitindo a reflexão e a problematização, despertando no educando o entendimento de ser parte integrante de um contexto complexo.(14)

Na concepção da teoria sócio-histórica o professor e o aluno estabelecem uma relação igualitária e democrática, desenvolvendo a criticidade, questionando a cultura dominante e reconhecendo suas potencialidades como produtores de cultura.(17)

Tal concepção nos revela a capacidade de intervenção social e mudanças de comportamentos que atendam às necessidades do ser humano e promovam transformações significativas na qualidade de vida e na promoção de saúde da população.(18)

Para reafirmar que todos os seres humanos são pensantes e por isso têm o poder de transformação, destaca-se as palavras do educador Paulo Freire (16, p. 77):

[...] Mulheres e homens, somos os únicos seres que, social e historicamente, nos tornamos capazes de aprender. Por isso somos os únicos em quem aprender é uma aventura criadora, algo, por isso mesmo, muito mais rico do que meramente repetir a lição dada. Aprender para nós é construir, reconstruir, constatar para mudar, o que não se faz sem abertura ao risco e à aventura do espírito.

A partir das relações que estabelecemos com o outro, construímos novas formas de existir no mundo, reconstruindo culturalmente a sociedade. Estar atento a todas essas transformações quanto a forma de ser no mundo é reconhecer o poder de mudança existente na nossa sociedade a partir das relações interpessoais.(15)

Compreendendo as concepções colocadas sobre a teoria sócio-histórica, percebe-se a potencialidade de instrumentalizar os usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) para uma maior compreensão sobre o processo saúde-doença,

oferecendo conhecimentos que favoreçam transformações para uma melhor qualidade de vida e promoção da saúde.(18)

Para possibilitarmos que indivíduos e coletivos tenham um maior controle sobre os determinantes da saúde, é importante que a saúde e educação trabalhem de forma compartilhada, oferecendo meios de acesso a informações sobre como cuidar de si e dos seus familiares próximos.(18)

O educador Paulo Freire é o representante mais significativo da abordagem sociocultural no Brasil.(17) O educador se debruçou em práticas educativas pautadas na educação libertadora/problematizadora, na educação popular como ação crítica sobre a realidade, no empoderamento dos sujeitos e das comunidades para uma emancipação e acesso a melhor qualidade de vida das populações e pautou o diálogo e a troca de saberes como fundamentais para uma prática compartilhada e democrática de aprendizagem.(16, 17, 19-21)

Aspectos históricos da Educação em Saúde

Historicamente a educação em saúde no Brasil surge com o objetivo de transformar o perfil sanitário das famílias coloniais, subdividindo assim a família nuclear dos agregados, escravos, domésticos e serviçais. Tais iniciativas buscavam europeizar os costumes e urbanizar os hábitos da elite brasileira e mudar o padrão sanitário e assim alcançar a manutenção da saúde da população dominante (elite branca).(22)

As classes populares apenas receberam as primeiras intervenções de educação em saúde quando consideraram as condições de higiene da população periférica como foco de propagação de doenças contagiosas, como: febre amarela, varíola e peste. O Estado considerava a ignorância e falta de informação da população periférica como causadora dos males da saúde, e que estes não eram capazes de maior entendimento, portanto adotavam ações autoritárias respaldados na concepção de que as pessoas seriam incapazes de compreender.(22)

Nesta primeira década século XX as políticas de saúde da época se baseavam numa relação de fiscalização e policiamento e em nenhum momento se configurava a ideia de direito à saúde.(22). Até aquele momento desconsideravam as relações entre doença e condições de vida, e por esse motivo as práticas de saúde eram extremamente autoritárias, adotavam modelos repressivos e de segregação, sem se atentar aos reais motivos que levavam à população adquirir determinadas enfermidades.(22)

Em meados de 1920 surge uma nova concepção de serviços de saúde, a Saúde Pública, iniciam-se novas práticas voltadas para a saúde, como a educação sanitária. Tais práticas ainda tinham como pressupostos que a ignorância das famílias comprometia a saúde das crianças. Assim cria-se a hipótese que, por meio da educação sanitária em escolas e espaços educativos poderiam controlar os comportamentos sociais, instituir novos padrões de comportamento que favorecessem a manutenção da saúde da população.(22)

Os aspectos históricos do século XX, como a Revolução Industrial e a mudança do mundo do trabalho influenciaram toda a ordem social, inclusive o setor da saúde. O modelo de industrialização fordista tinha como principal característica fragmentar as funções dos operários, oferecendo assim apenas uma visão específica sobre o processo. Tais estratégias tinham como foco a produção em grande escala e redução de custos.(23)

A atenção à saúde sofre influência desse olhar objetivo e estabelece um caráter eminentemente curativo, para reduzir os altos gastos com a saúde e ampliar o atendimento à população. A especialização dos profissionais de saúde reflete diretamente no olhar fragmentado, focado na doença e no biológico, dificultando a criação de vínculos entre os profissionais da saúde e usuários.(23)

A Educação em Saúde surgia com a institucionalização da Educação Sanitária, onde as práticas educativas eram pautadas na intervenção e prescrição, a partir de normas higiênicas e regras para o bem estar social.(23)

Segundo Croscato e Bueno (23, p. 80)

Nesse contexto, as ações educativas teriam como objetivo a submissão do paciente a novos hábitos de vida, e a comportamentos que os impedissem de ter doenças, sendo que esses hábitos deveriam ser incorporados da maneira como o conhecimento era transmitido pelos profissionais. Muitas vezes, o significado desse conhecimento, repassado de forma tradicional, não era efetivamente compreendido, não se tendo êxito nesse saber médico biologicista e de pedagogia tradicional que estruturavam a saúde.

O enfoque biológico da atenção à saúde, de caráter curativo, distancia saberes e práticas das realidades, nas áreas de educação e da saúde, prejudicando a difusão científica e a educação em saúde, pois os modos de viver e as crenças populares não são considerados nem compartilhados entre educadores e membros da comunidade.

Aos poucos procedimentos foram se alterando e ampliou-se o foco do atendimento para a orientação, pois considerava que a população necessitava de informações para que adquirissem mudanças comportamentais de hábitos saudáveis e higiênicos.(24)

Somente ao final do século XX (1970/1980) houve uma mudança de paradigma, e compreende-se que Educação em Saúde deve prever ações educativas participativas, propondo assim que as exposições realizadas nos encontros formativos sejam dialogadas. A adaptação da linguagem do saber científico para uma linguagem acessível possibilita uma melhor compreensão por parte dos usuários e que estes se sintam representados.(24)

Neste período a Educação em saúde recebe grande influência do educador Paulo Freire que estabelece a partir do método dialógico a possibilidade de integração entre saberes populares e saberes científicos, possibilitando a troca de experiências da população com profissionais da saúde.(22)

Busca-se um sistema de saúde que atenda às realidades da população brasileira, esteja adequado às necessidades locais, respeite os diversos saberes populares, amplie a participação social e proporcione transformações significativas na qualidade de vida de todos os brasileiros.(10)

Conforme Silva et al. (22, p. 2546)

A educação popular em saúde busca trabalhar pedagogicamente o homem e os grupos envolvidos no processo de participação popular, fomentando formas coletivas de aprendizado e investigação, de modo a promover o crescimento da capacidade de análise crítica sobre a realidade e o aperfeiçoamento das estratégias de luta e enfrentamento. É uma estratégia de construção da participação popular no redirecionamento da vida social. Seu método parte do pressuposto de que as classes populares têm uma dinâmica própria sobre as doenças e seus processos de cura, adquirida no seu cotidiano e que este saber deve ser respeitado e incorporado às práticas de saúde. Ocorre em uma relação horizontal entre profissionais de saúde, considerados mediadores, e a comunidade, através de um diálogo educativo não-condutivista, acompanhado de um movimento para o fortalecimento

Atualmente, a perspectiva de Educação em Saúde compreende a importância das interações dos diferentes saberes: científico, do senso comum e popular, pois consideram que a visão multidimensional propõe ações mais adequadas a cada contexto social. Tais conceitos revelam um atendimento mais humanizado, maior respeito pelas subjetividades e o entendimento do ser humanos e suas complexidades.(24)

Paralelamente e decorrente do movimento da Reforma Sanitária Brasileira nasce o Sistema Único de Saúde que tem como base ideológica o caráter de mudança cultural na concepção do cuidado em saúde do indivíduo, da família e comunidade.(18)

Esta abordagem permite compreender a importância das ações de Educação em Saúde como um processo de capacitação da comunidade (usuários do SUS) para que reconheçam suas necessidades, construam novos saberes sobre a sua própria saúde e se tornem seres conscientes de sua atuação na busca por melhor qualidade de vida.(18)

Diante dessa proposta de intervenção social e política na área da saúde, é necessário buscarmos estratégias eficazes de aprendizagem que favoreçam a aproximação com os saberes populares, o diálogo com a comunidade e a partir disso a busca de soluções mais adequadas para determinada região/ comunidade/ coletivo.(18)

A ação educativa deve despertar um pensar crítico e reflexivo por parte dos usuários, para que estes transformem sua realidade e sejam capazes de propor ações que colaborem para o cuidar de si, de suas famílias e da coletividade. É compromisso da Educação em Saúde incentivar o autocuidado e de seus familiares, promovendo reflexões que conduzam a mudança de atitude de comportamento.(18)

A participação social é elemento fundamental para atingirmos resultados efetivos e eficazes. É necessário democratizar os diferentes saberes, para que o usuário construa a sua própria saúde, seja capaz de reconhecer suas necessidades e amplie seus saberes.(18)

Intersetorialidade

Saúde e Educação são direitos fundamentais previstos pela Constituição de 1988, sendo os grandes pilares do Estado para subsidiar políticas públicas que garantam uma melhoria na qualidade de vida da população brasileira. Porém, observamos que ambos caminham de forma paralela, sendo pouquíssimo explorada as ações intersetoriais nas políticas públicas de governo.(25)

O termo “intersetorial” surge em 1978, a partir de documentos lançados nas conferências de saúde na década de 1970. A temática começa a ser discutida no Brasil a partir de produções científicas voltadas para as políticas públicas de promoção de saúde, mas nas últimas décadas a produção de conhecimento tem garantido crescente ascensão também nas áreas de humanidades e ciências sociais aplicadas.(26)

O termo intersetorialidade é indicado na literatura como possuidor de vários sentidos. Numa perspectiva mais nuclear “intersetorialidade” deriva da junção da expressão/prefixo inter agregada a um conjunto de setores, que ao se aproximarem e interagirem entre si podem produzir ações e saberes mais integrais e totalizantes. O prefixo inter é oriundo do latim inter que significa “no interior de dois”; “entre”; “no espaço de”; “posição intermediária”, assim a palavra intersetorialidade desvela: 1) Relações entre dois ou mais setores; 2) Que é comum a dois ou mais setores.(27, p. 1)

A intersetorialidade é uma lógica de gestão que visa romper com a fragmentação das políticas públicas, modificando conceitos e a maneira de pensar as ações governamentais. A concepção de intersetorialidade percorre diferentes âmbitos das políticas sociais, promove uma articulação entre vários setores, integra e compartilha diferentes saberes com a participação de todos os envolvidos, com o objetivo em comum de efetivar os direitos fundamentais da população.(28)

Segundo a autora Faler (26, p. 8), o conceito de intersetorialidade é relativamente recente e tem uma proposta inovadora, buscando articular os diferentes setores no alcance de metas sociais que favoreçam a qualidade de vida da nossa sociedade.

Contudo, diante da vasta pesquisa bibliográfica levantada e que fundamenta a construção dos conceitos, corroboramos que a intersetorialidade, hodiernamente usada nas políticas sociais públicas e nas preleções dos gestores, se configura como um paradigma inovador que surge gradativamente nas políticas sociais públicas, cujo intento é superar a histórica tradição empirista cartesiana e a burocracia compartimentalizada das administrações públicas.

As ações intersetoriais visam atender os diferentes determinantes sociais e as diversidades em termos culturais, regionais, econômicos e sociais que interferem na qualidade de vida da população. O objetivo da intersetorialidade é articular políticas afim de identificar as necessidades dos cidadãos e através dessa ação conjunta oferecer maior benefício à sociedade.(26)

Com o objetivo de unir, juntar os diversos setores para a consecução das ações, ao mesmo tempo em que pressupõe manter as especificidades de cada área, a intersetorialidade vai além, buscando a superação de práticas fragmentadas com o intuito de atingir os resultados com maior êxito. Dessa forma, a intersetorialidade nas políticas públicas é compreendida como uma articulação maior entre diversos saberes para alcançar um objetivo mais amplo.(26, p. 101)

Ao falarmos de Saúde Integral da Criança evidenciamos os conceitos de intersectorialidade que pressupõem a definição de objetivos comuns para setores da saúde e educação. Cada setor poderá contribuir com seus saberes específicos, que compartilhados potencializam os saberes e práticas de promoção de saúde, vislumbrando articular ações já existentes e planejar novas ações compartilhadas, despertando assim a participação das unidades de saúde e instituições de educação a atuarem conjuntamente como redes de apoio com foco na criança e a partir do núcleo familiar.(29, p. 21)

As produções documentais e científicas sobre intersectorialidade ainda são escassas e ainda pouco divulgadas, necessitando, assim, serem incorporadas às estratégias da gestão pública para o desenvolvimento de uma gestão participativa/democrática e coerente com os pressupostos das metas sociais.(26, 30).

Martins et al. (30) sugerem a realização de mais estudos com esta abordagem, a fim de aprofundar os conhecimentos técnicos científicos acerca das ações intersectoriais entre educação e saúde, fomentando assim o fortalecimento das ações já existentes e promovendo novas estratégias intersectoriais para potencializar os programas de ações pautadas em decisões governamentais de nível nacional.

Em estudo de revisão sobre as ações intersectoriais do Programa Saúde verificou-se que, apesar de um dos pilares do programa, não há interação entre o setor saúde e educação. Além disso, não foi observada a troca de conhecimentos entre os profissionais para a resolução de problemas que atingem a comunidade infantil e seus familiares (30). Entretanto, a capacitação dos profissionais de ambos os setores facilita o processo de comunicação superando a barreira em função do contexto e realidades distintas em que trabalham

A literatura científica sobre o tema destaca a dificuldade em implementar ações intersectoriais nos setores da saúde e educação pois o processo de formação profissional ainda é tradicional e focado na hiperespecialização, sendo assim os profissionais carregam ainda concepções e práticas conservadoras, baseadas no seu limite de atuação, não conseguindo transpor esse olhar focado para um olhar mais amplo e abrangente de se promover saúde.(31)

Segundo autores que discorrem sobre a temática, para se efetivarem ações intersetoriais é necessário que haja conscientização, mobilização e organização dos diferentes setores, criando uma nova cultura que promova diálogos e intercâmbio de saberes entre os profissionais dos diferentes setores, e que se quebre paradigmas e modelos de gestão arcaicos e centralizadores.(32)

As ações da Educomunicação destinam-se, além de criar e fortalecer ecossistemas comunicativos, a integrar práticas educativas ao processo de estudo dos sistemas de comunicação.(6) . Nesse sentido, no ambiente escolar, a tecnologia e os meios de comunicação podem ser usados para promover a integração do grupo, abolindo a centralização e valorizando a pluralidade de toda a comunidade. Na Educomunicação, como refere Metzker , existe uma forte ligação com a arte e o fazer artístico e, porisso, incentiva os indivíduos a se expressarem (6).

É preciso desenvolver redes de atendimento conectadas estabelecendo metas comuns no que diz respeito ao desenvolvimento integral da criança e as melhores condições de vida da população, propor articulação entre os sujeitos sociais (ações coletivas e de participação comunitária), com a participação efetiva da comunidade nas tomadas de decisões como nos orçamentos participativos, e a abertura de espaços para o diálogo, debate, discussões onde todos têm direito de expressar seus pensamentos, ideias e sugestões.(32)

Pedagogia Audiovisual

A percepção do ser humano sobre o mundo é proveniente das diferentes percepções dos órgãos do sentido, entre eles a visão e audição. A linguagem audiovisual é responsável por grande parte das interpretações que fazemos sobre a nossa realidade, garantindo assim a capacidade de assimilação de grande quantidade de informações por segundos. Os seres humanos são em sua essência seres sociais que se utilizam da linguagem verbal, visual, e da expressão corporal para se comunicar, sendo assim comunicar já não é uma função instintiva, mas uma função cultural.(33)

O pensamento de Paulo Freire sobre os meios de comunicação está baseado nas concepções da educação libertadora, que utiliza a conscientização e problematização da camada popular para a transformação da realidade dos sujeitos. Freire (19) propõe que os meios de comunicação sejam fontes de reflexão crítica, que valorizem os conhecimentos prévios dos sujeitos e estimulem a capacidade criativa dos homens.

De acordo com Freire, o agir comunicativo vislumbra a emancipação da vida humana das diversas formas de alienação, sendo influenciadores para leitura crítica de mundo.(34) .Portanto, o pensamento Freiriano se contrapõe a teorias que enfatizam a manutenção dos sistemas sociais e manipulação das camadas populares através da transmissão de saberes que atendam apenas interesses da maioria hegemônica.(34)

Segundo Freire “A educação é comunicação, é diálogo, na medida em que não é transferência de saber, mas um encontro de sujeitos interlocutores, que buscam a significação dos significados”.(19, p. 69)

O conceito de Pedagogia Audiovisual qualifica o vídeo como instrumento de ensino-aprendizagem, pois é uma ferramenta que favorece a socialização do saber independentemente do nível de escolaridade daqueles que assistem, demonstrando assim grande potencial transformador. Por meio da comunicação audiovisual ampliamos as diferentes formas de expressão, garantimos a acesso à informação em diferentes direções e ampliamos a democratização do saber aos setores populares.(33)

De acordo com Julio Wohlgemuth (33, p. 12):

A pedagogia Audiovisual é uma metodologia de informação, educação e capacitação popular estruturada a partir de características da linguagem audiovisual e criada para o desenvolvimento sustentável no campo e na cidade. Faz uso de sistemas de produção e reprodução de mensagens, optando pelo vídeo: um instrumento adequado, econômico, flexível e versátil para essas necessidades; um instrumento que oferece grande autonomia no processo de produção de mensagens.

Segundo Wohlgemuth (33), o modelo teórico da comunicação proposto pela Pedagogia Audiovisual propõe que as mensagens de informação sejam compartilhadas entre emissor e receptor e as mensagens de comunicação sejam construídas entre emissor e receptor. Sendo assim, já não se configura como emissor e receptor da mensagem e sim ambos são interlocutores que dialogam produzindo mensagens que sejam de interesse coletivo, tornando horizontais as relações e não prescritivas.

A proposta da Pedagogia Audiovisual é reproduzir a realidade a partir das imagens registradas, e a mensagem a ser veiculada é construída diretamente com seus interlocutores, não havendo assim manipulação de dados e ou compreensão distorcida da realidade.(33)

O autor defende que o uso do vídeo como instrumento de comunicação e com proposta educativa deve estabelecer nova linguagem, não como mero reproduzidor de mensagens, mas como instrumento diferenciado e com novas funções sociais e potencialidades transformadoras que possam contribuir para uma sociedade mais equilibrada onde se possa viver com mais dignidade e felicidade.(33)

3 OBJETIVO GERAL

Descrever o processo de elaboração de uma série de vídeos educativos com temáticas relativas à Saúde Bucal de bebês e crianças de 0 a 6 anos, destinada a pais e responsáveis, profissionais da saúde e da educação com uma visão interdisciplinar.

3.1 Objetivos específicos

1. Analisar documentos de políticas públicas de Saúde Bucal na infância;
2. Desenvolver conteúdo educativo sobre Saúde Bucal dos 0 aos 6 anos;
3. Produzir imagens de referência do cotidiano no cuidado de Saúde Bucal;
4. Coletar informações e opiniões de profissionais de saúde, profissionais de educação e famílias de bebês e crianças de 0 a 6 anos;
5. Editar série de vídeos educativos sobre “Saúde Bucal na infância”.

4 METODOLOGIA

O presente trabalho é uma pesquisa de abordagem qualitativa, utilizando a técnica do relato de experiência a partir dos referenciais de Vygotsky (15) e Larrosa Bondia (35). Trata-se do processo de desenvolvimento do projeto audiovisual denominado “Saúde Bucal na infância”.

O projeto audiovisual “Saúde Bucal na infância” e suas etapas de desenvolvimento que serão descritas, foi elaborado a partir de diferentes leituras de abordagens metodológicas, compondo assim características próprias e adaptando-se as necessidades peculiares dessa produção. Cabe assim registrar que o projeto não se restringiu a uma única concepção ou conceito, mas partiu da integração de diversas metodologias que contribuíram para construir uma metodologia própria desta produção. A síntese das etapas deste projeto poderá ser observada na Figura 4.1.

Segundo Larrosa Bondía (35) viver uma experiência de maneira significativa é permitir a possibilidade que algo nos toque e nos transforme, pois a experiência é uma situação singular, que não pode ser reproduzida. É algo irrepetível e imprevisível, sem caminho objetivo e sem meta a ser atingida, mas uma abertura a uma infinidade de possibilidades, que se permite a uma pluralidade de compreensões. De acordo com essa interpretação, o saber advindo da experiência não se fecha em uma única verdade, não é delimitado ou mensurável, é um saber subjetivo, que possibilita uma pluralidade de interpretações. E esse saber é construído de acordo como nós atribuímos sentido a tudo que nos passa, nos toca e nos modifica.

No presente trabalho, eu me identifico como aprendiz em um processo educacional, visto que parti do campo da experiência para a elaboração dos vídeos e, ao mesmo tempo, como autora, compreendendo que ao final desse processo de aprendizagem foram construídos vídeos educativos. Retomo, assim, as concepções sócio-históricas de Vygotsky (15) que revelam que os sujeitos são frutos de suas experiências, influenciados pelo tempo histórico e social em que vivem, mas também são produtores de culturas e de novos saberes.

A definição de vídeo educativo aqui descrito é baseada no conceito da Pedagogia Audiovisual, que qualifica o vídeo como instrumento de ensino-

aprendizagem e ferramenta que favorece a democratização dos saberes independente do nível de escolaridade e situação socioeconômica das populações.(33) Segundo Júlio Wohlgemuth a comunicação audiovisual, ao integrar as linguagens verbais, as não verbais e as visuais amplia o seu potencial pedagógico e de transformação social, pois é capaz de: *sensibilizar* a população através de informações que retratam a problemática discutida e seus impactos no futuro; *educar* através da tomada de consciência de que é necessário intervir na realidade exposta e por fim *capacitar* através de informações que demonstrem possibilidades de implementação para efetivar essas mudanças almejadas.(33)

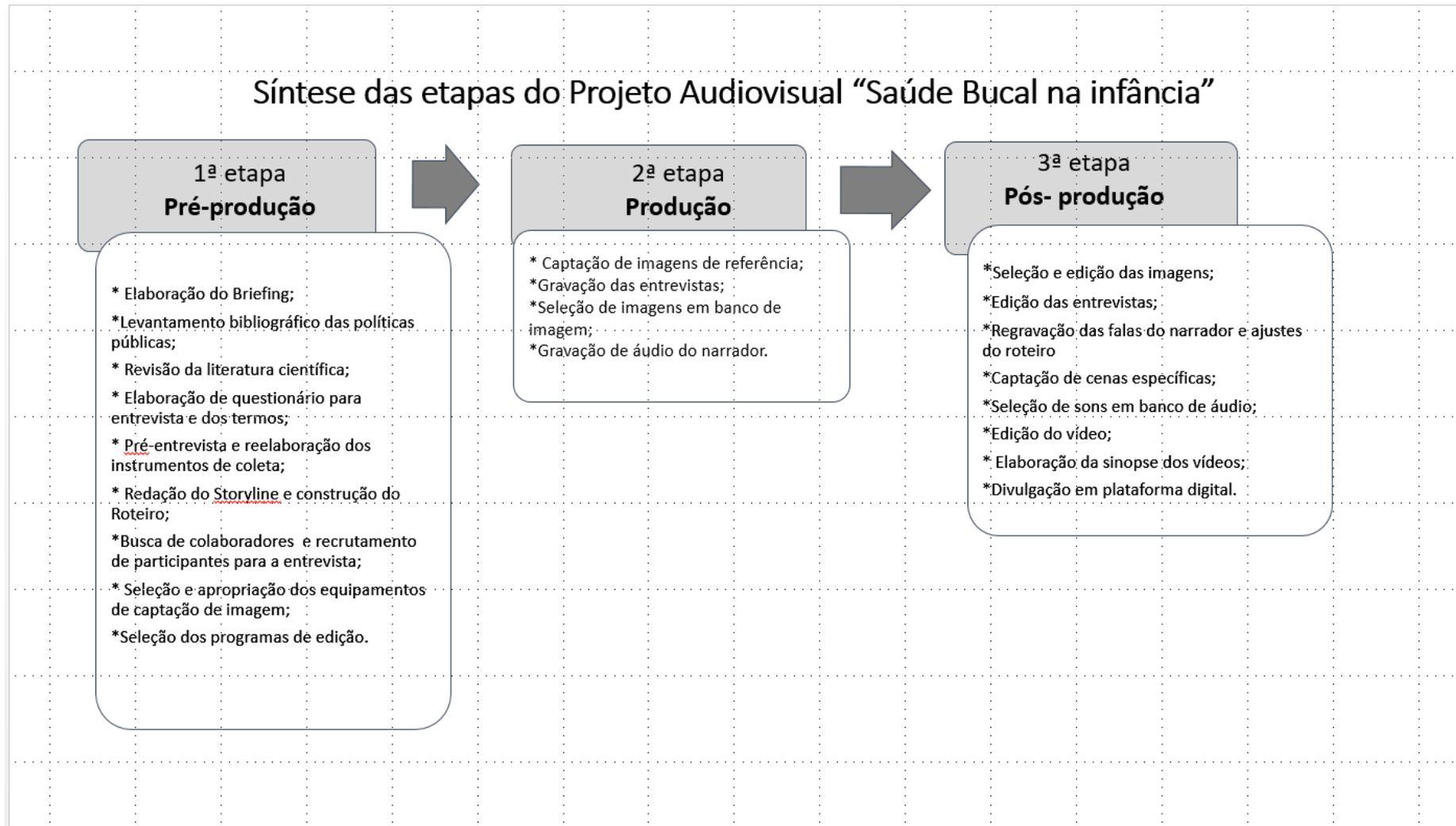
Outras proposições importantes no conceito da Pedagogia Audiovisual são: o compromisso com a comunicação em setores populares da sociedade, tradução da linguagem acadêmica para a linguagem popular, reconhecimento das imagens como um retrato da realidade e não a realidade em si, produção de imagens com significado sem se comprometer apenas com a estética, mas principalmente com a ética dos significados desejados. A audiência do vídeo, nessa abordagem, não se resume a mero entretenimento, mas a grupos de pessoas que se reúnem com determinada finalidade e, após assistir, dialogam entre si e propõem reflexões coletivas.

Como produto audiovisual o processo utilizado se baseou nas três etapas de uma produção cinematográfica: *pré-produção*, *produção* e *pós-produção*.(36-38). O relato percorre todas as etapas vivenciadas durante a produção da série de vídeos sobre “Saúde Bucal na infância”. Cada fase será descrita e detalhada para apresentar quais as fontes de conhecimento e suporte utilizadas, as problemáticas que surgiram ao longo de todo processo e as escolhas e soluções encontradas para encaminhar a produção audiovisual.

O presente trabalho faz parte do projeto que foi submetido ao Comitê de Ética da Faculdade de Saúde Pública intitulado “Intersetorialidade e a Saúde Pública” (CAAE 98278918.5.0000.5421) tendo sido aprovado com o parecer número 2.961.091 (ANEXO A).

Todas as imagens a serem utilizadas no vídeo terão respaldo no Termo de Consentimento Livre Esclarecido e na Autorização do uso de Imagem apresentadas no Apêndice D, Apêndice E, Apêndice F, Apêndice G e Apêndice H.

Figura 4.1 – Síntese das etapas do Projeto Audiovisual “Saúde Bucal na Infância”



5 RESULTADOS

As fases serão apresentadas seguindo a lógica das etapas de produção audiovisual: pré-produção, produção e pós-produção.(36-38) Porém, cabe destacar que o relato aqui descrito é fruto de uma pesquisa, um processo de aprendizagem e construção de uma metodologia inovadora, algumas dessas etapas foram realizadas simultaneamente ou podem ter ocorrido em relações inversas ou a partir das necessidades que ocorrem ao longo deste percurso.

Tal exposição se faz muito esclarecedora para quem desejar aplicar esse método em suas produções audiovisuais pois reforça que cada projeto é único, com demandas específicas, concepções e necessidades diferentes e situações imprevisíveis. Considera-se, portanto, que tal proposta poderá ter adaptações e ajustes para se adequar a necessidade de cada projeto.

Cabe aqui ressaltar que o processo de produção é produto de leituras de legislações de políticas públicas, de conhecimentos científicos, de leitura e observação de materiais oriundos da camada popular e de conhecimentos empíricos, a partir de minhas vivências pessoais e profissionais como mulher, filha de dentista, pedagoga, aluna, professora de educação infantil, interlocutora com a comunidade escolar da rede pública de educação, consumidora de mídias audiovisuais e ser humano em formação.

Durante todo o processo de aprendizagem me utilizei de um recurso que se tornou fundamental para registrar todas as minhas ideias, reflexões, descobertas, sínteses de conhecimentos, dados coletados e muito mais. O material que me permitiu registrar tudo isso e organizar os meus pensamentos e planejar as etapas futuras, foi o meu caderno de anotações. Este caderno de anotações me acompanhou por todo o processo, foi passear comigo pelos diferentes lugares que visitei e conheci para realizar meu trabalho de coleta em campo. Nele é possível encontrar desde a síntese do diálogo: com a orientadora, com os professores que ministraram disciplinas do mestrado profissional, com os entrevistados, com as famílias que atendia na minha prática docente e as minhas reflexões que assim derivavam desses encontros

formativos. Inclusive, vale destacar que essas anotações foram registradas em 2 cadernos universitários visto a quantidade de informações ali apresentadas.

Posso concluir que este caderno de anotações por ser considerado um diário de bordo, pois todas essas informações foram datadas, as escritas se conectam entre si, revelam as etapas das descobertas e conexões de conteúdos aprendidos e registram todo o percurso da minha aprendizagem para a construção dos vídeos educativos. A maior parte das informações da pesquisa podem ser encontradas nele, os registros foram escritos manualmente, utilizando diferentes cores de caneta para dar destaque nas informações de maior relevância, foram feitas colagens das minhas escritas espontâneas em diferentes suportes como tabelas, mapas mentais, composição de imagens representativas, de tudo que construí para ilustrar e sintetizar o meu processo de pesquisa e descoberta.

A elaboração desse material surgiu da minha necessidade de organizar os pensamentos e “guardar” as ideias, não houve assim um planejamento prévio para a construção desse instrumento de pesquisa, nem assim uma intencionalidade clara e objetiva em compor este material, mas partiu da minha experiência como aluna e educadora que sempre teve a necessidade de escrever para registrar a minha trajetória. Outra característica é que a escrita foi livre, sem nenhuma estrutura imposta, sem uma ordem exata dos relatos, sem a obrigatoriedade da escrita de maneira sistematizada; são assim anotações particulares que foram registradas por datas de acontecimentos, sem haver a intenção de compartilhamento deste material. Mas ao final de todo esse processo este caderno de anotações foi essencial para compreender meu processo de aprendizagem e resgatar toda a trajetória, sendo assim a maior fonte de informação para construir esse meu relato de experiência.

Como o processo de aprendizagem aqui relatado é fruto de uma vivência como aluna da pós-graduação no programa Mestrado Profissional Interunidades em Formação Interdisciplinar em Saúde, é importante destacar que antes de iniciar a pesquisa, eu já havia iniciado a minha aproximação com os saberes da área da saúde, pois realizei disciplinas e encontros oferecidos pelo programa que me ampliaram as perspectivas sobre este campo do saber. Durante esse período pude me aproximar das concepções e estruturas da área de saúde pública e de saberes específicos da Educação em Saúde, como estratégia de emancipação e conquista de autonomia dos

sujeitos. Esses estudos me permitiram ampliar o repertório de ações educativas de promoção de saúde e estabelecer alguns possíveis caminhos e objetivos desta pesquisa.

5.1 Pré-produção

A pré-produção é a fase inicial de todo e qualquer projeto audiovisual, que visa reconhecer e delimitar a proposta do vídeo e planejar as ações futuras para a concretização do filme. É um processo longo, com vários detalhes e as escolhas realizadas são fundamentais para antecipar as possíveis situações que possam acontecer ao longo do processo de produção.(37)

É na fase de pré-produção que buscamos respostas para as perguntas que definirão o projeto a ser realizado: O quê? Quem? Quando? Onde? Como? e Por quê?. Ou seja, é nessa fase que definimos o conteúdo que será desenvolvido no projeto, quem são os interlocutores a qual se destina esse produto comunicativo, qual o período de tempo disponível para compor o material, como iremos disponibilizar e apresentar a mensagem ao público, quais os recursos disponíveis e os que precisam ser produzido para compor a estrutura do vídeo, qual objetivo do vídeo e sua relevância para os interlocutores.(36)

Ao respondermos essas questões conseguimos vislumbrar quais os recursos necessários para atingirmos a qualidade do vídeo proposto. Portanto, essa fase consiste em todas as atividades que são realizadas, desde a primeira concepção do vídeo até o início das filmagens.(3)

A fase inicial da pré-produção foi o reconhecimento das infinitas possibilidades do uso do vídeo como ferramenta educativa e a pesquisa de diferentes vídeos com proposta educativa em Saúde Bucal que retratassem a realidade de bebês e crianças de 0 a 6 anos. A busca e leitura crítica dos vídeos analisaram: as abordagens audiovisuais, a linguagem verbal e não verbal, o significado das imagens, a qualidade da imagem e a construção do discurso, observando assim o que já havia sido construído e já circulava nas plataformas de ampla divulgação como o *You Tube*.

Essas observações contribuíram para entender que era uma temática carente de produções audiovisuais voltadas para o público adulto que interage com bebês e crianças de 0 a 6 anos. Os vídeos encontrados podem ser classificados em duas abordagens que se opõe: vídeos com depoimento de mães e vídeos de profissionais de saúde com olhar específico sobre o fator saúde-doença

Os vídeos que traziam os relatos de mães e/ou familiares eram baseados em discursos rasos sem fundamentação teórica, que expressavam as dificuldades enfrentadas e as soluções práticas que encontravam, sem haver nenhuma citação de informação de fonte segura e de evidências científicas que comprovassem essas orientações. Já os vídeos elaborados por profissionais de saúde eram gravações de videoaula ou palestras, repleto de falas científicas que dificultavam a compreensão por parte de diferentes camadas populares e com uma dinâmica de imagens em primeiro plano que eram estáticas, tornando o discurso cansativo e desinteressante. Os materiais citados convergem com uma compreensão do modelo biomédico atual, que prioriza a fragmentação do conhecimento, onde há um aprofundamento do conhecimento em diferentes especialidades sem que haja conexão com as diferentes realidades vivenciadas pelas populações.

Este projeto surge da necessidade de propor outras abordagens que compreendam o ser humano de maneira integral. O conceito de Educação em Saúde atual visa romper com essa fragmentação, compreendendo os sujeitos como seres integrais, em seu aspecto biopsicossocial e cultural, ou seja, compreender as demandas a partir do reconhecimento das necessidades individuais e coletivas e assim potencializar esses sujeitos a encontrarem soluções mais adequadas a sua realidade.

A partir dessa carência de material audiovisual que contribua para o diálogo sobre a Saúde Bucal na infância com uma percepção ampla e multidisciplinar é que surge a proposta de elaboração de vídeos educativos que abordem as temáticas em uma perspectiva mais abrangente. A perspectiva multidisciplinar e de integração de saberes foi aspecto fundamental ao idealizar a construção do discurso argumentativo dos vídeos, pois somente através desses diálogos seria possível compreender a complexidade da Saúde Bucal na infância.

Tais considerações foram importantes para delimitar a proposta do vídeo e definir as estratégias audiovisuais que poderiam aprimorar a qualidade do filme e torná-los atrativos e dinâmicos para sensibilizar o público sobre a importância da construção de hábitos saudáveis na promoção da saúde.

Na etapa de pré-produção foram desenvolvidas as seguintes atividades: elaboração do briefing, levantamento bibliográfico, revisão de literatura, elaboração de questionário para entrevista, elaboração de termo de consentimento e autorização do uso de imagem, pré-entrevista, redação do *storyline*, escrita de roteiro, busca de parcerias e colaboradores para entrevista, apropriação do equipamento de captação de imagem e seleção de programas de edição.

a) Elaboração do *Briefing*

A etapa inicial de qualquer projeto é o planejamento, e nas produções audiovisuais o documento que apresenta e resume as diferentes etapas planejadas é o briefing. Briefing é uma apresentação sucinta do projeto que pretende desenvolver, com informações objetivas que justificam as demandas da produção audiovisual, o perfil do público ao qual se destina, quais os elementos de linguagem que serão utilizados, os recursos necessários para a produção, as estratégias previstas, o plano de ação e cronograma.

O briefing do projeto “Saúde Bucal na infância” está detalhado e pode ser observado no Apêndice A.

b) Levantamento bibliográfico das políticas públicas

Levantamento bibliográfico é a busca, a seleção e organização da informação e do conhecimento em registros escritos que abordam os assuntos de interesse, não se restringe apenas na leitura, mas é a busca por informações relevantes e idôneas. Para realizar a pesquisa é necessário determinar inicialmente as fontes que darão legitimidade para o conhecimento técnico-científico que podem ser livros, artigos, teses, dissertações e documentos públicos.

O levantamento bibliográfico contribuiu inicialmente para selecionar os documentos oficiais divulgados por órgãos públicos que definem as diretrizes da Saúde Bucal no Brasil, após a leitura realizamos análise das políticas públicas

vigentes entre 2000 e 2019 e, assim, definimos os temas educativos que seriam imprescindíveis para compor os vídeos. Estes documentos também foram referenciais para a elaboração da revisão de literatura que embasou todo o conteúdo técnico-científico presentes nos vídeos educativos.

Inicialmente definimos que os documentos a serem analisados seriam documentos oficiais divulgados por órgãos públicos e que fundamentam as ações em Saúde Bucal. A partir disso definimos que essas diretrizes de políticas públicas na área de saúde são fontes concretas de dados e considerados cientificamente autênticos. A partir desta busca encontramos 9 documentos que datam do período de 2001 até 2018 que nortearam os critérios para a construção do filme, evidenciando assim as temáticas mais recorrentes sobre saúde bucal na infância e quais as diretrizes adotadas na área de Saúde Bucal no Brasil, no Estado de São Paulo e Município de São Paulo

Os referenciais citados são: Diretrizes para a Organização das Ações de Saúde Bucal na Atenção Básica (42), Política Nacional de Saúde Bucal (12), Caderno de Atenção Básica nº17 (43), Diretrizes para a Atenção em Saúde Bucal (44), Caderno da Atenção Básica nº 33 – Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento (45), Diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica (46), A Saúde Bucal no Sistema Único de Saúde (47), Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança.(48)

Optamos por utilizar também o conteúdo formativo disposto na Caderneta de Saúde da Criança (49), que é distribuída gratuitamente à população logo após o nascimento da criança, por considerar que é um material educativo de fácil acesso à população. A Caderneta de Saúde da Criança é um documento voltado para os pais, de linguagem simples, com informações e instruções práticas e de orientação sobre os cuidados de saúde e desenvolvimento da criança e apresenta conteúdo específico sobre a Saúde Bucal na primeira infância.

Os documentos públicos que foram analisados para iniciar a elaboração do conteúdo educativo podem ser observados a seguir (Figura 5.1):

Figura 5.1 – Documentos públicos analisados para a construção de conteúdo educativo

Data de publicação	<i>Documentos analisados</i>	<i>Elaboração e divulgação</i>
2001	Diretrizes para organização das ações em Saúde Bucal na Atenção Básica	Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo
2004	Política Nacional de Saúde Bucal	Ministério da Saúde
2008	Caderno de Atenção Básica nº 17	Ministério da Saúde
2009	Diretrizes para Atenção em Saúde Bucal	Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo
2012	Caderno de Atenção Básica nº 33	Ministério da Saúde
2017	Caderneta de Saúde da Criança	Ministério da Saúde
2017	Diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica	Ministério da Saúde
2018	A Saúde Bucal no Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde
2018	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança	Ministério da Saúde

Fonte: A autora.

Pelo grande volume de informação a ser analisada optamos em selecionar apenas as temáticas específicas à Saúde Bucal na primeira infância, porém sem a seleção de termos específicos. Considerando que estes documentos são de ampla abrangência, voltados para diferentes interlocutores e com referencial técnico voltado à implantação e planejamento de políticas públicas de nível nacional conforme a política de assistência do SUS prevê, a escolha de análise documental com seleção de conteúdos demonstrou-se ser a mais adequada ao objetivo de primeira aproximação sobre o assunto.

Após a primeira leitura dos documentos observamos temáticas relevantes para para a definição dos conteúdos descritos nesses documentos (Quadro 5.1)

Quadro 5.1 – Temáticas relevantes

Concepção de Educação em Saúde de acordo com documentos públicos analisados:
Concepção de saúde e conscientização dos usuários sobre hábitos saudáveis
Educação em saúde e práticas de ações educativas
Conteúdos educativos relevantes para Educação em Saúde Bucal para crianças de 0 a 6 anos
Informações técnicas sobre Saúde Bucal (práticas preventivas, diagnóstico de doenças, fatores de risco agravado e tratamentos)
Metodologia e práticas educativas em Saúde Bucal
Atribuições das equipes de saúde nas ações educativas
Estratégia de atuação de políticas públicas de saúde
Espaços formativos de parceria para ação intersetorial
Escola como cenário de atuação da equipe de saúde

Fonte: A autora.

A partir dessa leitura foi possível compreender de forma detalhada qual a concepção de saúde da infância que se preconiza nas políticas públicas. As ações em saúde visam conscientizar a população sobre hábitos de higiene e saúde, promover a saúde não apenas no âmbito individual, mas também coletivo. São pautadas em ações preventivas, de acesso ao conhecimento através de práticas educativas, que favorecem relações horizontais considerando os saberes populares, e que fortaleçam a autonomia das pessoas no controle do processo saúde-doença e na condução dos seus hábitos.

Depois de compreendido os temas relevantes, o material foi revisitado a fim de identificarmos quais as informações e orientações seriam consideradas como base teórica para a elaboração do conteúdo educativo do vídeo proposto. Como fruto dessa segunda leitura foram selecionados 12 tópicos de conteúdos educativos (Quadro 5.2)

Quadro 5.2 – Conteúdos educativos para Educação em Saúde Bucal de crianças de 0 à 6 anos

Conteúdos educativos para Educação em Saúde Bucal de crianças de 0 à 6 anos

continua

Boca
<p>É um órgão de absorção de nutrientes, expressão de sentimentos e de defesa, que é promotor das primeiras experiências desde o nascimento. A boca é responsável por diferentes funções como: amamentar, comer, falar, beijar, sorrir, experimentar e acalmar. O cuidado com a saúde da boca é mais amplo do que somente cuidar dos dentes, mas também fonte de melhor qualidade de vida.</p>
Amamentação
<ul style="list-style-type: none"> • O leite materno é um alimento completo. Isso significa que até os 6 meses o bebê não precisa de nenhum outro alimento para suprir suas necessidades nutricionais, como: chá, suco, água ou outro leite; • O leite materno funciona como uma verdadeira vacina, protegendo a criança de muitas doenças; • O leite materno é limpo, e está sempre pronto e quentinho para o consumo imediato; • A amamentação favorece um contato mais íntimo entre mãe e bebê; • Sugar o peito é um excelente exercício para o desenvolvimento da face da criança, ajuda a ter dentes bonitos, a desenvolver a fala e a ter uma boa respiração; • A amamentação favorece o desenvolvimento da cavidade bucal, da musculatura e dos ossos da face; • Livre demanda: o bebê não tem horário para mamar, podendo mamar dia e noite e sempre que o bebê quiser; • Para a mulher se sentir mais confiante para realizar a amamentação é importante conversar com outras mulheres (amigas, vizinhas ou parentes) que amamentaram bem e durante bastante tempo seus bebês; • A sucção é o maior estímulo à produção do leite. Quanto mais o bebê suga, mais leite a mãe produz. • Os bebês são capazes de procurar pela mama da mãe por si próprios, se colocados no tórax da mãe; • A primeira mamada ocorre em média aos 40 minutos de vida. O bebê já é capaz de reconhecer a face da mãe após 4 horas de vida. O bebê enxerga melhor a uma distância de 20 cm a 25 cm, a mesma distância que separa os olhos do bebê e o rosto da mãe durante as mamadas; • O hábito da amamentação não deve se constituir de um método para confortar a criança, por isso se tornaria uma contribuição significativa para o desenvolvimento da cárie.

A importância da primeira dentição
<ul style="list-style-type: none"> • Os dentes de leite são importantes para “guardar” espaço e preparar o caminho dos dentes permanentes, servindo de guia para estes dentes se posicionarem de forma correta; • A perda dos dentes de leite antes do tempo pode prejudicar a criança que está aprendendo a falar e a pronunciar algumas palavras; • Erupção dos dentes: é comum o aparecimento de sintomas sistêmicos como: salivação abundante, diarreia, aumento da temperatura e sono agitado; • Em torno dos 6 anos, há um importante fato que deve ser do conhecimento dos pais “a erupção do primeiro molar permanente” que nasce atrás do último dente de leite. O primeiro molar permanente ou molar dos 6 anos é um guia para o estabelecimento de uma oclusão harmoniosa; • Dos 6 aos 7 anos iniciam-se as trocas dentárias. Os primeiros dentes que são trocados são os incisivos inferiores, seguidos pelos superiores.
Hábitos nocivos
<ul style="list-style-type: none"> • Quais são? Sucção de bico, de dedos, de lábio, uso de mamadeiras, roer unhas, respiração bucal e deglutição atípica; • O uso de medidas não traumáticas para a remoção destes hábitos é fundamental, uma vez que em alguns casos envolve questões emocionais; • Respiração nasal: é importante observar a manutenção da boca fechada na postura do repouso, para um melhor desenvolvimento da face; • Em situações adversas que se faça necessário o uso de mamadeira é recomendado não aumentar o furo do bico do mamilo artificial, que serve para o bebê fazer a sucção e aprender a deglutir; • Uso da chupeta: deve ser usado racionalmente, não sendo oferecida a qualquer sinal de desconforto. Não é recomendado que o bebê durma com a chupeta.
Principais doenças bucais na infância (como se manifesta e como se previne):
<ul style="list-style-type: none"> • <u>Cárie dentária</u>: é uma doença multifatorial, os estágios anteriores da doença antes da cavidade podem ser paralisados por ações de promoção da saúde e prevenção. O diagnóstico é realizado visualmente por meio de exame clínico, podendo ser complementado por radiografia. Sinais da cárie: manchas brancas rugosas e opacas no esmalte ou cavidade com tecido dentinário amolecido e de cor marrom clara; ou manchas brancas brilhantes ou cavidade com tecido dentinário escurecido, liso, brilhante e duro; • <u>Traumatismo dentários</u>: grande impacto na qualidade de vida da criança, como: limitação ao morder ou falar, comprometimentos da estética e problemas psicológicos no convívio social a ponto da criança evitar sorrir e conversar. Os fatores de risco são fatores ambientais da vida familiar, hábitos de uso do dente como ferramentas e/ou prática de esportes sem equipamentos de segurança. O tratamento é individual e de acordo com o tipo de traumatismo; • <u>Fluorose dentária</u>: é uma anomalia do desenvolvimento e ocorre por ingestão prolongada de flúor durante o período de formação dos dentes e maturação do esmalte. Os fatores de risco decorrem do uso concomitante do flúor de duas ou mais formas de ingestão de flúor; • <u>Má-oclusão</u>: é uma deformidade dento-facial, com uma variação do crescimento normal, resultante de interações de vários fatores como: influências ambientais e congênitas. Alguns hábitos são nocivos e são fatores de risco, como: sucção de bicos, de dedos, de lábio, uso de mamadeira, onicofagia, respiração bucal e quadros infecciosos de repetição. Os programas de aconselhamento e acompanhamento das gestantes devem

esclarecer sobre o uso de drogas e os impactos durante o período de desenvolvimento embrionário e a formação da face e estruturas bucais. A importância do estímulo da amamentação no peito nos primeiros 6 meses de vida e estímulo a mastigação de alimentos sólidos a partir dessa faixa etária favorecem o desenvolvimento das estruturas da face.

O que é cárie

- É uma doença causada por bactérias que vivem na boca e utilizam o açúcar da alimentação para produzir ácidos que destroem os dentes;
- A cárie é vista não só como resultado de um comportamento alimentar, mas também de supertolerância e negligências por parte dos pais e adultos que muitas vezes não têm conhecimento das consequências de suas ações.

Cárie precoce na infância (“cárie de mamadeira”)

- Quando a cárie ocorre em crianças menores de 3 anos há maior probabilidade de que a criança desenvolva cárie na dentição permanente;
- Os relatórios que investigam padrões de cárie e amamentação noturna sugerem que o leite permanece estagnado sobre e ao redor do dente quando a criança cai no sono;
- A síndrome da cárie de mamadeira tem por características o fato de se associar o uso de chupetas adoçadas e o uso irrestrito do aleitamento no período noturno.

Hábitos de higiene bucal

- Recomenda-se cautela na definição de técnicas “corretas” e “erradas”, evitando-se estigmatizações;
- Deve-se usar pequena quantidade de creme dental;
- O creme dental deve ser mantido longe do alcance das crianças;
- Crianças de 2 à 4 anos, deglutem em média 50% do creme dental durante a escovação e crianças de 5 a 7 anos ingerem 25%. Estes dados comprovam o fator de risco para fluorose dentária;
- A educação em saúde para as crianças atua na fase de formação dos hábitos, assim é importante estimular o autocuidado, escovação e hábitos de higiene de bebês e crianças. Essas são medidas educativas que previnem possíveis doenças e melhoram a qualidade de vida a longo prazo;
- Higiene Bucal (antes e após erupção dental)
 - Antes da erupção dental: uso de tecido limpo ou gaze embebida em água filtrada que deve ser passada na gengiva delicadamente pelo menos 1 vez ao dia. Caso a criança ainda esteja em aleitamento materno, tal conduta não é indicada, pois remove a camada protetora que o leite forma;
 - Após a erupção do primeiro dente: inicia a escovação, mas é preciso o acompanhamento sempre de um adulto para realização e garantir aplicação de pequena quantidade do creme dental, pois a possibilidade de ingestão é alta;
 - Após erupção dos primeiros molares: inicia a escovação com creme dental em quantidade adequada, sempre com a supervisão do adulto;
- A escovação contínua é responsabilidade dos pais ou responsáveis. É importante que a criança seja estimulada a fazer escovação sozinha, mas é fundamental que pais e ou responsáveis complementem a escovação. A supervisão do adulto deve estar ciente dos riscos de ingestão de creme dental;
- O estímulo à escovação favorece o desenvolvimento das capacidades motoras da criança;

- Especial atenção à higiene bucal das crianças antes que ela durma, pois durante o sono o fluxo salivar diminui e favorece o desenvolvimento de lesões da cárie. A escovação noturna (antes de dormir) deve ser realizada por um adulto;
- Como consequência da cárie é possível o baixo peso da criança, devido à associação de dor ao ato de comer.

Hábitos alimentares que favorecem a saúde bucal

- Dar somente leite materno até os 6 meses, sem oferecer água, chá ou qualquer outro alimento;
- Ao completar 6 meses introduzir de forma lenta e gradual outros alimentos, mantendo o leite materno até os 2 anos de idade;
- A alimentação complementar deve ser oferecida de acordo com os horários de refeição da família, em intervalos regulares e de forma a respeitar o apetite da criança;
- A alimentação complementar deve ser espessa desde o início e oferecida de colher. Iniciar com consistência pastosa (papas/purês) e, gradativamente aumentar a consistência até chegar à alimentação da família;
- Oferecer à criança alimentação variada como (cereais, tubérculos, carnes, leguminosas, frutas e legumes);
- Evitar açúcares, enlatados, café, frituras, refrigerantes, balas, salgadinhos e guloseimas;
- Usar sal com moderação;
- Oferecer água nos intervalos das refeições. Não oferecer sucos ou alimentos nesses intervalos;
- O estímulo da mastigação de alimentos sólidos é fator importante na prevenção de má-oclusão dentária;
- É importante evitar a adição de açúcar e achocolatados no leite, para que a criança possa se acostumar com o sabor natural deste. E não passar a chupeta;
- O mel é contraindicado para crianças menores de 1 ano, pois é fonte potencial para a transmissão de botulismo (doença causada por uma bactéria *Clostridium botulinum*);
- A infância é um período excelente para introduzir hábitos alimentares saudáveis e ajudar a criança a entender que isso faz parte de um modo de vida saudável;
- As crianças devem ser alimentadas sentadas no colo, nunca deitada no berço. O hábito de dormir com a mamadeira na boca pode ocasionar o desenvolvimento de cárie precoce na infância, além do risco de engasgo;
- O consumo frequente de açúcar apresenta correlação positiva com a prevalência de cárie em crianças de 0 a 36 meses.

Uso adequado do flúor

- A redução da cárie dentária está associada a fluoretação da água de abastecimento público e inclusão do flúor nos dentifrícios;
- As ações de proteção à saúde podem ser desenvolvidas no nível individual e/ou coletivo. Entende-se que o acesso a água tratada e fluoretada é um procedimento coletivo, e a forma mais abrangente de acesso ao flúor;
- Para ações de proteção à saúde de nível individual deverá garantir-se acesso a escovas e a pastas fluoretadas.

Uso de medicamentos e suas precauções

- Lesões de cárie também podem estar relacionadas ao uso prolongado de medicamentos que contém sacarose.

Saúde Bucal das gestantes

- Considerando que a mãe tem um papel fundamental nos padrões de comportamentos aprendidos durante a primeira infância, as ações educativo-preventivas com gestantes qualificam a saúde bucal da criança e tornam-se fundamentais para introduzir bons hábitos desde o início da vida da criança;
- O uso de drogas teratogênicas durante a gravidez pode influenciar na formação da face e estruturas bucais do bebê;
- As cirurgias e tratamentos dentários não são contraindicados, mas deve-se avaliar a possibilidade de realização do procedimento após a gravidez;
- É possível observar alterações na composição da placa sub-gengival, são respostas do organismo ao aumento de concentração de hormônios sexuais durante a gestação;
- A alimentação saudável da gestante segue os mesmos princípios da alimentação para a família, incluindo todos os grupos de alimentos em quantidades adequadas.

conclusão

Fonte: A autora.

A análise destes documentos foi fundamental para iniciarmos a elaboração dos roteiros, pois possibilitou identificar informações de maior relevância e quais conteúdos necessitavam de maior aprofundamento teórico.

Posteriormente, após analisarmos o material construído, optamos por utilizá-lo como critério para fundamentar a revisão de literatura deste projeto, parte imprescindível para compor o vídeo com informações atualizadas e embasadas em evidências científicas.

Por fim, identificamos que algumas temáticas eram recorrentes e apareciam em diversos documentos. Ao identificarmos a reincidência destes temas, e estes serem citados como conteúdos teóricos imprescindíveis a serem trabalhados nas ações educativas, concluímos a construção de uma lista com temas abrangentes. Esses oito temas foram definidos para nortear a composição dos roteiros dos vídeos educativos:

- * Saúde Bucal da gestante;
- * Aleitamento Materno;
- * Hábitos de Higiene Bucal;
- * Hábitos alimentares que favorecem a Saúde Bucal;
- * O que é Cárie?;
- * A importância de cuidar da primeira dentição;
- * Uso da chupeta;
- * A importância do flúor.

c)Revisão da literatura científica

Ao final do levantamento bibliográfico das políticas públicas e a seleção dos conteúdos educativos foi realizada uma revisão de literatura sobre os temas a serem abordados pelos vídeos educativos e a partir dessas informações foram construídos os roteiros. Esse aprofundamento teórico foi importante para entender a complexidade sobre cada assunto, identificando assim todo o processo de estudos que levam a conceber as orientações oferecidas pelos diferentes profissionais de saúde para as famílias.

Após essa compreensão surgiram novas inquietações pois observou-se que material coletado era muito extenso e necessitava de maior tempo de duração do vídeo para que contemplassem a infinidade de informações sobre cada tema que envolvia a Saúde Bucal na infância. O vídeo inicialmente foi idealizado para ter 40 minutos de duração, e que retratasse todos esses temas de maneira integrada, porém diante da quantidade de conhecimento disponível sobre os assuntos se fez necessária a alteração no formato previsto para o material audiovisual.

Após analisar brevemente as diferentes estratégias de divulgação de materiais audiovisuais utilizadas na atualidade, concluímos que o tempo de atenção do telespectador é de aproximadamente 15 minutos, e que as demais informações poderiam cansar e desestimular, causando desinteresse. Optamos assim por subdividir os temas em uma série de vídeos com até 15 minutos cada vídeo, que retratasse os temas de maneira singular, mas ao mesmo tempo integrada. A estratégia escolhida foi a segmentação de temas educativos de acordo com as aquisições de desenvolvimentos de bebês e crianças, iniciando assim os cuidados com a saúde bucal desde a gestação até os 6 anos de idade.

O projeto aqui descrito se utilizou da *revisão narrativa* durante a análise de literatura, que não fixa um protocolo rígido e com a determinação de fontes de busca pré-determinadas.(39) A seleção dos artigos e materiais escritos permitem maior abrangência e a possibilidade de observar diferentes autores que falam sobre a mesma temática, mas com visões que podem se complementar ou se oporem.

O desenvolvimento dos conteúdos educativos foi elaborado a partir da leitura de políticas públicas, baseando as informações em diretrizes e orientações que fundamentam as práticas em saúde e de conteúdos atuais com embasamento científico e evidências consistentes na literatura sobre os temas.

Os conteúdos educativos foram segmentados de acordo com as seguintes temáticas: Saúde Bucal da gestante, Aleitamento Materno, Hábitos de Higiene Bucal, Hábitos alimentares que favorecem a Saúde Bucal, O que é cárie? A importância de cuidar da primeira dentição, O uso da chupeta e A importância do flúor.

A seguir, por tópicos, a síntese bibliográfica elaborada para compor os roteiros da série de vídeos “Saúde Bucal na Infância”.

Saúde Bucal da gestante

As mães, em nossa cultura, têm uma posição de destaque dentro da família. Normalmente são elas que tomam para si o cuidado com a saúde da família, escolhem os produtos alimentícios a serem consumidos, providenciam os cuidados de higiene e limpeza do domicílio, orientam e organizam os cuidados de limpeza pessoal tanto seu quanto dos filhos, enfim, têm uma forte influência nos cuidados gerais com a saúde de toda a família.(50)

O período da gestação é um período privilegiado para trabalhar conteúdos educativos com a futura mãe, relativos à sua saúde e à saúde de seu filho. A gestante encontra-se receptiva à novos conhecimentos e tem um potencial de multiplicação e transformação dos cuidados relativos à saúde de sua família, podendo proporcionar maior qualidade de vida para si e para os seus.(50-53)

A saúde bucal da gestante tem relação direta com a sua saúde geral e pode influenciar de uma forma importante a saúde geral e bucal do seu bebê.(51)

Sendo assim, ações educativas e preventivas relativas à saúde geral, bem como à saúde bucal junto às gestantes, são fundamentais para que elas possam cuidar da sua saúde geral, e saúde bucal, da melhor forma possível e também introduzir hábitos de vida saudáveis às suas crianças, desde o início da vida.(50)

É muito importante as gestantes se apropriarem de informações relativas a possíveis alterações bucais durante a gestação para poderem lidar melhor com essas questões.(54) Muitas gestantes sofrem durante a gestação com problemas relativos à saúde bucal. Os problemas bucais mais comuns durante a gestação são: cárie dentária, gengivite (inflamação com sangramento da gengiva), hiperplasia gengival (gengiva inchada e vermelha), erosão dentária (desgaste dos dentes), granuloma gravídico (crescimento da gengiva) e xerostomia (alteração na saliva).(55)

Embora esses problemas sejam comuns durante a gestação, é importante destacar que os dentes da mulher não se alteram em decorrência da gestação. É mito que o bebê rouba o cálcio do dente da mãe. A cárie na gestante é decorrente de condições locais como a dieta, que pode sofrer alterações tanto na frequência como na qualidade dos alimentos, associada à uma higiene bucal negligenciada ou mudanças na flora bucal.(50, 55)

As alterações nos hábitos alimentares das gestantes normalmente estão associadas à diminuição volumétrica do estômago e portanto a gestante alimenta-se em pequenas quantidades, várias vezes ao dia e esse aumento de frequência acaba aumentando o risco de cárie, principalmente se a dieta for rica em alimentos cariogênicos.(50, 54)

Outro fator a ser considerado durante a gestação, é que nos primeiros meses há um aumento do fluxo salivar e este excesso de salivação pode estar provocando náuseas e vômitos. Se esta situação persistir durante a gravidez acaba provocando a queda na capacidade tampão da saliva e conseqüentemente aumentando o risco de cárie.(50)

A erosão dentária é um tipo de desgaste que ocorre na superfície do dente, provocado pela ação de substâncias químicas ácidas sobre o dente, porém, sem o envolvimento de bactérias. A erosão pode ser decorrente de fatores extrínsecos, como a dieta, meio ambiente e medicamentos ou fatores intrínsecos, como os vômitos, a regurgitação do ácido gástrico, bulimia ou diminuição do fluxo salivar.(56)

A erosão dentária nas gestantes pode ser decorrente de fontes extrínsecas, pois muitas gestantes têm uma certa tendência de se alimentar com alimentos ácidos e também decorrente de fontes intrínsecas como os vômitos frequentes. O desgaste do esmalte provocado pela erosão pode causar sensibilidade ao calor e ao frio nos dentes.(55)

Para se evitar a erosão intrínseca provocada pelos vômitos, recomenda-se que a gestante enxague a boca logo após vomitar com solução de bicarbonato de sódio ou enxaguante bucal contendo flúor. Essa medida procura neutralizar os ácidos gástricos evitando a erosão dentária.(55)

Em decorrência das alterações hormonais, podem ocorrer alterações na flora bucal da gestante, deixando-a mais susceptíveis às doenças que afetam os tecidos de sustentação dos dentes, como ossos e gengivas.(50, 54, 55) As gestantes ficam mais susceptíveis às doenças gengivais/periodontais em decorrência do aumento dos níveis de hormônios (progesterona), que tornam a região mais sensível à placa bacteriana, ou seja, a higiene bucal adequada evita que estes problemas venham a ocorrer.(50)

A gengivite é a inflamação da gengiva, e é bem comum durante a gestação.(50). Mas a gengivite é uma inflamação transitória, e à medida que a gestante escovar adequadamente os dentes e passar o fio dental regularmente, estará evitando a continuidade ou progressão da doença.(55)

Um possível desdobramento da gengivite, se não for adequadamente tratada é a periodontite, que é uma infecção que afeta de forma mais profunda os tecidos de sustentação dos dentes, podendo inclusive provocar retração gengival, destruição do osso e ligamento periodontal trazendo consequências irreversíveis para os tecidos de sustentação dos dentes. Gestantes portadoras de diabetes melito são mais susceptíveis a ter a doença periodontal.(55) Mas é preciso ficar claro que a gestação não provoca a doença periodontal, na realidade, as alterações hormonais presentes durante a gestação é que provocam uma resposta exacerbada dos tecidos periodontais frente aos fatores agressores.(50, 55) Manter uma higiene bucal adequada e a visita regular da gestante ao dentista podem evitar esses problemas.

Existem pesquisas que relacionam a doença periodontal na gestante à pré-eclâmpsia, partos prematuros e bebês de baixo peso (55), porém ainda não existem evidências científicas robustas que confirmem estes achados.(57)

Algumas gestantes podem ter a sensação de boca seca (xerostomia) durante a gestação. O que se aconselha é que a gestante consuma água frequentemente, podendo também mastigar goma-de-mascar sem sacarose, contendo xilitol para aliviar o ressecamento.(55)

O granuloma gravídico é uma lesão benigna de crescimento rápido, que ocorre geralmente no primeiro trimestre da gestação, podendo se prolongar até o terceiro trimestre.(55)

Essa lesão normalmente está associada à presença de fatores locais, como placa bacteriana, tártaro e/ou excesso de material odontológico restaurador na superfície do dente. Normalmente é necessária a excisão cirúrgica do granuloma gravídico, mas muitas vezes ele é recorrente se medidas de higiene adequada não são tomadas, sendo muito importante seguir as orientações dos profissionais para se evitar essa recorrência.(55)

Mas, é preciso considerar que ainda existem muitas crenças e mitos que acompanham as gestantes de que o tratamento odontológico durante a gestação pode trazer prejuízos ao desenvolvimento do bebê, trazendo dificuldades para o acompanhamento da saúde bucal da gestante durante o pré-natal.(50) Os autores constataram que a maioria das gestantes associa saúde bucal à saúde geral, mas mesmo assim não procura a assistência odontológica durante a gestação.(50)

O melhor período para a gestante realizar o atendimento odontológico é o segundo trimestre, mas não existem evidências que tratamentos preventivos ou curativos em qualquer período da gestação possa trazer prejuízos à saúde da gestante ou do bebê.(55)

Desde que absolutamente necessárias, as radiografias odontológicas podem ser realizadas durante a gestação em qualquer trimestre da gestação, desde que medidas adequadas sejam tomadas, como o uso de filmes ultrarrápidos e utilização de avental de chumbo.(58)

A questão da dieta é importante em todas as fases da vida, mas principalmente quando a mulher está gestando um novo ser, então a mãe deve ser orientada a ter uma dieta equilibrada com frutas, verduras, legumes, grãos integrais, carnes, ovos, feijão, leite, nozes, que além de proporcionar uma melhor saúde para a mãe e o bebê, favorece a formação adequada dos dentes do bebê, que já começam a se formar na sexta semana de gestação (os dentes decíduos) e o primeiro molar permanente já começa a se formar aproximadamente no quinto mês de gestação. Da mesma forma que para outras pessoas, as futuras mães devem ingerir uma quantidade limitada de produtos açucarados e dentro dos horários das refeições.(55).

Atualmente a Organização Mundial de Saúde recomenda como parte da assistência à gestante suplementação diária oral de ferro e ácido fólico, de forma a prevenir o baixo peso ao nascer, anemia materna e deficiência de ferro e malformações congênitas.(59)

Os pesquisadores também observam que a maioria das gestantes não tem conhecimento sobre os prejuízos provocados pela amamentação noturna prolongada, uso indevido de chupetas e mamadeiras, consumo de açúcar para o preparo de alimentos do bebê, higiene bucal do bebê, concluindo que as mães são geralmente desconhecem os cuidados necessários com a saúde bucal do bebê.(50)

Durante a vida intrauterina o bebê já começa a perceber os sabores. Estudos mostram que se a mãe faz ingestão de alimentos adocicados, os bebês mostram expressões de prazer no ultrassom e realizam até 5 vezes mais deglutições em comparação à média para a idade fetal. O oposto também é verdadeiro, os bebês diminuem a deglutição com estímulo amargo.(60)

O leite materno apresenta mudança de sabor de acordo com os alimentos que a mãe ingere. Desta forma, quanto maior a diversidade de alimentos que a mãe ingere durante a gestação e período de aleitamento materno exclusivo, mais sabores diferentes o bebê vai conhecer, favorecendo a aceitação de alimentos na época da alimentação complementar. Os autores também alertam para a mãe limitar o consumo de açúcar na sua dieta, com o intuito de não estimular o consumo de açúcar pelo seu filho no futuro.(60)

Diversos estudos têm demonstrado que ações de educação em saúde realizadas durante o pré-natal apresentam grande importância na aquisição de conhecimentos pelas gestantes, favorecendo o desenvolvimento de hábitos saudáveis e preventivos para a saúde da mulher, dos seus filhos e de todos os familiares.(50)

Aleitamento Materno

Na década de 70 inicia-se um movimento que visava a retomada da amamentação como forma preferencial de alimentar bebês e crianças. Este movimento de resgate à cultura e prática da amamentação buscava conscientizar as pessoas sobre os benefícios da amamentação para a saúde da mãe e do bebê.(61) No decorrer da década de 1980, publicam-se estudos que comprovam a importância do aleitamento materno exclusivo, sem qualquer outro líquido, seja água ou chá, identificando um menor risco de morbidade e mortalidade entre as crianças amamentadas.(62)

Entre os principais benefícios do aleitamento materno para o bebê podemos citar: criação de vínculo afetivo entre mãe e filho, o leite materno como nutrição completa e adequada às necessidades nutricionais do bebê, o leite materno como vacina natural de proteção contra infecções, alergias e doenças crônicas, amamentação como fator importante para a redução da mortalidade infantil e amamentação como fator importante para o desenvolvimento físico e psicossocial da criança.(60)

Desde então vem sendo construído um amplo referencial teórico que evidencia a importância da prática de amamentação, os impactos positivos na qualidade de vida dos bebês que vivenciam o aleitamento materno e a superioridade do leite materno sobre seus pretendidos substitutos.(61)

A Organização Mundial de Saúde (OMS) estimula o aleitamento materno exclusivo a partir do nascimento até os 6 meses de idade. A partir dos 6 meses o bebê já tem habilidade para aprender a mastigar e, portanto, há a indicação da introdução de alimentos complementares saudáveis. Recomenda-se a amamentação contínua até pelo menos 2 anos de idade, visto que o aleitamento materno, além de atender às

necessidades nutricionais do bebê, inclui fatores imunológicos, componentes bioativos essenciais, substâncias antimicrobianas e anti-inflamatórias, além de enzimas e fatores de crescimento.(63)

Evidências científicas apontam que o aleitamento materno reduz a mortalidade infantil. A mortalidade por todas as causas poderia ser reduzida em 16,3% se todas as crianças iniciassem a amamentação no primeiro dia de vida, e em 22,3% se a amamentação ocorresse na primeira hora de vida.(62)

De acordo com a Sociedade Brasileira de Pediatria todas as maternidades devem aderir ao aleitamento materno na primeira hora de vida (*Golden Hour*), visto que essa prática é rotineira nos Hospitais Amigos da Criança pois compreende-se que o leite materno é o alimento com maior quantidade de nutrientes protetores para recém-nascidos, ajudando assim a reduzir a mortalidade neonatal.(64)

Crianças amamentadas que não recebem nenhum outro tipo de leite, além do leite materno, apresentaram risco 14 vezes menor de vir a morrer por diarreia, no primeiro ano de vida, quando comparadas às crianças que não foram amamentadas. Em relação às crianças menores de dois meses de idade, o risco de morte por diarreia entre aquelas que não estão sendo amamentadas no peito é 23 vezes maior quando comparadas às amamentadas. As crianças amamentadas exclusivamente no peito têm um risco 17 vezes menor de virem a ser internadas por pneumonia do que as aquelas que não recebiam leite materno.(62)

Crianças amamentadas exclusivamente no peito até os 6 meses apresentaram uma redução de 12% do risco de morte por doenças infecciosas, quando comparadas às crianças que não foram amamentadas.(60)

A amamentação colabora para o correto desenvolvimento das estruturas orofaciais, visto que no momento da mamada os músculos mastigatórios são acionados, criando um registro de memória motor, que irão favorecer o aprendizado da mastigação. O desenvolvimento orofacial é responsável pelas funções orais de: sucção, respiração, mastigação, deglutição e fonoarticulação (fala). Essas funções estão relacionadas ao processo de nutrição, de crescimento, de comunicação e desenvolvimento da dentição decídua.(60)

Durante a amamentação a criança realiza movimentos musculares que estimulam o desenvolvimento orofacial, tanto muscular como ósseo, resultando em crescimento facial harmônico. O exercício muscular durante a amamentação favorece a respiração nasal, previne grande parte dos problemas de desenvolvimento das arcadas e de posicionamento dos dentes e favorece a obtenção de um tônus muscular orofacial adequado que irá interferir positivamente nas funções de mastigação, deglutição e fonação.(60)

Em relação ao aleitamento materno e a cárie dentária na infância, os estudos apresentam resultados discrepantes. Um estudo realizado no Japão com 43.383 crianças encontrou uma associação entre amamentação por pelo menos 6 ou 7 meses e elevado risco de cárie dentária aos 30 meses de idade.(65)

Um estudo realizado na China, envolvendo 40.360 crianças de 3 a 5 anos identificaram que as crianças com maiores chances de permanecerem livres de cárie foram as que realizavam aleitamento misto, quando comparadas com aquelas que realizaram aleitamento materno exclusivo, predominantemente aleitamento materno ou eram alimentadas apenas por fórmulas.(66)

Outros estudos apontam que crianças que realizam o aleitamento materno até os 12 meses foram significativamente menos afetadas por cárie do que crianças que usavam mamadeira para se alimentar.(67) Considerando que o açúcar está presente na dieta de grande parte dos bebês alimentados com mamadeira, isso aumenta o potencial cariogênico do uso de bicos artificiais.(60, 67) Peres et al. (68) observaram que as crianças que foram amamentadas até os 12 meses ou de 13 a 24 meses apresentaram risco semelhante de cárie, porém aquelas amamentadas por mais de 24 meses tiveram mais superfícies dentais afetadas pela cárie dentária, mas os autores reconhecem algumas limitações no estudo.

Portanto, não existe consenso na literatura sobre o risco de cárie para as crianças amamentadas, visto que são inúmeros os fatores que influenciam para o desfecho, não podendo ser analisados de forma isolada.(69)

Em relação ao uso de mamadeiras outro aspecto a ser considerado é o risco de contaminação, e principalmente o grande potencial que este artefato tem de substituir a amamentação natural, sendo recomendado evitar o uso de mamadeiras, e caso a criança não possa receber o leite diretamente do peito da mãe, é recomendado que se utilize copo ou colher para alimentar a criança.(62)

Durante o aleitamento materno, o movimento de ordenha do leite favorece o trabalho muscular de língua, lábios e mandíbula e a coordenação entre sucção, respiração e deglutição. Assim o bebê que realiza o aleitamento materno tem uma maior probabilidade de apresentar um desenvolvimento orofacial harmonioso. Estudos indicam que o uso de mamadeiras e chupetas promovem estímulos completamente diferentes, influenciando na função muscular, no posicionamento da língua e das arcadas dentárias, influenciando de maneira negativa a sucção e a deglutição, sobrecarregando as musculaturas, podendo provocar a diminuição da base nasal e acarretar problemas respiratórios e oclusais no futuro.(60)

Estudos científicos com evidências consistentes identificam que o uso da chupeta está associado a menor duração do aleitamento materno entre crianças de 1 a 24 meses. O uso da chupeta é fator fortemente relacionado a interrupção da amamentação exclusiva, e a redução do uso da chupeta contribui significativamente para o aumento das taxas de aleitamento materno exclusivo.(70, 71) A OMS desencoraja fortemente o uso de chupetas em crianças amamentadas. Tal recomendação faz parte do documento intitulado: “Dez passos para o sucesso do aleitamento materno” em que se baseia os princípios do Hospital Amigo da Criança.(70)

A partir das considerações científicas apresentadas podemos concluir que estimular o aleitamento materno é uma intervenção de saúde pública que possibilita melhores condições de saúde bucal e conseqüentemente melhor qualidade de vida. A promoção do aleitamento materno exclusivo é uma intervenção em saúde pública com grande potencial para reduzir a mortalidade infantil.(62)

A sucção é o maior estímulo para a produção de leite, sendo que a composição do leite materno se ajusta às necessidades nutricionais do bebê em cada fase, assim, quanto mais o bebê suga, mais leite a mãe produz. O leite materno possui hormônios

que auxiliam no controle exato do volume de leite a ser ingerido pelo bebê e regulam assim o apetite.(60)

A amamentação favorece um contato mais íntimo e a criação de vínculo afetivo entre mãe e bebê. A mulher que opta por realizar o aleitamento materno de forma consciente, atua na promoção de saúde bucal do próprio filho.(49)

A Caderneta de Saúde da criança para estimular a adesão ao aleitamento materno, orienta o diálogo e a troca de experiências com outras mulheres, como: amigas, vizinhas e familiares, que tiveram experiências positivas de amamentação e amamentaram durante bastante tempo seus bebês.(49)

Por fim é preciso considerar que não basta a mulher estar informada das vantagens do aleitamento materno e optar por esta prática. O aleitamento materno é um processo de aprendizagem para a mãe e para o bebê. Para que a mulher consiga levar adiante essa sua opção é preciso que esteja amparada por uma rede de apoio, que dê suporte social. A mãe precisa estar inserida em um ambiente favorável à amamentação, que receba o apoio da família, dos profissionais de saúde e que possa se dedicar ao cuidado e a amamentação. É preciso que toda a comunidade reconheça a importância desta prática para a saúde das populações futuras, que esta não é uma prática que visa apenas a promoção de saúde no âmbito individual, mas também uma ação de impacto coletivo.(62)

Hábitos de Higiene Bucal

Os hábitos de higiene bucal são referidos desde o Antigo Testamento, e faz referência aos costumes do povo hebreu desde a antiguidade, que cultuam a importância dos dentes bons e da estética. Na análise histórica apontada por Silva (72), o livro de Celso (25 a.C. – 50 d.C.) revela registros sobre a necessidade de higiene bucal, explicitando: “Deveriam ser raspadas as manchas negras dos dentes, esfregando-os com uma mistura de pétalas de rosa trituradas, galhas e mirra, e em seguida bochechando com vinho puro”.

Embora a preocupação com a higiene bucal seja bastante antiga, somente a partir da década de 1960 a placa dentária “passou a ser reconhecida por sua importância na etiologia da cárie e da doença periodontal” (Vasconcellos¹ et al.,1987 apud Silva (72, p. 40)).

Atualmente, a literatura científica não deixa dúvida que a cárie é resultado da presença da placa bacteriana/biofilme, e é por isso que é tão importante removê-la.(73)

De acordo com a Profa. Andriara de Rossi Daldegan, do Departamento de Odontopediatria da Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo, a higiene da boca do bebê deve ser iniciada antes mesmo da erupção dos primeiros dentinhos, com o objetivo de se criar o hábito de limpeza da cavidade bucal tanto na criança quanto nos pais. Se a higiene bucal é iniciada nesse período, a criança se acostumará com a manipulação de sua cavidade bucal realizada pela mãe ou responsável e a sensação de boca limpa, estimulando um hábito que deve perdurar por toda a vida.(74)

Antes da erupção dos primeiros dentinhos, a higiene deve ser realizada com gaze ou fralda limpa (utilizada unicamente para esta finalidade). A fralda ou gaze deve ser envolta ao redor do dedo indicador e pode ser umedecida com soro fisiológico, água destilada ou ainda mesmo água filtrada ou fervida. Está contraindicado o uso de substâncias antimicrobianas, pois pode provocar alteração na microbiota bucal do bebê.(74)

Essa atividade deve ser realizada pelo menos uma vez ao dia, de preferência antes de dormir. A mãe ou o responsável também pode estar realizando esse cuidado durante ou após o banho, associando a higiene bucal com a higiene corporal do bebê.(74)

Após a erupção do primeiro dentinho, deve-se dar preferência à higienização com o uso da escova dental. O uso de gaze ou fraldinha é transitório, nesta fase, até a mãe e o bebê se adaptarem à nova realidade. A partir da erupção dos dentes

¹ Vasconcellos NGC, et al. Higiene oral. Rev Bras Odontol. 1987 set-out; 44(5):2-7.

posteriores (molares decíduos) é imprescindível a utilização da escova dental para uma higiene adequada.(75)

A escova deve ser pequena, compatível ao tamanho da criança, as cerdas macias e a ponta arredondada.(76) O creme dental para crianças deve ter abrasividade média.(77)

A partir da erupção dos primeiros dentinhos também deve-se iniciar o uso de creme dental com Flúor, mas em uma quantidade bem reduzida, comparável ao tamanho de um grão de arroz cru, pois a criança ainda não sabe cuspir e portanto estará engolindo o creme dental.(76) Uma das formas indicadas de se colocar essa quantidade de creme dental na escova da criança é tocar levemente as cerdas da escova na parte interna da tampa do creme dental (Técnica da Tampa). O creme dental deve conter 1.100 ppm de Flúor (77, 78) igual ao creme dental utilizado pelos adultos, o que vai mudar é a quantidade de creme dental a ser utilizado. A higienização com escova e creme dental deve ser realizada pelo menos uma vez por dia.(75)

Além do benefício do Flúor presente no creme dental, de acordo com Cury (77), quando a escovação é realizada com dentifrício é removida uma maior proporção da placa dental, quando comparada à escovação realizada só com água, além disso, estudos indicam que 12 h após a última escovação realizada com dentifrício, a formação de placa é 45% menor quando comparada à quantidade de placa formada, nesse mesmo período de tempo, quando apenas água é utilizada durante a escovação. Embora uma boa escovação só com água possa remover praticamente toda a placa bacteriana, o dentifrício pode ajudar bastante se a higiene não for perfeita. Como uma higiene perfeita é difícil de ser alcançada em termos populacionais, é sempre muito bem indicado o uso de creme dental com Flúor, inclusive para crianças pequenas, visando a prevenção da cárie dentária.(77) O professor Jaime Cury (77) também alerta que utilizar muita água para lavar a boca após a escovação com dentifrício também pode estar reduzindo o efeito protetor do dentifrício.

Embora considere-se a possibilidade de escovar os dentes uma vez por dia, para prevenir a cárie, estudos tem indicado que crianças que escovam mais de uma vez por dia os dentes com dentifrício fluoretado apresentam menos cáries.(77)

Estudo realizado nos Estados Unidos apontou que 71% dos casos de fluorose estavam relacionados ao uso de dentifrício fluoretado mais de uma vez por dia, usando uma quantidade maior que um grão de ervilha, mas o mesmo estudo apontou que se a quantidade de creme dental com Flúor não for maior que um grão de ervilha, não está associado a um maior risco de fluorose dental.(77)

Também é importante destacar que o uso de cremes dentais fluoretados antes de dormir, favorecem uma maior concentração de Flúor na saliva por um período maior de tempo, durante a noite, melhorando os efeitos no controle da cárie.(77)

Cury (77) enfatiza que usar creme dental sem Flúor em crianças é uma medida que não encontra respaldo científico.

Sabendo-se dos benefícios do uso de creme dental com Flúor e ao mesmo tempo dos riscos de fluorose, Cury (77) recomenda:

- Supervisão da escovação pelos pais, ou seja, um adulto responsável é que deve colocar o creme dental na escova da criança até que a mesma possa ser conscientizada sobre a quantidade a ser utilizada;
- O dentifrício não deve ficar ao alcance das crianças, para evitar a ingestão inadvertida;
- A criança deve ser estimulada a cuspir desde pequena;
- Os pais devem ser orientados sobre os riscos da ingestão de creme dental pelas crianças, explicando que é preferível usar 0,1g de creme dental 3 vezes ao dia do que 1,0 grama uma vez por dia.

O uso do fio dental em crianças também está indicado a partir do momento que nascer o segundo dente.(75)

Worthington et al. (73) realizaram uma revisão sistemática sobre os métodos para higienização interproximal e concluíram que embora não existam evidências robustas neste sentido, o uso do fio dental além da escovação pode reduzir a placa e/ou a gengivite, mais do que apenas a escovação.

Kubo e Mialhe (79), destacam a dificuldade no uso correto do fio dental e discutem que além de ser necessário estimular o uso do fio dental pela população, é necessário orientar as pessoas a realizarem seu uso de forma correta, para que

realmente possam obter êxito no uso deste recurso, visando a redução da placa interdental e conseqüentemente prevenindo a cárie interproximal e doença periodontal.

Como usar o fio dental de maneira adequada (80):

- Corte um pedaço de aproximadamente 45 centímetros de fio dental;
- Enrole as pontas do fio dental nos dedos médios;
- Segure o fio dental com firmeza entre os polegares e os dedos indicadores e insira-o cuidadosamente entre os dentes, fazendo movimentos de vai e vem para passarem pelo ponto de contato suavemente, e assim evitar um movimento brusco que agrida a gengiva;
- Quando o fio estiver posicionado entre os dois dentes, curve o fio dental em forma de C e fricção suavemente para cima e para baixo, mantendo-o pressionado contra o dente. Faça esse movimento envolvendo os dois dentes (um de cada vez). Esse movimento é justamente o que vai promover a remoção da placa interdental;
- Remova o fio por oclusal, enrole uma volta no dedo médio que tinha menos fio e vá para o próximo espaço interdentário;
- Passe o fio dental em todos os dentes, seguindo a seqüência, para não esquecer de passar em nenhum espaço interdental e não esqueça de passar atrás do último dente do fundo;

Detalhe: Em uma das mãos, enrole apenas um pouquinho de fio, só para prender o fio dental ao redor do dedo e na outra mão enrole o restante do fio. Essa manobra permite que à medida que você utilize um pedaço do fio dental, você o enrole no dedo que inicialmente tinha menos fio, assim você estará sempre utilizando um pedaço limpo do fio dental.

Estudos têm apontado que crianças em idade escolar (de 6 a 7 anos), após treinamento, foram capazes de desenvolver coordenação motora adequada para realizar a remoção da placa dentária interproximal de uma forma eficiente através do uso do fio dental.(79)

De acordo com Wainwright e Sheiham (81) em relação à técnica de escovação mais indicada para crianças e adultos, ao pesquisar trabalhos de diferentes partes do mundo concluíram que não existe consenso entre os autores sobre as melhores técnicas de escovação de acordo com a idade e apontam como uma necessidade que novas pesquisas científicas sejam realizadas no sentido de descobrir qual a melhor técnica de escovação, de acordo com a faixa etária e problemas de saúde encontrados, como o caso de pacientes portadores de doenças periodontais.

A técnica mais utilizada no Brasil para crianças, inclusive em programas de prevenção escolar, é a Técnica de Fones. Essa técnica é utilizada para crianças pré-escolares, escolares e adultos com habilidades motoras reduzidas.

De acordo com Fones² (1934 apud Ribeiro (82)) inicia-se a técnica de Fones com a criança com a boca fechada, ou seja, embora os lábios estejam abertos, os dentes superiores encontram-se ocluídos aos dentes inferiores. A partir daí inicia-se os movimentos circulares nas faces vestibulares dos dentes, com movimentos amplos que envolvem os dentes superiores e inferiores ao mesmo tempo.

De acordo com Fones³ (1934) apud Ribeiro (82) as faces palatinas dos dentes superiores, tanto dos dentes anteriores como dos dentes posteriores, são limpas com movimentos antero-posteriores. Estes movimentos inclusive envolvem todo o palato. As faces linguais dos dentes inferiores também são escovadas com movimentos antero-posteriores, porém a superfície lingual dos incisivos e caninos inferiores são escovadas com a escova posicionada verticalmente, paralela ao longo eixo do dente, desenvolvendo-se movimentos de vai e vem, nessas superfícies. A técnica indica que as faces oclusais sejam escovadas com pequenos movimentos antero-posteriores.

De acordo com Ribeiro (82) a técnica de Fones é apresentada de forma diferente por diferentes autores. A diferença reside na forma que as faces linguais/palatinas dos dentes posteriores são higienizadas.

A técnica acima descrita é a técnica originalmente criada por Fones (1936), porém o que se observa na prática atualmente, são algumas variações desta técnica, que poderíamos chamar de Técnica de Fones modificada.

² Fones AC. Mouth hygiene. Philadelphia: Lea & Febiger; 1934 p. 222-302.

³ Ibid.

Alguns autores recomendam que a escovação das faces palatinas/linguais dos dentes posteriores, na técnica de Fones sejam realizadas por meio de movimentos circulares e outros por movimentos antero-posteriores, não havendo consenso em relação a este aspecto. Porém, o Ministério da Saúde (12) recomenda cautela na definição de técnicas “corretas” e “erradas” com o objetivo de se evitar estigmatizações.

Um outro aspecto importante a ser discutido em relação à higienização dos dentes de crianças, é que os pais devem se esforçar para tornar a escovação dos dentes de seus filhos uma experiência agradável.(83)

Neste sentido, alguns exemplos podem ser considerados: as crianças verem os pais escovando os dentes pode servir de exemplo positivo para as crianças, pois normalmente elas querem imitar os pais, criar momentos onde os pais realizem a escovação junto com as crianças (momento família); criar momentos de carinho, onde os pais deem atenção à criança, fazer da escovação um momento divertido com histórias e musicas, tornar o ambiente adequado para a escovação (evitando que a criança fique em situações de risco durante a escovação), explicar para a criança que a escovação traz sensações gostosas (“gostinho gostoso na boca e dentes limpinhos”), explicar a importância da escovação para a prevenção de doenças, e dependendo da condição socioeconômica dos pais, os mesmos podem inclusive investir em recursos mais sofisticados como escovas de personagens, e outros recursos disponíveis no mercado. Entretanto, outras ações podem criar um ambiente hostil como ameaçar a criança dizendo que se ela não escovar os dentes ela será levada ao dentista que “a espera com uma injeção gigantesca”. Isso assusta a criança e cria um ambiente ruim para a sua relação com o dentista.(84)

Biancalana (85) alerta que, com o aumento do consumo de refrigerantes e alimentos ácidos, é importante as pessoas, além de usarem escovas com cerdas macias ou extra macias e dentifrícios fluoretados, também promovam um intervalo de aproximadamente 30 minutos entre a ingestão de substâncias ácidas e a escovação dentária, para prevenir os desgastes decorrentes da erosão ácida do esmalte.

Rodrigues et al. (86), baseando-se na pesquisa que realizaram com a descontaminação de escovas dentais recomendam borrifar clorexidina a 0,12% após o uso da escova dental, mesmo que ela seja armazenada de maneira adequada.

Hábitos alimentares que favorecem a Saúde Bucal

Os hábitos alimentares dos pais e a qualidade alimentar oferecida nas refeições afeta positivamente todos os membros da família, pois os adultos servem como um modelo para o comportamento alimentar de seus filhos.(87)

A literatura científica já relata há décadas que os cuidados com a saúde bucal devem preceder a chegada do bebê, assim é imprescindível aconselhar as mães, pais e responsáveis sobre a importância do seu papel para a proteção e manutenção da saúde bucal do bebê. Entre os aconselhamentos e as estratégias de conscientização da família destaca-se algumas temáticas fundamentais sobre os hábitos alimentares e a saúde bucal: a importância do aleitamento materno, os diferentes benefícios da amamentação natural, a influência dos hábitos alimentares da família na construção de hábitos alimentares do bebê e a importância da oferta de uma alimentação adequada, rica em nutrientes essenciais e com redução de sacarose, sendo esses os primeiros passos para uma abordagem inicial e bem sucedida que visa a promoção de saúde bucal de bebês e crianças.(88)

Estudos relatam que a percepção de sabores e as preferências alimentares do bebê já se iniciam durante a fase de desenvolvimento intrauterina. Assim, a alimentação da mulher gestante quando saudável e com ampla variedade de frutas, verduras e legumes, oferece maior exposição a sabores pelo bebê. Essa exposição estimula e favorece o desenvolvimento de preferências alimentares mais saudáveis no futuro bebê.(60)

Já existem evidências científicas que o leite materno também influencia nas preferências alimentares do bebê, pois o sabor do leite muda de acordo com a alimentação da mãe. A OMS (Organização Mundial de Saúde) e o Ministério da Saúde recomendam o aleitamento materno exclusivo desde a primeira hora de vida até os primeiros seis meses de vida do bebê, e a amamentação contínua até pelo menos 2 anos de idade.(63)

Estudos comprovam que o leite materno varia de sabor de mamada para mamada, sendo assim a composição nutricional do leite materno também pode ser potencializada de acordo com a dieta alimentar da mãe. Quanto maior a variedade do cardápio da mãe maior será a exposição de sabores ao bebê, assim as escolhas

alimentares da mãe trazem benefícios tanto nutricionais como também favorecem a percepção de sabores e contribuem futuramente para uma melhor aceitação de alimentos durante a fase de introdução alimentar.(60)

A partir dos 6 meses recomenda-se iniciar a fase da alimentação complementar, pois nessa faixa etária a maior parte dos bebês já apresentam alguns reflexos necessários para a deglutição como: reflexo lingual, já senta e sustenta a cabeça, já iniciou a erupção dos primeiros dentes (o que facilita o desenvolvimento de movimentos de mastigação) e manifesta interesse e excitação ao visualizar os alimentos. Essa é uma nova fase de adaptação do bebê, é o período que lhe são apresentados novos sabores, cores, aromas e texturas, sendo um momento de grande oportunidade de experimentar diferentes alimentos, ampliar a percepção de sabores e progressivamente ir construindo hábitos alimentares do bebê mais próximos com os hábitos da família. A fase da alimentação complementar permite maior interação do bebê com o pai, com os avôs e avós, com os irmãos e familiares, momento este que além de permitir que o bebê aprenda a comer, também colabora para que toda a família aprenda a cuidar da alimentação.(63)

A mastigação estimula o desenvolvimento dos ossos e músculos da face, mas a mastigação não é uma atividade inata, é adquirida através das vivências orais que são proporcionadas. O ato de comer é uma atividade sensorial e motora complexa que deve ser estimulada para que ocorra o avanço no aprendizado da mastigação. O estímulo da mastigação de alimentos sólidos é importante para o desenvolvimento do fortalecimento muscular orofacial e na prevenção de má-oclusão dentária.(60)

As vivências orais podem ser proporcionadas em grande parte durante o momento da alimentação, assim ao oferecermos uma variedade de alimentos com diferentes cores, formas, texturas, consistências e temperaturas proporcionamos experiências de amassamento, transporte do bolo alimentar e de coordenação dos movimentos mastigatórios.(60). Os alimentos oferecidos devem ser variados e atrativos com relação à aparência, cor, cheiro, sabor e textura.(87)

De acordo com o Guia Alimentar para crianças brasileiras menores de 2 anos (89), nos dois primeiros anos de vida, frutas e bebidas não devem ser adoçadas com nenhum tipo de açúcar e não devem ser oferecidas preparações caseiras que tenham açúcar como ingrediente, como bolos, biscoitos, doces e geleias, pois o consumo de

açúcar aumenta a chance de ganho de peso excessivo e a ocorrência de formação de placa bacteriana entre os dentes e doenças como a cárie. Portanto, o Ministério da Saúde orienta que, para cuidar da saúde da boca e evitar doenças bucais como a cárie, são importantes os seguintes cuidados com alimentação: alimentar o bebê somente com leite materno até 6 meses, incentivar o consumo adequado de frutas, verduras e legumes e não oferecer alimentos com açúcar e bebidas açucaradas.(89)

Diversos estudos científicos apontam que dietas ricas em carboidratos e com alta ingestão de açúcares aumentam o risco de lesões de cárie, assim a OMS faz recomendações tanto para adultos como para crianças, para a redução no consumo de açúcares livres, pois esta mudança de comportamento alimentar traz benefícios tanto para a saúde geral como para a prevenção de lesões de cárie.(60, 90)

Diferentes estudos indicam que o comportamento alimentar infantil é reflexo do ambiente no qual a criança está inserida, de maneira que os pais e familiares exercem grande influência na construção de hábitos alimentares de bebês e crianças. Na infância, a família desempenha um papel fundamental na construção de hábitos alimentares, pois a escolha dos alimentos a serem oferecidos em casa estimulam a variedade e qualidade alimentar experienciada pela criança.(87) .De acordo com o Ministério da Saúde o comportamento dos pais em relação à alimentação infantil pode gerar repercussões duradouras no comportamento alimentar de seus filhos até a vida adulta.(63)

Alguns estudos sugerem que o consumo de alimentos e bebidas com pH ácido associado a forças mecânicas podem provocar desgaste dentário erosivo. Crianças que consomem refrigerantes, balas, chicletes e pirulitos podem estar mais propensas a desenvolver problemas bucais relacionados à perda de estrutura dentária, portanto é recomendado a redução de bebidas e alimentos ácidos para prevenir o desgaste dentário erosivo.(60)

A Caderneta de Saúde da Criança (49) afirma que deve se estimular o consumo diário de frutas, verduras e legumes nas refeições diárias. A oferta de alimentos deve ser variada e distribuída em, pelo menos, três refeições e dois lanches por dia, dando preferência aos alimentos saudáveis e típicos da região.

Estudos indicam que a intervenção e a promoção de comportamentos alimentares saudáveis devem iniciar logo nos primeiros anos de vida do bebê, enfatizando que aspectos como a disponibilidade de alimentos variados, o acesso ao alimento no domicílio, as práticas alimentares da família e o modo de preparo do alimento, influenciam diretamente no consumo alimentar de bebês e crianças.(91)

Diferentes pesquisas apontam que o acesso à informação por parte das famílias e a educação para a formação de hábitos alimentares adequados influenciam positivamente na formação dos hábitos saudáveis da criança.(91)

Pesquisas que avaliam o conhecimento de pais/cuidadores sobre saúde bucal na infância destacam que pais/cuidadores que receberam orientações sobre hábitos alimentares saudáveis e cuidados com a higienização bucal de seus filhos demonstraram maior conhecimento e melhores práticas como: menor consumo diário de açúcar e doces, maior consumo de frutas, verduras e legumes, consumo de suco sem açúcar, maior adesão à escovação dentária e maior frequência diária de escovação; quando comparados aos pais e cuidadores que não receberam acesso a informações sobre a temática. Assim para que os pais/cuidadores influenciem positivamente na promoção de hábitos saudáveis e na manutenção da saúde dos seus filhos, é necessário investir esforços na educação em saúde voltadas a este público, com especial atenção às escolhas alimentares e construção de hábitos adequados.(92)

As refeições em família são momentos importantes para compartilhar a alimentação saudável, pois os membros se sentam juntos, desfrutam de um momento de comunhão durante a refeição e socializam modos de vida e constroem experiências positivas que lhe impactam ao longo de toda vida.(91)

Autores afirmam que fazer as refeições na presença do pai, mãe ou responsável é determinante para o consumo de alimentos saudáveis, pois o adulto se responsabiliza em exercer grande influência no momento da compra, no preparo da alimentação da família, e na orientação durante os momentos de refeição, inclusive cerceando o uso de objetos que causem distração durante as refeições como: celular, tablets ou televisão.(93)

Pesquisadores e educadores apontam que a alimentação realizada dentro do ambiente escolar tem grande potencial educativo e deve ser vista na sua função pedagógica para a formação de cidadãos conscientes, e ao mesmo tempo utilizada como estratégia para a promoção de saúde com ações que incentivem práticas alimentares saudáveis e transformem as práticas alimentares em escolhas por um estilo de vida saudável. Ao pensarmos em alimentação escolar como prática social de incentivo e conscientização sobre as escolhas alimentares vislumbra-se a formação de hábitos que deverão perdurar por toda a vida. Nesse sentido, as práticas educativas devem estar contextualizadas à realidade local e afinadas com a identidade cultural das crianças de forma que os diálogos levem a indagações, problematizações e descobertas sobre como se dá a preparação dos alimentos, como se dá sua produção, onde se dá o acesso a esses alimentos e onde compramos.(93)

Estudos indicam que na medida em que a criança cresce os familiares diminuem seu controle e influência sobre a alimentação da criança, é possível identificar diferentes fatores que influenciam na dieta alimentar das crianças como: o nível de formação e informação dos pais sobre hábitos alimentares saudáveis, os familiares trabalharem em casa ou fora de casa, o acesso à informação da criança pelas mídias e propagandas e a influência de outras crianças do seu convívio. Esses fatores são extremamente preocupantes, pois sabemos que podem influenciar os padrões de compra da família, pois são solicitados pelas próprias crianças para que os pais comprem.(87)

Por todos esses motivos apresentados compreende-se que a educação nutricional de bebês e crianças devem ser realizada de forma colaborativa entre os pais, professores, profissionais de saúde e de políticas governamentais voltadas a práticas de alimentação saudável, promoção de saúde através de nutrição equilibrada, e ações jurídicas que regulem a propagandas de alimentos direcionadas a crianças e jovens, e limitem o acesso a alimentos com altos índices de sacarose e densamente calóricos em escolas.(87)

O que é cárie?

A presente revisão da literatura sobre o tema, não pretende ser exaustiva e nem se aprofundar em aspectos microscópicos, microbiológicos ou bioquímicos, mas

sim, dar uma visão geral sobre esse processo, incluindo os conceitos mais atuais visando o público em geral.

As doenças bucais estão entre as doenças mais prevalentes no mundo todo e têm trazido sérios ônus econômicos e de saúde, refletindo-se de uma maneira negativa na qualidade de vida das pessoas afetadas. Embora as doenças bucais sejam plenamente evitáveis, sua persistente alta prevalência, acaba por refletir as desigualdades sociais e econômicas das pessoas afetadas e financiamento insuficientes para ações de prevenção e tratamento, principalmente em países de baixa e média renda (94) como o Brasil. A cárie dentária é a doença bucal mais prevalente no Brasil.(95)

Os agentes microbianos e alimentares que podem levar à cárie são estudados cientificamente há mais de 120 anos.(90)Entre 1946 e 1951, na Suécia foi realizado o famoso estudo de Vipeholm, com o objetivo de descobrir as causas das cáries e outras doenças dentárias. O estudo foi composto por 436 doentes mentais internados no hospital de Vipeholm que receberam com constância variável, durante um período de aproximadamente quatro anos, balas com grande quantidade de açúcar. Durante o período, os cientistas estudavam as consequências do açúcar em seus dentes. É claro que é um estudo muito criticado principalmente nos dias atuais em decorrência dos aspectos éticos (96), mas demonstrou que o açúcar aumenta significativamente a experiência de cárie quando ingerido entre as refeições. O tempo, a frequência da ingestão e a forma na qual o açúcar foi ingerido são importantes.(97)

No início da década de 1950, estudos realizados por Toverud demonstraram um declínio nos níveis de cárie de crianças norueguesas durante o período da segunda guerra mundial, onde, em decorrência da guerra houve uma redução drástica no consumo médio per capita de açúcar.(97)

Do ponto de vista biológico, a etiologia da cárie dentária é explicada em decorrência da presença de agentes microbianos na superfície dos dentes que produzem ácidos ao se alimentarem de carboidratos fermentáveis da dieta. Este ácido produzido pelas bactérias vai provocar a desmineralização (destruição) dos tecidos dentários.(97) Obviamente, a cavidade de cárie não ocorre de uma hora para outra, mas se a produção de ácidos pelas bactérias for frequente, a desmineralização também será frequente e depois de algumas semanas é possível começar a se

observar “manchas brancas” nos dentes. Estas “manchas brancas” evidenciam que naquela região está ocorrendo um processo de desmineralização. Se o processo persistir, o tecido dental vai enfraquecendo até o momento que se quebra, dando início à cavidade de cárie.

O termo “cárie dentária” é usado para referir-se aos resultados da dissolução química da superfície do dente (97) causada por ácidos orgânicos provenientes da fermentação microbiana dos carboidratos da dieta.(98) A destruição pode comprometer o esmalte, a dentina e o cemento, e as lesões podem se revelar clinicamente de maneiras variadas.(97)

Para que a cárie dental ocorra, é necessário que as bactérias presentes no biofilme (placa dental) metabolizem os carboidratos fermentáveis da dieta presentes na cavidade bucal, produzindo ácidos orgânicos, o que provoca uma queda do pH. Esses ácidos se disseminam até a superfície do dente e provocam a desmineralização nessas regiões. Se este processo é revertido e os minerais são reincorporados ao dente, teremos então a remineralização.(99) Portanto, o processo de cárie é dinâmico, ocorrendo períodos alternados de desmineralização e remineralização da estrutura dentária, relacionados à variação no pH do biofilme (placa bacteriana). Em geral, quanto menor o pH, maior a tendência à dissolução dos tecidos dentários e ao contrário, quando às condições são favoráveis, principalmente na presença do flúor, ocorre a remineralização da estrutura dentária.(94)

Em relação à microbiologia da cárie dentária, (90) apontam que uma dieta rica em açúcar, induz o desenvolvimento de um grande número de diferentes micróbios acidogênicos na placa dentária. Os autores destacam que embora os açúcares simples possam ser cariogênicos, os amidos cozidos também são agora reconhecidos como alimentos que podem estar relacionados à cárie dentária.

Durante muitos anos disseminou-se o conceito que a cárie dentária seria uma doença bacteriana, infecciosa e transmissível.(100) O *Streptococcus mutans*, espécie acidogênica fermentadora de açúcar, foi considerado por mais de três décadas o principal causador da cárie dentária. No entanto, estudos mais recentes, fundamentados em DNA e RNA de lesões cariosas, descobriram um ecossistema extremamente diverso, onde *S. mutans* é apenas uma pequena fração da comunidade bacteriana, concluindo-se que a cárie dentária é uma doença polimicrobiana.(101)

Teorias atuais apoiam o conceito de que consórcios desenvolvidos por múltiplos microrganismos agem coletivamente, provavelmente de uma forma sinérgica, para iniciar e ampliar a cavidade.(101)Portanto, já se sabe que não existe um microrganismo específico relacionado ao desenvolvimento da cárie dentária. (100)

O conceito mais aceito atualmente é que a cárie dentária seja considerada uma disbiose, ou seja, um desequilíbrio na microbiota normalmente residente na cavidade bucal, desencadeado pelo consumo excessivo de açúcar.(100) A lesão de cárie é observada quando há um desequilíbrio no meio, decorrente do metabolismo dos carboidratos da dieta por microrganismos residentes.(102) Desta forma, o consumo de alimentos cariogênicos é mais importante para provocar a cárie do que a simples presença dos microrganismos, pois ao entrarem em contato com o açúcar, o metabolismo, produzindo ácidos e estes que promoverão a desmineralização dentária.(100) Portanto, a presença de microrganismos é necessária, mas não suficiente para o desenvolvimento da cárie.(102)

Para ilustrar essa questão, podemos destacar o estudo de Wakaguri et al (103) que fizeram uma pesquisa envolvendo 3.035 crianças, com o objetivo de identificar possível associação entre medidas para prevenir a transmissão vertical de microrganismos orais (transmissão provocada pelos pais e/ou cuidadores) e a experiência de cárie em crianças de 3 anos. As análises estatísticas não apresentaram associação significativa entre o comportamento para evitar a transmissão vertical e a experiência de cárie. Os autores concluíram que o comportamento do cuidador para impedir a transmissão vertical não foi eficaz na redução dos níveis de cárie infantil.

Portanto, prevenir a transmissão de *S. mutans* provavelmente não será efetivo para prevenir a cárie dentária se uma dieta suficientemente rica em carboidratos persistir. Lembrando que também é importante considerar a consistência dos alimentos, pois quanto mais pegajosos, mais tempo ficarão retidos na superfície do dente e portanto apresentarão maior potencial cariogênico.(90)

Cruz et al. (102) discutindo as informações presentes na internet sobre a transmissibilidade da cárie alerta que já se sabe que não existe um micro-organismo ou grupo específico de micro-organismos responsáveis pelo desenvolvimento da cárie, portanto a presença de micro-organismos é um fator necessário, mas não

suficiente para a ocorrência das lesões de cárie. Se não existem micro-organismos específicos para a ocorrência da cárie dentária, a cárie não pode ser considerada uma doença transmissível.

Embora a ciência tenha indicado que a cárie não é uma doença transmissível, (102) identificaram que de todos os sites pesquisados, apenas 6,9% afirmavam que a cárie não pode ser transmitida.

Desta forma, vislumbrando-se a saúde da criança, é importante disseminar os aconselhamentos dietéticos e de higiene bucal desde a gestação, pois estes hábitos que serão transmitidos aos futuros bebês e portanto estas orientações acabam por ser imprescindíveis para a prevenção da cárie dentária, não apenas nesta faixa etária, mas para toda a vida.(100)

De acordo com a Academia Americana de Odontopediatria a cárie precoce na infância (early childhood caries) é definida como a presença de uma ou mais lesões de cáries (cavidadas ou não), ausência de dentes devido à cárie ou a presença de dentes restaurados em uma criança com idade menor ou igual a 71 meses. A cárie precoce severa na infância é caracterizada pela presença de alguma lesão de cárie (cavitada ou não) em crianças com menos de três anos de idade.(104)

A cárie precoce na infância é considerada uma das doenças mais prevalentes na infância, afetando milhares de crianças no mundo todo. A Academia Americana de Odontopediatria identifica que a cárie precoce na infância é um importante problema de saúde pública. Quando comparada a outras doenças comuns da infância, a cárie precoce na infância é cinco vezes mais prevalente que a asma e sete vezes mais frequente que a rinite alérgica. Desta forma, a Academia Americana de Odontopediatria adverte o público e profissionais de saúde em geral que os dentes de uma criança são suscetíveis à cárie a partir do momento que começam a erupcionar na cavidade bucal da criança.(104)

Chen et al. (105) realizaram uma revisão sistemática para estudar a prevalência de cárie precoce na infância em diferentes países. Eles puderam avaliar que a prevalência de cárie variou de 22,5% na Índia a 90% na Indonésia, e a mediana da prevalência de cárie foi de 62,7%, sendo que dois terços das pesquisas que fizeram parte do estudo relataram uma prevalência de cárie precoce na infância maior que

50%. Chen et al. (105) também observaram que o principal componente do índice são as cáries não tratadas, ressaltando que a cárie não tratada em crianças pequenas ainda é um ônus significativo para a saúde em muitos países.

O estudo epidemiológico realizado no Brasil entre 2002 e 2003, envolveu a faixa etária de 18 a 36 meses e observou uma prevalência de cárie de 26,8% nas crianças desta faixa etária, ou seja, 26,8% das crianças apresentaram pelo menos um dente com cárie dentária nesta idade. O mesmo estudo também avaliou a prevalência de cárie em crianças de 5 anos de idade, observando uma proporção próxima de 60,0% das crianças com cárie nesta idade.(106)

No levantamento epidemiológico realizado em 2010 (95), as crianças de 18 a 36 meses não fizeram parte da amostra, mas as crianças de 5 anos de idade apresentaram uma prevalência de cárie de 53,4%, sendo que 80% das suas necessidades de tratamento não foram atendidas.

Como pode-se observar pelos levantamentos epidemiológicos, a cárie dentária apresenta alta prevalência entre as crianças e, portanto, medidas preventivas e educativas devem ser realizadas antes mesmo do nascimento do bebê, através da orientação das gestantes e das mães de crianças pequenas.

A importância de cuidar da primeira dentição

Ao se discutir a importância da dentição decídua, é imperativo que se retome as reflexões de que a boca é parte integrante do corpo humano, sendo uma característica fundamental da identidade pessoal. A saúde bucal é multidimensional, incluindo a dimensão física, psicológica, emocional e social que são essenciais para a saúde geral e bem-estar. A saúde bucal possibilita comer, falar, sorrir e socializar, sem dor, desconforto ou constrangimento.(94) Tomando-se apenas esses aspectos, já se pode perceber o quanto a saúde bucal pode ser importante na vida das pessoas.

A evolução da cárie é capaz de provocar grande destruição dos dentes, e até mesmo a sua perda, podendo inclusive resultar em complicações de ordem local, sistêmica, psicológica e social. Suas manifestações podem incluir dor, abscessos, dificuldades mastigatórias, podendo afetar a alimentação e o sono da criança, além da fala e da autoestima.(107, 108)

De acordo com Castro et al. (109), a dentição decídua é importante para o bom desempenho das funções mastigatória, articular, fonatória e de oclusão, sendo crucial a sua manutenção até o tempo adequado para sua esfoliação natural, sendo imprescindíveis para que os dentes permanentes erupcionem na posição correta. Os autores destacam que o principal fator etiológico para a perda precoce dos dentes decíduos é sem dúvida a cárie dentária.(109)

A cárie precoce na infância é considerada um sério problema de saúde pública, podendo trazer consequências locais, sistêmicas, psicológicas e sociais, como infecção, perda de espaço no arco dentário, interferência na qualidade de vida, distúrbios de crescimento, prejuízos no desenvolvimento intelectual, aumento do risco de desenvolver novas cavidades de cárie na dentição decídua e permanente, maior risco de utilização de serviços de emergência e de hospitalizações, bem como o aumento do custo e tempo de tratamento odontológico.(107)

Cáries não tratadas estão associadas à infecção que causa dor, desconforto e redução na ingestão de alimentos porque ao se alimentar a criança sente dor.(110, 111)

As consequências das doenças bucais não tratadas são frequentemente graves e podem incluir dor incessante, sepse, redução da qualidade de vida, perda de dias letivos, desorganização temporária da vida familiar e, além disso, o tratamento das doenças bucais traz um custo para as famílias e para o sistema de saúde.(94)

Os problemas com os dentes também acabam repercutindo no desempenho escolar, aprofundando as inequidades.(112) Muitos estudos têm indicado que a falta de tratamento dentário está associado de forma substancial com a diminuição da qualidade de vida não apenas da criança como também dos cuidadores.(113, 114)

A cárie dentária em sua forma avançada afeta o crescimento, desenvolvimento e bem-estar das crianças. Estudos apontam que crianças com cárie em estágios avançados pesam menos do que os respectivos controles e, após o tratamento destas lesões, houve ganho de peso e melhorias na qualidade de vida. Os autores apontam que esses resultados provavelmente estão relacionados à melhora na ingestão alimentar, tanto em quantidade como em qualidade, uma vez que a criança deixou de ter dor ao se alimentar. Os autores concluem que o tratamento da cárie dentária em

crianças aumentaria as taxas de crescimento e a qualidade de vida de milhões de crianças.(110)

Um quadro de cáries avançadas não tratadas em crianças produz impacto em decorrência da dor, irritabilidade e distúrbios do sono O distúrbio do sono afeta a produção de glucosteróide trazendo prejuízos ao crescimento. Uma situação de cárie avançada não tratada afeta a saúde geral da criança, trazendo também significativos impactos na sua qualidade de vida.(94, 115)

O tratamento dentário traz uma melhoria significativa também nos aspectos psicológicos e sociais na vida da criança.(113, 116)

Entre os benefícios relacionados ao tratamento da cárie nessas crianças podemos citar, menos dor, alimentação melhor e sono melhor. Em um estudo os pais perceberam um impacto social positivo com o tratamento dentário de suas crianças, que passaram a sorrir mais, melhoraram o desempenho escolar e aumentaram a interação social.(117)

Pensando que, além de todas as consequências negativas relativas à cárie na vida das crianças, o tratamento odontológico poderia minimizar esses efeitos, porém, em crianças pequenas com cáries extensas, muito frequentemente a única possibilidade de obter êxito seria o tratamento sob anestesia geral.(94) Um estudo americano indicou que o custo médio do tratamento dentário em crianças sob anestesia geral variou entre US \$ 5.500 (em 2008) e US \$ 7303 (em 2012) por criança.(118)

A cárie dentária não tratada é muito comum em muitos países, em crianças em idade pré-escolar. Peres (94) alerta que cáries não tratadas é uma condição que afeta 9,0% da população global de crianças, sendo considerada o décimo problema de saúde mais prevalente entre as crianças e que essa prevalência vem se mantendo desde 1990.

Schroth et al.(119) apontam que 12,1 a cada 1000 crianças menores de 6 anos no Canadá, necessitam realizar o tratamento odontológico sob anestesia geral, sendo responsáveis por 31% de todas as cirurgias nessa faixa etária.

No Brasil, em 2010 (95), as crianças aos 5 anos de idade tinham em média 2,43 dentes atacados pela cárie e 83,5% destes dentes encontravam-se na condição de cariado.

Nations et al. (120) em um estudo antropológico observaram que embora algumas mães tenham conhecimentos básicos de saúde bucal, geralmente não consideram importante a dentição decídua, valorizando mais a dentição permanente, tendo como pano de fundo o fato dos dentes decíduos serem substituídos em um curto espaço de tempo. As autoras concluíram que ampliar o conhecimento das cuidadoras e investir no empoderamento delas pode melhorar a saúde bucal de seus filhos.(118)

Tendo-se em vista todos esses prejuízos provocados pelas doenças bucais, principalmente a cárie dentária, é que se pretende abordar o tema nesta série de filmes, de forma a levar ao público em geral conhecimentos sobre a prevenção destes agravos à saúde bucal.

Uso da chupeta

A história da chupeta remonta a centenas de anos na humanidade, transcende a diferentes culturas e períodos da história, e passou por muitas modificações, com diferentes formas, cores e sabores para chegar ao que consideramos hoje como objeto “chupeta”. Desde a Idade Média tem-se registro do uso de chumaço de pano açucarado ou com mel para acalmar os bebês.

Conforme Castilho e Rocha (2009, 121, p. 481)

Em 1506, Albert Dürer representou a chupeta na tela *Madonna with a Siskin* como um pedaço de pano amarrado em forma de chumaço que continha algum alimento (pão, grão, gordura, carne, peixe), ou era embebido em líquido doce, sendo utilizada dessa forma para acalmar e nutrir as crianças. Também existem referências de que elas podiam ser mergulhadas em produtos alcoólicos (*brandy*) ou conter opiáceos, sendo empregadas para tranquilizar as crianças com fome ou dor, “fazendo-as dormir”.

As chupetas modernas tiveram origem a partir dos mordedores oferecidos às crianças por ocasião da erupção dentária para confortá-las. Seu nome em inglês demonstra sua utilidade, já que *pacifier* vem de *pacify*, que significa “pacificar”, “acalmar”.

É comum observarmos situações e relatos cotidianos em que desde os primeiros dias de vida a chupeta é oferecida para acalmar os bebês. Mas até que ponto a escolha de usar ou não a chupeta é fruto de uma reflexão e escolha consciente por parte da família?

A chupeta está muito enraizada em nossa cultura, por vezes é comprada antes mesmo do bebê nascer como parte do enxoval. Isso demonstra como o bico de borracha tem sido associado à imagem da criança frequentemente em nossa sociedade sem que haja indagação sobre a necessidade do seu uso, e quais impactos positivos e negativos que este hábito pode desencadear.(119)

Estudos têm apontado que cerca de 2/3 das mães em diferentes partes do mundo oferecem chupeta a seus filhos em algum momento durante o primeiro ano de vida. A maior parte das crianças entra em contato com a chupeta entre o 1º dia e a 1ª semana de vida.(70)

Estudos comparativos realizados no Brasil entre 1999 e 2008 revelam uma tendência de declínio no uso de chupeta entre crianças menores de um ano. Em 1999 os dados apontavam que 57,7% dos bebês menores de um ano faziam uso de chupeta, já em 2008 os dados apontavam que 42,6% das crianças menores de um ano faziam uso da chupeta.(60) Porém os índices ainda são altos, revelando a necessidade de ações educativas que promovam espaços de discussão junto à população.

É possível assim evidenciar que muitas famílias oferecem as chupetas a seus filhos como um ritual que é passado de geração a geração, mas será que há uma tomada de decisão crítica por parte das famílias? A discussão sobre essa temática e o acesso às informações, e espaços de reflexão são primordiais para que haja uma escolha crítica e autônoma por parte dos familiares.(70)

O levantamento de questionamentos sobre os prós e contras é importante para que os pais e responsáveis sejam capazes de decidir de forma racional se iniciam ou não o uso da chupeta. Mas essa decisão deve ser realizada de maneira inteligente e consciente, através da análise de informações que revelem todas as variáveis que podem ou não influenciar na qualidade de vida destes bebês até a idade adulta.(119)

De acordo com Castilho e Rocha (121) os bebês nascem com reflexos adaptativos, como: busca, sucção e deglutição. Estes reflexos os auxiliam a sobreviver, pois é através da mamada que o bebê satisfaz suas necessidades nutritivas e se alimenta. Mas ao longo dos primeiros meses de vida o bebê transforma esse reflexo em hábito, pois associa a satisfação da fome à satisfação emocional, surge assim a necessidade de sugar.

A sucção é o maior estímulo à produção de leite materno, quanto mais o bebê suga mais leite a mãe produz, porém o bebê que realiza a sucção da chupeta permanece por longos períodos sugando sem se alimentar, e quando é levado ao seio materno suga menos, diminuindo assim o estímulo à produção de leite materno.(60)

Em vários estudos apresentados há evidências científicas que comprovam que o uso da chupeta está relacionado com o desmame precoce.(63). O uso da chupeta é um hábito de sucção não nutritiva, pois o bebê realiza a sucção sem que haja a satisfação da necessidade nutricional, prejudicando assim o acesso do bebê ao leite materno e toda a variedade de componentes bioativos tão essenciais, como: fatores imunológicos, antimicrobianos, anti-inflamatórios, enzimas e fatores de crescimento.(60, 122)

Além desses inúmeros benefícios do leite materno para a saúde geral dos bebês, o aleitamento materno contribui também para o desenvolvimento harmonioso das estruturas orofaciais. A sucção do seio materno é um excelente exercício para os músculos mastigatórios. Quando o bebê realiza a ordenha aciona diferentes músculos da face, que são responsáveis pela sucção, respiração, mastigação, deglutição e fonoarticulação. Assim o movimento de sugar o seio materno cria um registro de memória motor que favorecem o desenvolvimento adequado da arcada dentária e promove o aprendizado da mastigação futura.(60)

Na sucção de bicos artificiais o posicionamento da língua e a função muscular são completamente diferentes, pois o bebê ao sugar o seio materno realizar uma força considerável, já na sucção das mamadeiras o movimento realizado exige menor contratatura muscular e não tonifica a musculatura da face de maneira adequada. Assim o uso de bicos artificiais podem interferir no desenvolvimento orofacial do bebê e trazer como consequência a hipotonicidade muscular dos lábios e má posicionamento da língua, favorecendo o início da respiração bucal.(60) Portanto os estudos científicos apontam que a mudança no padrão de sucção trazem vários prejuízos, como: afetam a posição de repouso da língua, interferem no selamento labial, impedem a tonificação dos músculos faciais, provocam alterações na arcada dentária e no palato, e permitem o início da respiração bucal.(123)

As características atípicas encontradas em crianças respiradoras bucais são: boca entreaberta, lábio superior curto, lábio inferior volumoso e evertido, face estreita, nariz achatado e orifícios nasais e mal desenvolvidos.(122)

A síndrome da respiração bucal tem como prejuízos e agravos: cansaço frequente, sonolência diurna, fraqueza muscular, baixo apetite, enurese noturna e até mesmo déficit de aprendizagem e atenção.(60) Diferentes estudos apontam que a respiração bucal influencia diretamente no desenvolvimento de doenças como: hipertrofia adenomigdaliana, rinites alérgicas e não alérgicas e hipertrofia de cornetos inferiores.(122)

Já existem estudos que correlacionam alguns vícios orais na vida adulta ao uso de chupetas além dos 2 anos de idade. Os hábitos orais como: sucção, roer unhas, fumar e mascar, são semelhantes ao uso da chupeta para acalmar o bebê e são utilizados para aliviar a tensão em momentos de ansiedade. Na literatura sobre o tema há autores, que segundo a teoria psicanalítica, ressaltam que o uso da chupeta pode estar relacionado a necessidades afetivas e conflitos emocionais ocorridos na infância e que são substituídos ao longo da vida.(70, 124)

O uso de chupetas ortodônticas ainda é uma questão polêmica e atualmente já tem estudos científicos que comprovam que essas chupetas não resolvem todo o problema, portanto ainda é consenso entre os profissionais de saúde que a sua utilização deve ser evitada.(121)

Estudos relatam que a chupeta tem sido apontada como fator de risco para a recorrência de otites. As otites de repetição podem trazer como consequência o prejuízo da audição e prejuízos no desenvolvimento da comunicação (escuta e fala).(70, 121)

Estudos longitudinais ainda revelam que o uso prolongado da chupeta pode ter impacto negativo sobre o desenvolvimento da fala, pois ao usá-la restringem-se as experimentações orais, como: balbúcio, imitação de sons e a emissão de palavras. Ao utilizar a chupeta o bico ocupa a cavidade oral da criança impedindo que produza os sons adequadamente, e a hipotonicidade muscular da face decorrente do uso prolongado também impede a fonação de sons de maneira correta.(60)

A chupeta quando necessária para dar estabilidade emocional à criança, deve ser usada de forma racional, evitando-se assim o uso abusivo. Estudos indicam que problemas bucais dentários como: má oclusão dos dentes, má postura da língua e problemas articulatorios, estão associados ao maior tempo de uso da chupeta. Assim os efeitos nocivos do uso da chupeta estão diretamente relacionado a: duração (que é o período de utilização), a frequência (número de vezes por dia) e a intensidade (duração de cada sucção e a atividade muscular envolvida). Portanto a orientação é que a chupeta não deve ser oferecida a qualquer sinal de desconforto, e deve-se evitar que o bebê durma com a chupeta.(70, 121).

Infectologista ainda apontam que a chupeta como qualquer outro objeto levado à boca, pode servir de veículo na transmissão de doenças e oferece condições propícias para o crescimento de fungos e bactérias, que podem desencadear possíveis infecções, e prejudicar a saúde geral de bebês e crianças.(121)

Já existem estudos que avaliam os níveis de inteligências entre crianças usuárias de chupeta durante a infância, observando assim que crianças que usam chupeta apresentam 16% menos desempenho em testes de inteligência. A hipótese é que ao utilizarem a chupeta solicitam menor atenção dos pais e como consequência interagem menos com as pessoas, diminuindo os estímulos e vivências proporcionadas através da socialização.(70)

O Ministério da Saúde em todas as suas publicações institucionais e normativas desaconselha o uso da chupeta. Na Caderneta de Saúde da Criança (49, p. 27) é apresentada a orientação para os pais e cuidadores das crianças:

Evitar o uso de chupetas, bicos e mamadeiras, pois eles podem deixar os dentes 'tortos' e prejudicar a mastigação, a deglutição (ato de engolir), a fala, a respiração e o crescimento da face" e "Não há necessidade de usar mamadeiras e chupetas, pois podem atrapalhar a amamentação. Além disso, podem causar doenças, problemas na dentição e na fala".

O intuito dessas publicações é alertar sobre os impactos negativos na saúde infantil que podem ser associados ao uso de chupetas, mas a decisão de introduzir ou não o uso da chupeta é da família.

A importância do flúor

Buendia (125), estudando o histórico da descoberta do Flúor como substância que previne a cárie, relata que inicialmente, alguns pesquisadores, como o cirurgião dentista McKay em 1911, começou a notar que as crianças que moravam em Colorado Spring (EUA), tinham seus dentes manchados.

Mckay e Black, em 1916, analisando a situação, não conseguiram estabelecer relação entre as manchas nos dentes com outros fatores socioeconômicos ou nutricionais da população local, porém, estabeleceram uma relação com alguma substância presente na água de abastecimento público, principalmente quando observaram que as crianças que moravam na zona rural e recebiam abastecimento de água de outra origem, não apresentavam essas manchas nos dentes.(126)

Alguns anos mais tarde, em 1928, Mckay verificou que a substância presente na água, responsável por provocar manchas nos dentes, também era capaz de reduzir a cárie dentária nos dentes das crianças.(127)

Em 1931, o químico Petrey, verificou a presença de Flúor na água de Bauxite, onde as crianças apresentavam manchas nos dentes. Ao verificar que em outras localidades onde as pessoas apresentavam manchas nos dentes também apresentavam altos teores de Flúor natural na água, estabeleceu-se a relação entre dentes manchados (fluorose dentária), cárie dentária e água com Flúor natural.(125)

Em 1938, Dean divulgou os resultados de seu estudo que apontavam que em cidades onde o teor de Flúor na água era maior que 1 ppm (partes por milhão), o número de crianças livres de cárie era mais que o dobro quando comparadas com cidades onde o teor de flúor era menor que 0,6 ppm.(128)

A utilização de fluoretos para a prevenção da cárie dentária iniciou-se entre 1945 e 1946, nos Estados Unidos e Canadá, por meio da fluoretação das águas de abastecimento público.(129)

O flúor, desde então, foi objeto de milhares de pesquisas científicas ao redor do mundo todo. As investigações foram amplas e profundas, em relação aos aspectos médicos e de engenharia, ficando exaustivamente comprovado, já na década de 1950, a eficácia e segurança sanitária da fluoretação das águas de abastecimento público.(130)

Após pesquisas que comprovaram a eficácia do método (redução de aproximadamente 50% na prevalência de cáries dentárias), a medida foi recomendada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e por várias instituições mundiais da área da saúde.(130)

De acordo com o relatório técnico da Organização Mundial de Saúde, os conhecimentos técnicos disponíveis atualmente permitem utilizá-lo com toda segurança em saúde pública.(131)

A medida expandiu-se por várias regiões do mundo e, no início do século XXI, cerca de 400 milhões de pessoas em 53 países vinham se beneficiando da fluoretação das águas de abastecimento público.(129)

Nos EUA, o Centro de Controle e Prevenção de Doenças (CDC) considerou a fluoretação das águas de abastecimento público uma das dez medidas de saúde pública mais importantes no século XX.(132)

Os cremes dentais, que até a década de 1960 eram meramente cosméticos, após a adição do flúor começaram a ser considerados agentes preventivos em relação à cárie dentária. A incorporação do flúor aos cremes dentais a partir do final do século XX foi crescente, considerando-se que o seu poder preventivo oscila entre 20 a 40%.

O uso de cremes dentais com flúor, é compatível com a fluoretação da água, podendo ser utilizado concomitantemente.(130)

No Brasil, até 1988 apenas 25% dos cremes dentais eram fluoretados. Em 1988, foi adicionado flúor ao creme dental responsável por cerca de 50,0% do mercado, desta forma, em 1989 praticamente 90,0% dos cremes dentais comercializados no Brasil já continham flúor em sua composição.(133)

De acordo com Cury e Tenuta (134) a utilização de cremes dentais com flúor deve ser considerado o meio mais racional de uso de flúor, pois ao mesmo tempo que se promove a desorganização da placa bacteriana (biofilme dental) com a escova, o flúor entra em contato com o meio ambiente bucal, reduzindo a desmineralização e favorecendo o processo de remineralização.

O uso abrangente de creme dental com flúor tem sido reconhecido como um dos responsáveis pelo declínio expressivo da cárie no Brasil.(135-137)

Revisões sistemáticas têm indicado que os cremes dentais devem conter em sua formulação a concentração de pelo menos 1.000 ppm (partes por milhão) de flúor para serem eficazes no combate à cárie dentária.(138, 139)

Walsh et al. (139) em sua revisão sistemática envolvendo 79 estudos e 73.000 (setenta e três mil) crianças concluíram que os cremes dentais contendo pelo menos 1.000 ppm (partes por milhão) são eficazes na prevenção da cárie dentária em crianças, mas que cremes dentais com 440/500/550 ppm não apresentaram efeito estatisticamente significativo quando comparados ao placebo, considerando não ser apropriado indicar cremes dentais nestas concentrações de flúor, advertindo porém que o risco de fluorose deve ser avaliado.

e) Elaboração de questionário para entrevista e dos termos

Para complementar a construção dos conteúdos educativos do vídeo foi planejado realizar entrevistas com profissionais da área da saúde, de educação e com família de bebês e crianças de 0 a 6 anos. O intuito de selecionarmos a participação destes atores sociais era de ilustrar os conteúdos apresentados a partir de falas reais

e assim garantir espaço de voz dos diferentes contextos que interagem entre si, ao longo do processo de desenvolvimento de bebês e crianças de 0 a 6 anos.

A elaboração de questionário de entrevista é a peça fundamental para conduzir a entrevista de maneira frutífera e eficaz. Antes da formulação do questionário é necessário um estudo por parte do entrevistador para conhecer bem sobre o assunto e garantir um diálogo proveitoso. Ao elaborar as questões é necessário se atentar se a questão oferece condições para o entendimento do entrevistado, se é capaz de encaminhá-lo para a informação almejada e se as informações a serem descobertas colaboram para a pesquisa.(40)

A participação dos profissionais de saúde e educação entrevistados tinha a intenção de dar maior visibilidade ao vídeo educativo proposto, pois as falas apresentadas seriam pautadas em conhecimentos específicos das áreas de atuação de cada um, garantindo uma argumentação pautada na prática e bagagem profissional e alinhadas às políticas públicas voltadas para as especificidades da infância.

O objetivo das entrevistas era, além da aplicação de um instrumento de coleta de dados, teriam um caráter formativo, visto que através do diálogo proporcionamos questionamentos que nos ampliam olhares e reflexões sobre nossa prática, sendo fonte importante de construção de conhecimento.

A entrevista tinha como pretensão, colaborar com a formulação de hipóteses e levantamento de informações de conhecimento específico junto aos participantes a partir de questionamentos simples. Deste modo, a entrevista foi encaminhada através de conversa informal, com perguntas que norteassem as temáticas e que emergissem a sensibilização e reflexão sobre a importância da Saúde Bucal de bebês e crianças de 0 a 6 anos, sendo um convite para pensar sobre a criação de hábitos saudáveis que favorecem uma melhor qualidade de vida da população a longo prazo.

Antes de iniciarmos as entrevistas foram realizados encontros formativos com a orientadora para discutir as expectativas, as suposições e os encaminhamentos possíveis e adequados para o desenvolvimento das entrevistas. Realizei leituras específicas que subsidiassem a compreensão sobre os conceitos de entrevista

reflexiva e o uso da entrevista como instrumento de coleta de dados de pesquisa. A partir disso foram definidos alguns encaminhamentos, como:

- Adaptar a linguagem para a compreensão dos entrevistados;
- Solicitar que expressem suas dúvidas e questionamentos antes, durante e após as entrevistas;
- Apresentar fala mais coloquial, sem conotação de discurso (considerar aspectos não verbais do encontro presencial, como comportamentos e expressões corporais e faciais);
- Conhecer os códigos de interação dos interlocutores, reconhecendo palavras do repertório cultural e gestuais que revelem hábitos do cotidiano;
- Apresentar as finalidades da pesquisa previamente através de carta-convite que apresente a instituição de origem da pesquisa, o tema principal da pesquisa e quais objetivos propostos;
- Possibilitar uma apresentação mútua do entrevistador e entrevistado.

Inicialmente foi elaborado um roteiro norteador com perguntas pré-elaboradas que contemplassem as temáticas previstas na pauta do vídeo educativo, e que poderiam ser alteradas de acordo com a participação e interação do convidado.

Para isso foi estruturado um roteiro condutor da entrevista com 5 perguntas norteadoras:

- Por que a Saúde Bucal na primeira infância é importante?
- Quais práticas e ações considera primordial?
- Quais as principais barreiras para melhorar os hábitos de Saúde bucal de bebês e crianças?
- Quais soluções possíveis para superarmos as dificuldades apresentadas?
- Considerando o vídeo educativo que estamos propondo, qual a principal mensagem que este vídeo deve abordar?

Como a participação dos entrevistados foi registrada a partir de filmagens e gravação de áudio foi necessário elaborar Termos de Consentimento Livre Esclarecido e Termos de autorização de imagem, para que se tenha documentos que afirmam o consentimento e participação voluntária dos entrevistados como colaboradores da pesquisa, garantindo assim os direitos de uso de imagem e do conteúdo para a utilização do material para fins de pesquisa e estudo.

f) Pré- entrevistas e reelaboração instrumento de coleta de dados.

Foram realizadas 8 entrevistas iniciais para que pudéssemos avaliar o instrumento de coleta de dados, e identificar se este estaria adequado para alcançarmos o intuito do estudo. As entrevistas foram realizadas individualmente, gravadas utilizando somente o gravador de voz, com profissionais da área de saúde e educação com idade entre 23 e 49 anos, que estavam em início de carreira ou já possuíam vasta experiência profissional. Observamos que as entrevistas tiveram duração de 6 até 20 minutos de gravação e as respostas eram de média complexidade de conhecimentos específicos da área, oferecendo assim poucas informações e orientações. Durante essa experiência foi possível observar que a maioria dos convidados a participarem da entrevista aceitaram imediatamente o convite de forma voluntária, e ao final desse diálogo sempre realizavam convites para acompanharmos as ações educativas que estes realizavam em diferentes instituições, demonstrando-se assim abertos à troca de experiência.

As entrevistas foram escutadas uma a uma, e após uma pequena análise superficial podemos sintetizar que as falas eram em sobre: criar hábitos saudáveis desde o início da vida, ação preventiva em saúde, melhorar a qualidade de vida da população através do estímulo de hábitos saudáveis, estimular o cuidado de si, despertar a curiosidade da criança sobre seu próprio corpo, incentivar as ações da crianças no autocuidado, diminuir a resistência dos bebês e crianças na higienização e escovação, construir a importância da escovação como hábito diário e necessário, evitar a dor e sofrimento da crianças e da família e investir na prevenção e na educação em Saúde Bucal para garantir saúde geral e melhor qualidade de vida.

Diante dessas devolutivas surgiram novas indagações, visto que almejávamos respostas mais complexas, que fossem além do senso comum e que explorassem

mais os conteúdos específicos da saúde bucal na infância e complementassem os conteúdos educativos já estudados, oferecendo assim soluções práticas para conduzir as problemáticas apontadas.

A partir disso retomamos as discussões sobre o objetivo das entrevistas, como seriam utilizadas, qual o nível de complexidade que os assuntos seriam apresentados nos vídeos e como iríamos delimitar isso na realização das entrevistas. Após analisar todos os pontos citados optamos por refazer o instrumento de coleta de dados, construindo assim questionários específicos para cada área de atuação profissional e para as famílias participantes.

Foram redigidos questionários para profissionais de enfermagem, especialista em Saúde Coletiva, fonoaudiólogo, médico, nutricionista, odontologista, odontopediatra, pedagogo e psicólogo, e para familiares de bebês e crianças de 0 a 6 anos. Os questionários elaborados podem ser consultados nos Apêndices I, J, e K.

g) Redação do Storyline e construção do Roteiro

Storyline é um registro resumido de aproximadamente 5 linhas que busca registrar o tema central a ser desenvolvido no filme, e que pode ser utilizado para construir a sinopse posteriormente. (37)

A redação do *storyline* partiu da síntese dos assuntos abordados no Quadro 5.2 “Conteúdos educativos para Educação em Saúde Bucal de crianças de 0 à 6 anos”. Sendo assim, o *storyline* foi composto pela descrição da abordagem do vídeo e as temáticas que se pretendia retratar.

Exemplo: *Vídeo educativo que sensibiliza sobre a importância do aleitamento materno, trazendo informações sobre os benefícios da amamentação e os impactos positivos que essa prática traz para a saúde bucal dos bebês.*

Neste projeto foi elaborado o roteiro técnico (Apêndice L), que é a descrição do texto do roteirista junto com a descrição das imagens que o público irá ver, que se compõe em forma de tabela, com uma coluna para o áudio e outra para o vídeo. (37) Escrever um roteiro é como contar uma história com seu começo, meio e fim, mas como todo processo de escrita ele está em permanente construção e nunca está completamente pronto, passa por diferentes versões e adaptações. É uma constância

de escrever, reescrever, reler, repensar até que esteja o mais próximo da idealização do vídeo.(37)

A construção do roteiro foi uma etapa árdua, que exigiu grande poder de síntese, seleção de conteúdo, didática e habilidades de construção de discurso. O roteiro foi construído em várias etapas, com várias versões, num processo de escrita e reescrita, releitura, reflexão e desafios. Optou-se por construir um roteiro técnico que partia da fala do narrador que iria conduzir a apresentação ou dos entrevistados e a descrição das imagens que ilustrariam as situações.

O roteiro foi composto por um quadro com duas colunas uma para áudio e outra para vídeo (Quadro 5.3).

Quadro 5.3 - Roteiro de Aleitamento Materno

Roteiro de Aleitamento Materno	
Áudio (O que as pessoas irão ouvir)	Vídeo (O que as pessoas irão ver)
Música de fundo	Imagem de mães amamentando seus bebês e letreiro Aleitamento Materno e Saúde Bucal na infância
Fala do narrador (com locução feminina): “De acordo com a OMS (Organização Mundial de Saúde) recomenda-se a amamentação exclusiva até os 6 meses, e a amamentação contínua até os 2 anos de idade”;	Imagem de mãe com o bebê no colo amamentando em diferentes composições, planos e ângulos
Fala do narrador (com locução feminina): “Desde a década de 70 inicia-se um movimento que visa o resgate à cultura e prática da amamentação. Mas para isso é necessário conscientizar as pessoas sobre os inúmeros benefícios que o aleitamento materno traz para a saúde da mãe e do bebê”;	Cenas de mães amamentando e trocando carícias com os bebês (Priorizar cenas que ilustrem a diversidade de mulheres e bebês: mulheres brancas, morenas, negras, asiáticas, ruivas)

Fonte: A autora.

Ao elaborar a configuração gráfica e disposição dos elementos de escrita no roteiro, tinha-se como objetivo facilitar a compreensão das ideias, utilizá-lo como ferramenta de trabalho para a gravação das falas do narrador e na sincronia de imagem e áudio no momento da edição.

Como nessa etapa já havia me apropriado da realidade do público ao qual se destinava os vídeos, houve grande cautela com o uso da linguagem adequada ao público, cuidado com o excesso de conteúdo, preocupação com o embasamento científico e atenção para que as fontes de informação fossem acessíveis ao público. Assim, durante a fase de construção do roteiro busquei elaborar um roteiro em linguagem coloquial e que apresentassem conceitos científicos em linguagem acessível a todas as camadas da população.

Vale lembrar que o vídeo educativo produzido é um documentário que se construiu também a partir das entrevistas, que revelam ser fontes de conhecimento importantes e que ilustram os conceitos identificados durante o levantamento bibliográfico. Por esse motivo os roteiros foram reelaborados diversas vezes, até garantir a composição de falas de diferentes participantes de maneira integradora, reforçando assim informações e argumentos que estivessem de acordo com a intencionalidade proposta no *storyline*.

O processo de escrita e reescrita do roteiro me possibilitou refletir em diferentes momentos sobre o conteúdo que pretendia apresentar, me fez repensar minhas próprias aprendizagens sobre os temas. Assim, a escrita dos roteiros teve dois momentos que antecederam a escrita: a apropriação sobre o assunto a ser tratado e a seleção dos conteúdos mais relevantes a serem abordados no vídeo. Somente através dessas etapas anteriores que consegui sintetizar um conteúdo educativo baseado em conhecimento científico e que fosse interessante para o público a qual se destinava a mensagem.

Identifico que as habilidades descritas no parágrafo anterior tiveram bons resultados pois possuo experiência anterior como educadora, e assim realizo atividades similares como planejamento de aulas e elaboração de conteúdos educativos em minha prática docente. Como pedagoga realizo diariamente pesquisas sobre diferentes assuntos, organizo-os de maneira didática e compartilho estes saberes da maneira mais interessante com meus alunos.

Alguns autores dizem que escrever um roteiro é contar uma história, considero assim que as informações sobre Saúde Bucal na infância já existiam previamente, porém ao escrever o roteiro do vídeo contei uma história de maneira singular, que encantasse o público e que se respaldasse em intenções concebidas previamente.

h) Busca de colaboradores e recrutamento de participantes para entrevista

Para iniciar a etapa das entrevistas foi necessário estabelecer contato com profissionais de saúde e educação que atuam no setor público e privado, com especialistas que atuassem com as temáticas, e com famílias que tinham filhos entre 0 e 6 anos de idade. Mas além de encontrar colaboradores que se interessassem em participar de uma gravação de entrevista de forma voluntária, foi preciso identificar entre estes voluntários, aqueles com domínio e interesse em expressar seus conhecimentos, experiências, opiniões e sugestões.

As estratégias de divulgação do projeto, a busca de participantes e colaboradores foi através da elaboração de uma carta convite que apresentava uma síntese do projeto e como a participação das pessoas iria contribuir para o desenvolvimento deste. A carta-convite foi encaminhada via e-mail, Whats App, direct do Instagram, mensagens particulares no Facebook, facilitando a comunicação instantânea para rápida divulgação. Optamos também por elaborar mensagens mais diretas de convite para a participação das famílias que também foram divulgadas com o apoio de plataformas digitais. Esses materiais podem ser encontrados nos Apêndices B e C.

As primeiras entrevistas foram realizadas em modalidade presencial, com pré-agendamento em datas e horários de acordo com a disponibilidade do entrevistado e em local de livre escolha, na maior parte das vezes em ambientes residenciais. Porém este projeto foi desenvolvido durante a pandemia do Covid-19, e necessitou que algumas estratégias fossem reformuladas, entre elas a busca de participantes da entrevista que se disponibilizassem a gravar vídeos utilizando suas próprias câmeras.

Como uma das orientações para o controle do aumento de casos de Covid-19 era o isolamento social, não era possível mais realizar as entrevistas presencialmente, surgindo assim outra característica para a seleção dos participantes; pessoas que

tivessem desenvoltura na frente das câmeras, já realizassem algum tipo de comunicação audiovisual e que demonstrassem interesse em gravar vídeos para o projeto.

Um recurso que facilitou a busca por esses colaboradores foram as redes sociais do Facebook e Instagram que apresentava o perfil das pessoas, sua trajetória de vida tanto pessoal como profissional e que já tinha links de vídeos compartilhados sobre esses temas. Assim foi um trabalho minucioso de busca por grupos ou perfis utilizando a área de busca com palavras chaves e até mesmo acompanhadas de #hashtag, análise dos perfis, de envio de mensagens com convite a participação, diálogo através de vídeo chamadas para a apresentação do projeto e que resultou em respostas positivas e negativas.

Considero que essa possibilidade de contato através das redes sociais trouxe maior visibilidade do projeto e estabeleceu contatos com pessoas em diferentes contextos sociais e geográficos do Brasil, havendo interação com pessoas que não apenas residiam na região metropolitana de São Paulo. Outra observação importante é que nos deparamos com pessoas que realizam uma formação popular com grupos específicos de famílias e que tem seguidores que compartilham o interesse por questões, como: direitos humanos, valorização da pluralidade de crenças e culturas, pluralidade étnico racial, valorização da mulher, estimulação das práticas de aleitamento materno, valorização da cultura da infância, práticas educativas pautadas nas experiências, promoção de saúde com gestantes, práticas preventivas de saúde na infância e busca por melhor qualidade de vida.

Ao longo de todo o processo de elaboração do material, desde o início da escrita do roteiro, das entrevistas, da captação de imagens, da composição de banco de imagens até a seleção e edição do vídeo, foram vários os parceiros que se dispuseram a participar do projeto e colaborarem com a minha aprendizagem como pesquisadora. Durante essas diferentes etapas pude me aproximar de profissionais da área da comunicação, educação e saúde, e de familiares de bebês e crianças que estavam dispostos a compartilhar experiências e momentos da rotina em família. Ao todo foram 58 participantes da pesquisa que colaboraram para a troca de saberes com diferentes conhecimentos, experiências e bagagens culturais, tornando esse processo muito mais rico e revelador (Quadro 5.4).

Vale ressaltar que nem todos os participantes aparecem em falas ou imagens presentes no vídeo, pois o material coletado foi muito extenso e foi necessário realizar a seleção de apenas alguns trechos. Ao final de cada vídeo são realizados agradecimentos aos participantes e citados aqueles que aparecem em registros audiovisuais.

Pode se observar a diversidade de colaboradores e também a presença significativa de familiares de bebês e crianças (Quadro 5.4)

Quadro 5.4 - Colaboradores da série de vídeos “Saúde Bucal na infância”

Profissionais da Educação	Professor de Educação Infantil (CEI)	3
	Professor de Educação Infantil (EMEI)	2
	Gestão Escolar	3
Profissionais da Comunicação	Fotografia	1
	Técnico de Audiovisual	1
	Educomunicação	2
Profissionais da Saúde	Médico	3
	Enfermagem	2
	Fonoaudiologia	2
	Nutrição	3
	Odontologia	7
	Técnico de Higiene Dental	2
	Psicologia	1
Terapia Ocupacional	1	
Famílias	Familiares de bebês e crianças de 0 a 6 anos	25
Total de colaboradores		58

Fonte: A autora.

i) Seleção e apropriação dos equipamentos de captação de imagem

A escolha do equipamento de captação de imagem e a apropriação deste recurso como instrumento de trabalho influenciam em diferentes escolhas que irão compor o material audiovisual final. Assim, antes de iniciarem as gravações é preciso selecionar qual a câmera que irá captar as imagens e gravar os vídeos, considerando questões como: qualidade da imagem e som, facilidade de manuseio, mobilidade do equipamento para carregar durante as gravações, valores de custeio e manutenção da câmera e facilidade de acesso a equipamentos que complementam o desempenho da câmera.(33)

Para a aquisição da máquina foi necessário reconhecer a variedade de máquinas digitais disponíveis no mercado e identificar a que iria atender as expectativas e necessidades do projeto. Para fazer a melhor escolha utilizei vídeos da plataforma *You Tube* que apresentavam “review” e “tutoriais” das câmeras recomendadas para iniciantes, os canais utilizados foram Gambiacine, Conquiste Resultados, Michael Oliveira e Cezar Augusto Fotografia.

Após a pesquisa de mercado optei pela aquisição da máquina fotográfica Canon Rebel EOS SL2 com a lente EF-S 18-55MM F 4- 5.6 IS STM, que foi adquirida com recursos financeiros pessoais, considerando que a pesquisa foi realizada sem financiamento de bolsa.

Para aprender a manusear a máquina fotográfica Canon SL2 realizei um curso específico de Formação Básica em Fotografia na instituição do Senac São Bernardo do Campo em modalidade presencial, com carga horária de 54 horas e pago com recursos financeiros pessoais. O curso me garantiu competências para fotografar cenas utilizando recursos fotográficos com equipamento digital. O curso contribuiu também para desenvolver uma cultura fotográfica e senso crítico acerca da produção de imagens.

Essa formação foi crucial para o desenvolvimento do projeto, pois garantiu a obtenção de imagens com qualidade e me proporcionou ampliar o meu repertório de imagens para a construção do vídeo educativo. A escolha de realizar o curso, me apropriar dos recursos audiovisuais e produzir os registros possibilitou maior autonomia para a captação e gravação das imagens das entrevistas, ampliou as possibilidades de acesso a diversidade de profissionais e espaços sociais para a coleta de dados e garantiu uma aproximação real de situações do cotidiano que permeiam os cuidados na primeira infância.

Ao iniciar as gravações das entrevistas surgiram novas demandas de equipamentos que garantissem melhor qualidade de imagem e de som que foram adquiridos (Quadro 5.5). Para a aquisição destes materiais foi necessário levantamento de informações sobre os materiais disponíveis no mercado e que atendessem as necessidades do vídeo a ser produzido.

Quadro 5.5 - Equipamentos e ferramentas utilizadas

Equipamentos e ferramentas utilizadas
<ul style="list-style-type: none"> • Vídeos tutorias do You Tube: Gambiacine, Abrigo 76, Conquiste Resultados, Filmora Video Editor Português e Cezar Augusto Fotografia; • Sites de banco de imagens Pixabay, Pexels, Freepik e Google imagens (marcação de reutilização); • Ferramentas de plataformas digitais utilizadas: Whatsappweb, E-mail institucional (@usp), Wetransfer, Google Drive, Instangran, You Tube, Meet e Zoom; • Software de edição de vídeos Wondershare Filmora 9 (versão 9.5.0.21); • Máquina fotográfica Canon Rebel EOS SL2; • Lente EF-S 18-55MM F 4- 5.6 IS STM; • Lente EF 50 MM F 1.8 STM; • Microfone de Lapela Boya BY-M1; • Microfone de Lapela Fifine K053 de entrada USB; • Tripé para fotos de 1,35m da marca Digipod Modelo TR450CS-B; • Editor de Vídeos Wondershare Filmora; • Lâmpada Tricool 135 w Espiral 5500 k 110 v; • Memória 32GB Classe 10; • Livros infantis; • Kit Soft Box da marca Sou Foto 50x70cm com soquete E-27 embutido; • Tripé de Iluminação para Estúdio 2 Metros da marca Sou Foto Modelo: TPI-200.

j) Seleção de programas de edição

Outra questão que precisa ser analisada previamente é a seleção de programas de edição, pois após a captação das imagens e vídeos os produzidos devem ser editados para compor o vídeo propriamente dito. Existe uma grande diversidade de programas que realizam essa edição, mas os preços e seus recursos tecnológicos também têm grande variedade. A escolha foi pautada dentro da realidade

da produção, de acordo com o orçamento e possibilidade de financiamento de cada projeto.

Em relação as questões mais técnicas do processo de edição dos vídeos, foram testados diferentes programas de edição que fossem gratuitos e de baixo custo e optou-se por utilizar o software de edição mais conhecido como *Filmora*. O *Wondershare Filmora 9* (versão 9.5.0.21) é um programa de edição de vídeo para amadores e de custo acessível, oferece diferentes ferramentas para recorte, movimentação de telas, recursos que auxiliam a composição da linha do tempo, porém o pacote de efeitos e entradas é bem restrito, não oferecendo ferramentas para ser explorar a criatividade do editor. Para ampliar essas possibilidades é necessário comprar pacotes de efeitos e entradas individualmente ou planos vitalícios que tem custo bem elevado, que não foi o caso deste projeto apresentado.

5.2 Produção

As etapas de produção desenvolvidas no projeto “Saúde Bucal da infância” foram: captação de imagens, gravação das entrevistas, seleção de imagens do banco de imagem gratuito e gravação das falas do narrador.

A Produção é o processo de gravação e filmagem do audiovisual. Entre as ações desenvolvidas nessa etapa temos: organização do local de gravação, montagem de cenas ou cenário, montagem e regulagem dos equipamentos, de procura por melhor ângulo e iluminação, reunião e apresentação dos participantes, captação das imagens, de vídeos com depoimentos e entrevistas e registro de diálogos entre dois ou mais participantes. Cabe ressaltar que cada projeto constrói o seu próprio cronograma de gravações e filmagens, pois é preciso planejar uma agenda que organize os horários e momentos que atendam a disponibilidade dos participantes e colaboradores.(37)

De acordo com Lakatos e Marconi (40), entrevista é um encontro entre pessoas que tem como objetivo obter informações e/ou conhecimentos a respeito de determinado assunto de interesse que se estabelece através de uma conversação de cunho profissional. É um procedimento utilizado para a coleta de dados para diagnosticar as informações e opiniões do entrevistado relacionado a algum assunto de ordem cultural, social, religiosa ou técnico-científico.(40)

O tipo de entrevista escolhido foi a *semi dirigida*, que prevê a construção de um questionário elaborado previamente, mas que não necessitava ser seguido de maneira rigorosa, podendo-se assim definir novas perguntas e até mesmo ocultar aquelas que já foram respondidas anteriormente, baseando se assim os encaminhamentos a partir das devolutivas do entrevistado.(41)

As entrevistas são fonte de informação para a construção e validação do conteúdo educativo da produção audiovisual. O contato com diferentes profissionais de saúde, educação e familiares de bebês e crianças permite abarcar múltiplas dimensões sobre a Saúde Bucal na infância. Os entrevistados são peças fundamentais para reafirmar conceitos, orientações, sugestões e opiniões dando credibilidade e ampliando a diversidade de compreensões com uma visão multidisciplinar.

A *entrevista reflexiva* reconhece e valoriza as interações entre os atores sociais envolvidos na busca de significados subjetivos, que incluem opinião sobre os fatos, condutas atuais e do passado e de emoções e sentimentos. Esta interpretação considera que a intencionalidade do entrevistador vai além da busca de informações, pois pretende-se criar uma situação de confiabilidade e credibilidade para que o entrevistado se expresse.(41)

No diálogo e na interação entre entrevistador e entrevistado são construídos novos significados, pois ao expor verbalmente sua interpretação o entrevistado organiza seu pensamento para expressar sua visão sobre o assunto, porém quando o entrevistador expressa a sua compreensão sobre aquilo que foi dito dá a oportunidade de refletirem juntos, podendo assim o entrevistado voltar à questão discutida e modificar ou articular de uma nova narrativa. Portanto, é a partir dessa possibilidade de construção de significados que a entrevista é tão relevante para se construir novos saberes e conhecimentos para ambos os envolvidos.(41)

a) Captação de imagens de referência no cuidado de saúde bucal de crianças de 0 a 6 anos

Desde o início do projeto já sabíamos que seria necessário compor um banco de imagens através da captação de cenas do cotidiano da vida das pessoas. Um ponto que também que destacava atenção e preocupação era de selecionar e apresentar cenas do cotidiano envolvendo diferentes grupos étnicos, diferentes condições socioeconômicas, com o objetivo de mostrar aos espectadores que tais orientações podem ser colocadas em prática no dia a dia das pessoas, que refletem a realidade do povo brasileiro e a partir dessa compreensão estabelecer relação de pertencimento com os espectadores.

Foram inúmeras dificuldades que se apresentaram para a captação dessas cenas. Eu já tinha um repositório de imagens coletadas da minha prática profissional como professora de educação infantil, porém as imagens eram compostas de várias crianças em momentos coletivos e a busca por autorização se tornaria uma tarefa inviável de ser realizada.

Optei então por coletar novamente essas cenas. Surge assim, a necessidade de utilizar uma câmera que entregasse melhor qualidade de imagem, e então mostrou-se fundamental se apropriar do uso da câmera, de técnicas básicas de fotografia e captação de vídeos.

Quando iniciei as gravações estabeleci contato com todas as famílias que tivessem seus filhos presentes na cena para garantir que tivessem autorização para uso, porém quando as gravações estavam se encaminhando surgiu a pandemia do Covid-19, que nos forçou a ficarmos em isolamento e tive que encerrar as gravações.

Por fim optei por estabelecer parcerias com pais e familiares de bebês e crianças com idade entre 0 e 6 anos para que pudessem compartilhar imagens do seu cotidiano em família, com a captação de imagens dos seus próprios celulares e utilizando recursos que já tivessem ou de recordações que tinham registradas em seu arquivo de família.

Uma parceria que também vale ressaltar foi o contato com a pesquisadora Viviane Vieira da Faculdade de Saúde Pública que é a nutricionista e atua com questões de alimentação na infância, e já tinha um arquivo de pesquisa com registros de mães realizando o aleitamento materno. Como ela já tinha o contato de cada participante foi solicitada uma nova autorização de imagens e foi possível utilizar aquele banco de imagens.

b) Gravação das entrevistas

A etapa de gravação das entrevistas foi de grande importância, contribuiu muito para reafirmar a concepção do vídeo, trouxe novas aprendizagens e permitiu o momento de troca de experiência e diálogo com diferentes profissionais da área de saúde e educação, evidenciando ainda mais a riqueza que as articulações intersetoriais têm para e consolidar aprendizagens a partir de diferentes perspectivas que dialogam entre si.

Antes combinar e iniciar a entrevista havia um diálogo, com apresentação do projeto, dos objetivos e intenções do uso nos vídeos como ferramenta educativa para educação em saúde e como seria encaminhado o diálogo com perguntas semi-dirigidas. Alguns entrevistados solicitaram as questões previamente e foram encaminhadas para que pudessem se organizar e até mesmo elaborar a maneira como gostariam de se expressar. Tal situação se mostrou confortável pela proposta do projeto pois o objetivo não era avaliar o discurso do entrevistado, mas coletar dados, informações e conhecimentos que contribuíssem para a elaboração dos vídeos, atuando de maneira colaborativa.

Durante a fase de planejamento do projeto e estudos sobre entrevistas como instrumento de coletas de dados ocorreram diversas indagações de como deveria ocorrer essas interações entre entrevistador e entrevistado. Porém ao compreender que esse projeto de pesquisa tinha como característica marcante o meu processo de aprendizagem como pesquisadora, estabeleceu-se que as entrevistas seriam um ponto fundamental para garantir uma aproximação e diálogo com essa multiplicidade de profissionais e familiares; e para conceber um conteúdo educativo que fosse o entrelace desses diferentes saberes e olhares sobre o mesmo objeto de estudo, a boca de bebês e crianças de 0 a 6 anos.

Observo que as entrevistas presenciais com os profissionais de saúde e educação foram todas dialogadas, antes de iniciar as gravações sempre foi apresentada a questão e eles comentavam a sua compreensão sobre o tema e somente após essa breve explanação é que gravavam o vídeo. Esse momento me possibilitava me aprofundar sobre o assunto e aprender através de relatos de experiências.

Durante todo o processo de aproximação, diálogo e entrevista com os participantes me deparei com diversos tipos de personalidades: alguns tinham amplo conhecimento do assunto e exploravam a temática muito bem porém no momento das gravações as informações ficavam confusas e sem uma sequência lógica que pudesse ser aproveitadas no vídeo, outros porém tinham pouco conhecimento mas conseguiam comunicar sobre qualquer assunto de maneira interativa e encantadora, havia também os que tinham muito conteúdo e faziam links com a realidade e a prática, e deram excelentes contribuições para os vídeos e tiveram aqueles que tinham ampla desenvoltura fora do foco da câmera, mas que com a gravação ficaram tímidos e muito objetivos. O contato com diferentes pessoas foi muito rico para meu crescimento e desenvoltura para realizar entrevistas, pois como aprendiz também não tinha experiência anterior com entrevistas gravadas. Acredito que após essas experiências consegui desenvolver maior habilidade em conduzir o diálogo para alcançar uma fala original e potente, e assim conquistei melhores resultados ao final deste processo.

A aplicação dos questionários específicos facilitou a compreensão do entrevistado sobre o grau de complexibilidade de informação a qual desejávamos obter. As entrevistas que compõem o vídeo são baseadas na aplicação desses questionários, porém antes de iniciarmos a entrevista ocorreram conversas informais para apresentar o projeto, os temas que seriam explorados na produção da série de vídeos, a apresentação da importância dessas falas para ilustrar a multiplicidade de conhecimentos e a relevância da integração dos diversos saberes para compor um vídeo com visão multidisciplinar.

Grande parte das entrevistas foram gravadas utilizando a câmera SL2 da Canon para garantir a qualidade da imagem obtida, porém, o projeto foi desenvolvido durante o período de pandemia, sendo necessário alguns ajustes na condução das entrevistas e depoimentos, assim algumas gravações foram realizadas através de câmeras de celulares dos próprios entrevistados. Porém como o objetivo principal não era apenas o compromisso estético assumimos a variação de qualidade de imagens captadas e que de acordo com nossa compreensão em nada comprometem a qualidade do material obtido.

Após a captação das imagens e gravação das entrevistas os materiais foram disponibilizados para os participantes que demonstraram interesse em assistir e arquivados em HD externo depois da classificação destes em temas de abrangência.

As entrevistas com as famílias participantes foi mais leve e descontraída, na maior parte das vezes ocorreu em ambientes residenciais, com as crianças compartilhando o momento. Muitas queriam ver os equipamentos de foto e iluminação, ficavam curiosas, mas nem sempre aceitavam tirar fotos ou serem gravadas. Os vídeos precisaram ser interrompidos por diversas vezes pois a dinâmica familiar e de cuidados dos pais com suas crianças exigiam atenção e tempo.

O enquadramento das imagens na maior parte das entrevistas esteve em primeiro plano ou plano americano, onde aparece da cabeça até os ombros ou da cabeça até os joelhos. Após analisar minhas próprias imagens considero que utilizei tais recortes pois é a referência estética mais utilizada pelos documentários, mas ao mesmo tempo também são enquadramentos mais simples de serem realizados por um único operador de câmera. Estes enquadramentos não precisam de movimento de câmera e são mais fácil de ajustar a iluminação. Optei também por agendar as entrevistas no período da tarde, pois a claridade da luz solar favorece a iluminação do ambiente, quando não era possível utilizar luzes naturais externas foi necessário o uso de iluminação artificial com soft box.

Tais escolhas refletem a minha pouca experiência com o uso de câmeras, fiz opções mais simples que conseguissem captar imagens que representassem o significado que tinha como intenção inicialmente, mas fui pouco ousada como operadora de câmera revelando assim o meu processo de aprendizagem para produzir vídeos de maneira amadora e autoral.

c) Seleção de imagens em banco de imagens

Outra fonte que utilizei para compor minhas cenas foram imagens e vídeos de banco de imagem gratuitos que são acessados através da internet. Tal recurso foi muito importante para conseguir imagens de situações bem específicas como cárie, gengivite, fluorose, crescimento da dentição decídua, pois dificilmente conseguiria me deparar com estes casos e ainda registrar com tanta qualidade essas imagens, pois conseguir que uma criança fique parada, de boca aberta, com a luz e iluminação adequada e captar aquele segundo de paz e calma era uma tarefa não só de aptidão, mas de sorte também.

A captação/seleção de imagens e vídeos teve diversas fontes e teve grande apoio dos participantes da pesquisa, pois sem esse empenho e solidariedade em ajudar a selecionar o material não seria possível oferecer essa riqueza de imagens

d) Gravação de áudios do narrador

Processo de gravação de áudios com voz de narrador, com boa qualidade de som e sem ruídos externos. Essas gravações foram pautadas em falas do narrador escritas durante a elaboração do roteiro, e foram gravadas uma a uma e enumeradas na ordem em que deveriam aparecer nos vídeos. Essa estratégia se mostrou adequada pois facilitou o processo de edição do vídeo.

Nessa etapa foram necessários alguns ajustes na técnica de captação do som, e depois de várias tentativas foi necessário adquirir um novo microfone de lapela com entrada USB para facilitar o processo e garantir a qualidade de som desejada.

Esses pequenos problemas, ajustes e soluções permearam grande parte do meu processo de aprendizagem para produzir os vídeos, pois eram questões mais técnicas e de conhecimento específico que eu não tinha compreensão. Considero assim que diante das necessidades que foram surgindo fui buscando soluções através de vídeos tutoriais, sites e conteúdos na internet para conseguir entender qual era o problema que estava acontecendo e tentar as diferentes soluções apontadas como possíveis. Por fim acredito que partindo desse processo de experiência e vivência proporcionado por este projeto fui capaz de desenvolver novas competências e

habilidades que me trouxeram maior desenvoltura para criar e buscar soluções criativas diante da limitação de materiais e de apoio financeiro; pois o projeto foi financiado com minhas economias pessoais.

5.3 Pós-produção

Pós-produção é a etapa de edição do vídeo e divulgação do material produzido. A edição é a fase em que o produto audiovisual será montado, sonorizado, acrescido de efeitos visuais, adicionados caracteres com textos de apoio ou informativos até que se alcance o resultado final. Essa etapa é de longa duração, e exige um preparo complexo e repleto de reelaboração.(37)

As ações desenvolvidas na fase de pós-produção no projeto “Saúde Bucal na infância” foram: seleção das melhores imagens e áudios, edição das imagens selecionadas, edição dos vídeos gravados, regravação de falas do narrador, captação de cenas específicas que se mostravam necessárias para dar significado ao vídeo, seleção de sons em banco de áudio gratuito para compor o fundo musical dos vídeos, edição dos vídeos e divulgação dos vídeos em plataforma digital.

A divulgação é a fase final de uma produção audiovisual, que tem como objetivo tornar público o vídeo produzido através de estratégias de difusão do produto audiovisual. As plataformas digitais são exemplos de espaços de compartilhamento que ganham maior visibilidade todos os dias, oferecendo diferentes oportunidades de abrangência e de público.

a) Seleção e edição de imagens

Iniciei a fase de edição com a análise, seleção de trechos e imagens, e recorte das entrevistas que demonstrassem maior coerência e clareza, foi importante realizar essa tarefa em paralelo com o processo de captura de imagem e de gravação das entrevistas pois somente com a análise minuciosa era possível observar se o material coletado era adequado para ser utilizado no vídeo ou se precisaríamos continuar

investindo na busca por parcerias e coletas de materiais audiovisuais para compor a série de vídeos.

Durante esse processo de análise e seleção de materiais observei que diferentes entrevistas e falas de participantes retratavam a questão da formação dos hábitos, desde a necessidade de proporcionar experiências positivas no cotidiano infantil até como consolidar práticas saudáveis como estilo de vida. A partir dessas observações foram selecionados trechos que representavam a temática e optou-se por construir um novo vídeo na série, com o título “Construção de Hábitos e Saúde Bucal na infância”.

Os trechos que foram selecionados para compor o vídeo educativo foram aqueles que se destacaram pela melhor definição de conceitos, melhor apresentação didática do tema, pelas estratégias de comparação ou síntese que melhor se aproximavam da linguagem popular, pelos exemplos de aplicação em práticas do cotidiano, e pelo poder de sensibilização sobre a importância de ações preventivas em saúde. Observamos também que os discursos de alguns participantes também se mostravam mais atraentes e convidativos para os expectadores, sendo assim a escolha de cada trecho utilizado foi minuciosamente avaliada a fim de garantir a construção de uma mensagem adequada a proposta definida para o vídeo.

Após a etapa de captação de imagens da realidade através da câmera fotográfica e o recebimento de imagens de colaboradores, foram elaboradas várias coleções de imagens que foram classificadas com títulos genéricos como: alimentação, escovação, uso de chupeta, mastigação e etc.

Como o volume de imagens era grande, foi necessário selecionar as melhores, utilizando diferentes critérios como: aspectos simbólicos e significativos que garantissem a representação de cenas do cotidiano do cuidado com bebês e crianças, ampla representatividade étnico-racial, composição de cena que destacassem as temáticas relevantes, imagens coloridas que estimulassem a apreciação, e qualidade/nitidez das fotografias. Algumas imagens selecionadas precisaram ser editadas, com pequenos cortes que eliminassem partes não desejadas ou cortes que destacassem o que era preciso evidenciar na cena, sendo utilizado também o recurso de ampliação para compor fotografias em poucos frames.

b) Edição das entrevistas

A gravação e captação de imagens das entrevistas gerou um grande número de horas de gravação que precisaram ser editadas. Para organizar o material produzido e preparar os vídeos para a etapa futura de edição, optou-se por segmentar as gravações em pequenos trechos e estes foram nomeados de acordo com a temática discutida pelo entrevistado. Este recurso facilitou no momento da seleção de trechos que eram mais significativos e garantiu a diversidade de falas com os diferentes entrevistados, visto que foram utilizados termos específicos ao nomear cada trecho recortado.

c) Regravação das falas do narrador e ajustes do roteiro

As falas do narrador foram regravadas para garantir coerência na narrativa, sendo adicionados trechos para conectar as falas dos entrevistados e em alguns casos foram retiradas falas do narrador e substituídas por falas dos entrevistados, favorecendo assim mais dinâmica ao optar por vídeos ao invés de imagem e som separados.

d) Captação de cenas específicas

Em algumas situações específicas foi necessário construir cenas utilizando ambientes residenciais e ações simbólicas que ilustrassem o cotidiano do cuidado com a Saúde Bucal, pois não era possível registrar cenas de maneira espontânea sem que os envolvidos não estivessem cientes da gravação e da intencionalidade do vídeo. Um exemplo disso são as cenas de escovação com crianças, foi necessário conversar com a criança, explicar que seria gravado e assim garantir uma aproximação de câmera que favorecesse a nitidez das imagens e diferentes posicionamentos de câmera.

e) Seleção de sons de banco de áudio

A gravação de falas do narrador e das entrevistas foram realizadas com microfones diferentes, assim havia algumas oscilações e ruídos que distorciam o som

e dificultavam a transição de áudios. Como forma de melhorar e solucionar a questão optou-se por utilizar sons de fundo que além de diminuir as oscilações também contribuíram para dar ritmo ao vídeo e tornar o conteúdo mais dinâmico. Os sons utilizados foram do banco de áudio do *YouTube* na biblioteca livres de direitos autorais e do editor de vídeo Wondershare Filmora.

f) Elaboração da sinopse dos vídeos

Ao final da edição dos vídeos, os mesmos foram assistidos diversas vezes e através dessas diferentes observações foi construído um texto que descrevesse o conteúdo do material audiovisual, apresentando a intencionalidade da produção e estimulando a curiosidade do público para assistir ao vídeo. Ao redigir o texto buscou-se utilizar adjetivos que definissem o tipo de argumentação utilizada na narrativa do vídeo, como por exemplo: vídeo informativo, sensibilizador, expositivo, motivacional entre outros. A elaboração da sinopse foi fundamental para a descrição do conteúdo dos vídeos, sendo etapa antecessora da divulgação dos vídeos.

A série de vídeos educativos “Saúde Bucal na infância” traz um repertório de vídeos que são informativos, motivacionais, reflexivos e sensibilizadores, que tem a proposta de estimular a reflexão sobre a importância de ações preventivas em saúde bucal. A linguagem é simples, de fácil entendimento e objetiva com o intuito de fornecer informação ao público, que podem ser profissionais de saúde, profissionais de educação, pais e adultos que interagem com bebês e crianças no dia a dia.

Os vídeos são de curta duração com tempo aproximadamente de 10 a 19 minutos, com imagens de referência que exemplifiquem a realidade dos cuidados em saúde com bebês e crianças e garantindo assim uma aproximação real com o tema e tornando os vídeos didáticos e instrutivos.

O material foi elaborado a partir de uma abordagem educativa, onde há sempre um tema principal a ser discorrido, trazendo informações que contextualizem a temática tanto em seu processo histórico e social e revelando as demandas da própria sociedade para os questionamentos e dúvidas que existem na atualidade. Tal estratégia foi utilizada para construir um conteúdo que fosse atrativo e dinâmico, para compor esse material foram utilizadas diferentes abordagens audiovisuais como: entrevista com diferentes profissionais da área da saúde, relato de experiências de pais e familiares, exibição de situações reais do cotidiano familiar e escolar no que se

refere à prática de escovação e cuidados de higiene bucal, imagens de técnicas e procedimentos de escovação, imagens sobre os hábitos de alimentação saudáveis que favorecem o bom desenvolvimento articulatorio e da mastigação, imagens de situações reais de cárie, má-oclusão e doenças gengivais, entre outros.

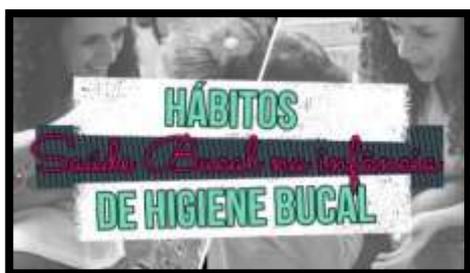
Os temas abordados nos vídeos são aspectos específicos relacionados à saúde bucal de bebês e crianças de 0 à 6 anos, entre eles são: Saúde Bucal da gestante, Aleitamento Materno, Hábitos de Higiene Bucal, Hábitos alimentares que favorecem a Saúde Bucal, Construção de Hábitos e Saúde Bucal na infância, O que é cárie?, A importância de cuidar da primeira dentição, O uso da chupeta e A importância do flúor. Cabe ressaltar que todos esses temas recaem sobre as práticas sociais da boca na primeira infância, ressaltando a íntima relação da boca com nossas práticas culturais como: mamar, falar, comer, sorrir, morder, experimentar, comunicar e expressar sentimentos (Figura 5.3).

Figura 5.3 – Sinopse dos vídeos



Saúde Bucal da Gestante (Tempo: 10 min 53 seg)

É um vídeo expositivo que aborda de forma sensível a importância das ações preventivas com as gestantes, pois ao cuidarem da sua própria saúde bucal constroem bons hábitos e influenciam positivamente na saúde bucal de seus filhos/filhas. No vídeo são apresentadas falas de profissionais de saúde que identificam situações peculiares vivenciadas pelas gestantes como vômitos recorrentes, alteração hormonal e mudanças alimentares, e orientam sobre atitudes preventivas para evitar problemas bucais durante a fase da gestação. Médico e dentista recomendam uma boa alimentação e cuidados com a higienização da boca, pois essas escolhas maternas no período da gestação podem contribuir para a saúde da mulher, previnem complicações durante o parto e favorecem o nascimento de um bebê saudável.



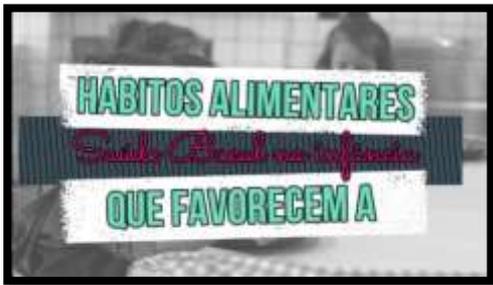
Hábitos de Higiene Bucal (Tempo: 11 min 43 seg)

O vídeo sensibiliza sobre a importância da escovação dos dentes, exemplificando como se forma a placa bacteriana através do consumo de alimentos do dia a dia e o porquê é preciso remover esses restos alimentares. São apresentadas as técnicas de higiene, desde o uso do fio dental como também alguns movimentos da técnica de escovação e o posicionamento de bebês e crianças durante a escovação. No vídeo são compartilhadas falas e orientações da odontopediatra Sylvia Lavínia, que destaca a importância da presença de um adulto que realize ou oriente as crianças quanto ao uso adequado do creme dental como também na realização dos movimentos de higienização dos dentes e língua.



Aleitamento Materno (Tempo: 12 min 21 seg)

É um vídeo motivacional e informativo que se utiliza de imagens reais, desenhos e depoimentos para conscientizar sobre a importância do aleitamento materno em relação aos benefícios dessa prática para a Saúde Bucal do bebê. Nesta breve narrativa são apresentadas falas de profissionais da saúde que apresentam as propriedades do leite materno, como o consumo de leite materno contribui para o desenvolvimento dos ossos, músculos, dentes e língua e como a prática de amamentação estimula os movimentos de sucção que fortalecem as musculaturas da face e colaboram para um desenvolvimento harmonioso, favorecendo assim um posicionamento adequado dos dentes e uma boa respiração.



Hábitos alimentares que favorecem a Saúde Bucal na Infância

(Tempo: 18 min 58 seg)

É um vídeo informativo e reflexivo, que através de diferentes falas de profissionais de saúde, educação e relato de experiência de mães, discorre sobre a construção de hábitos alimentares saudáveis durante as fases de crescimento e desenvolvimento ao longo da infância. A narrativa destaca a importância dos hábitos alimentares da família, a influência das escolhas alimentares da mãe durante a gestação e a amamentação, a importância do aleitamento materno, informações e possibilidades de como realizar a introdução alimentar e a necessidade de favorecer experiências positivas que incentivem descobertas e desenvolvimento de preferências alimentares saudáveis.

A proposta desse material é incentivar o questionamento individual e coletivo sobre como oferecemos oportunidade de alimentação com refeições compartilhadas que sejam repletas de significados sensoriais e ao mesmo tempo afetivos.



Construção de Hábitos e Saúde Bucal na infância

(Tempo: 11 min 06 seg)

É um vídeo motivacional que parte de reflexões de educadoras sobre a importância de construir hábitos na infância, inclusive os hábitos de higiene bucal. A todo momento as crianças observam os adultos, imitam suas ações, se projetam e estabelecem relações ao observar os comportamentos e atitudes que lhes rodeiam, assim todo hábito é construído a partir de suas experiências do dia a dia. Profissionais da saúde e educação discorrem de maneira envolvente sobre a importância de se construir momentos prazerosos para estimular os cuidados com a higiene bucal desde muito pequenos, trazendo informações sobre as escolhas dos materiais de escovação mais adequados, incluindo dicas de familiares de como interagir e dar autonomia para os pequenos no processo de aquisição de hábitos saudáveis de higiene bucal.



O que é cárie? (Tempo: 15 min 52 seg)

É um vídeo informativo que esclarece como acontece a doença cárie, a temática é apresentada de forma objetiva e em linguagem simples, permitindo a compreensão dos fatores que podem ocasionar a cárie e como podemos evitar que ela aconteça através de uma dieta equilibrada e da higienização adequada dos dentes. O vídeo também retrata a temática de maneira sensibilizadora ao identificar os impactos negativos que a cárie traz na qualidade de vida das pessoas, principalmente em crianças que tem maior dificuldade de identificar os incômodos, como: dor incessante, dificuldade de se alimentar, diminuição da ingestão de alimentos, desconforto no momento do sono e irritabilidade. Por fim, o vídeo finaliza com uma mensagem motivadora, evidenciando que essa é uma realidade que pode ser mudada e que uma melhor qualidade de vida pode ser conquistadas por todos.



A importância de cuidar da primeira dentição

(Tempo: 12 min 30 seg)

O vídeo apresenta de maneira envolvente as práticas sociais da boca, principalmente durante a infância, que podem ser: mamar, comer, sorrir, morder, experimentar, falar, comunicar e expressar sentimentos. Através de falas de profissionais da saúde e educação e de imagens significativas, o vídeo reafirma as infinitas potencialidades da boca no processo de descobertas e de construção da identidade. O material convida á reflexão sobre a importância de cuidar da boca durante a infância, destacando assim as fases de crescimentos dos primeiros dentes e os benefícios que a manutenção da primeira dentição se revelam na qualidade de vida ao longo de toda vida. Assim, o vídeo se propõe a refletir de maneira sensibilizadora sobre a relevância do cuidado com a saúde da boca durante a infância, desconstruindo alguns mitos que circundam essa temática.



O uso da chupeta (Tempo: 14 min 35 seg)

É um vídeo sensibilizador e informativo que convida à reflexão sobre o uso da chupeta. O vídeo relata que desde a Idade Média já se tem registros do uso de chumaços de pano para acalmar os bebês e até hoje é um hábito que se perpetua sem que haja grandes discussões. No vídeo são apresentadas falas de odontopediatra e fonoaudióloga que relatam a necessidade de sugar dos bebês, comentam sobre os prejuízos que o uso da chupeta pode trazer na qualidade de vida dos bebês e crianças ao longo da vida e estimula a repensar a escolha de oferecer a chupeta ou não. Por fim os profissionais de saúde e educação reforçam a importância da família nesse processo de escolha, identificando as necessidades individuais de cada criança.



A importância do flúor (Tempo: 9 min 43 seg)

É um vídeo informativo que apresenta o elemento químico flúor como aliado na prevenção de cárie, destaca os estudos científicos que comprovam seus benefícios e incentiva a estratégia de fluoretação das águas como política pública de combate a cárie de toda população brasileira. Profissionais de saúde revelam como age o flúor quando está presente na cavidade bucal e como funciona como elemento protetor dos dentes, e ainda oferece dicas e informações aos familiares de como armazenar os cremes dentais e conscientiza sobre a importância do adulto em acompanhar a escovação e administrar a quantidade correta de creme dental evitando problemas com a ingestão de flúor em excesso.

h) Divulgação em plataforma digital

Os vídeos foram disponibilizados em plataforma digital utilizando o serviço de compartilhamento de vídeos do *Youtube*. Foi construído um canal intitulado “**Saúde Bucal na infância**”, onde os vídeos foram carregados individualmente e programados no formato não-listado, sendo assim os vídeos só foram acessados através do compartilhamento do link de acesso a quem se destinasse compartilhar. Este recurso facilitou o carregamento dos vídeos sem que fosse necessário aguardar o *download* diversas vezes e agilizou o compartilhamento do material durante a fase de finalização, avaliação e reajustes.

5.4 Percurso de construção da série de vídeos

Ao longo do processo de aproximação com área da comunicação e produção audiovisual, identifiquei que meu projeto se aproximava dos conceitos de cinema autoral. O cinema autoral é um estilo de produção cinematográfica que destaca o diretor como principal foco e força criativa na realização de um filme, sendo assim não há a setorização e equipes de trabalho, é o próprio diretor que escreve o roteiro, produz as imagens e faz a edição.

Diante desse desafio de editar os filmes precisei buscar informações sobre a essência do processo de edição de vídeos. Após algumas buscas concluí que é na edição que produz um novo sentido e ressignifica as imagens através de falas e sons, ao juntarmos duas imagens numa determinada sequência produzimos um produto que tem um potencial maior, transformando assim uma terceira imagem repleta de simbologias.

Vale ressaltar que existem diferentes técnicas, concepções e movimentos culturais de vanguarda que se debruçam sobre as inúmeras possibilidades de montagem e sobreposições de imagens; porém não era o objetivo do projeto se fixar no estudo de gêneros artísticos.

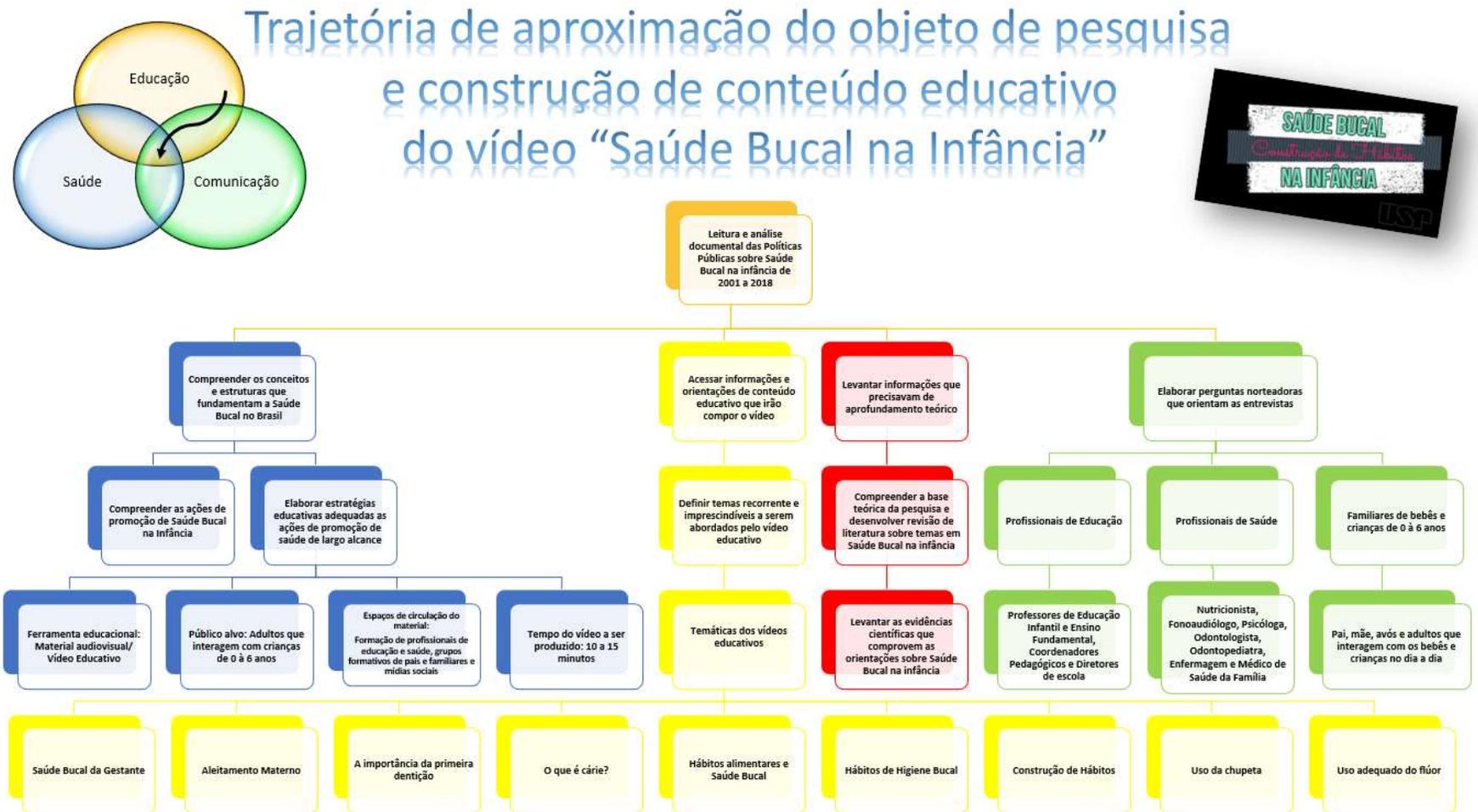
O objetivo era partir da minha experiência profissional como pedagoga para compor as imagens de acordo com minhas competências de conhecimento didático e concepções metodológicas. Para isso me fundamentei na análise inicial das mídias que realizei no início do projeto, incorporando assim a minha percepção sobre a carência de materiais que fossem atrativos, dinâmicos, baseados em evidência científica e que representassem a realidade da população brasileira.

A concepção da teoria sócio história desenvolvida por Vygotsky foi a minha fundamentação teórica e assim como educadora busquei metodologias que dialogam com essa perspectiva, evidenciando assim as práticas educativas de Paulo Freire, que partem da realidade vivenciada dos sujeitos para propor mudanças sociais que transforme a própria realidade.

Partindo desse entendimento, compreendo que cada pessoa é resultado das suas vivências e de seu contexto histórico e cultural, assim concebe seus valores, crenças e hábitos a partir das experiências de vida, não sendo apenas produto da influência de seu contexto social, mas também produtor de culturas e saberes capazes de transformar o meio em que vive e a sociedade como um todo.

Destaque-se, portanto, que o material audiovisual foi idealizado tendo como base as intencionalidades descritas anteriormente, e se constitui como fruto de um processo de criação que agregou saberes da área de educação, saúde e comunicação através de um processo de aprendizagem (Figura 5.2).

Figura 5.2 - Percurso de construção do conteúdo educativo da série “Saúde Bucal na infância”



Fonte: A autora.

6 DISCUSSÃO

Este trabalho é um relato de experiência educacional desenvolvido a partir de um processo de estudo, aprendizagem e prática reflexiva, repleto de detalhes, cheio de interpretações e escolhas que são compreensíveis, mas ao mesmo tempo complexas.

No texto “Notas sobre a experiência e saber da experiência” do pensador Jorge Larrosa Bondía (35), o autor reconhece que nas últimas décadas o campo pedagógico tem estudado as aprendizagens que são promovidas a partir do ponto de vista da teoria e da prática, porém em sua argumentação o filósofo nos convoca e explorarmos outras possibilidades de compreensão, que é a educação a partir do campo da experiência/do sentido. A experiência retratada por Bondía, não é exatamente aquilo que nos passa no campo das ações, mas o sentido que atribuímos a aquilo que nos toca e nos modifica como sujeitos.

Considero que neste trabalho me submeti a uma experiência de aprendiz e ao mesmo tempo produtora de conteúdo, permiti ser transformada e modificada no transcorrer dos acontecimentos, me abri de maneira receptiva a novos conhecimentos da área da saúde e comunicação, suspendi alguns pré-julgamentos e opiniões quando me deixei tocar por outras perspectivas de compreensão de mundo e construí aprendizagens subjetivas que somente o campo da experiência poderia me proporcionar. Assim a experiência relatada, não é fruto de um caminho objetivo e previsível, mas sim de uma abertura receptiva as infinitas possibilidades de interpretação dos saberes da comunicação, educação e saúde.

O desenvolvimento de vídeo, utilizando abordagem educacional tem sido apontada como uma oportunidade para o aprimoramento do processo de ensino-aprendizagem sobre a abordagem da educação em saúde, bem como levando-os a refletirem sobre seu papel educativo como profissionais (35).

A *Educomunicação* é um novo campo de pesquisa e de práticas educativas que se manifesta pela intersecção de dois conjuntos de saberes, educação e comunicação.(142) Educomunicação é uma filosofia e metodologia de trabalho educativo que não se fixa em modelos a serem aplicados, mas em um processo de

aprendizagem pautado no diálogo e ação participativa dos envolvidos, que articula o processo de investigação sobre um determinado tema à uma capacitação de pessoas para se expressarem de maneira democrática, autônoma e crítica.(143)

Retomando a compreensão de Larrosa Bondía (35), o saber da experiência é um saber distinto do saber científico e da informação, é uma reflexão sobre aquilo que nos percorre, é o conhecimento que advém da mediação entre o que nos acontece e o sentido que atribuímos de maneira subjetiva, particular e pessoal. A partir de tal explanação reconheço que é impossível negar a minha parcialidade como escritora/roteirista/editora/diretora dos vídeos produzidos, pois para compor o material realizei escolhas e capturei representações da realidade que me eram subjetivas, assim os vídeos são uma criação que se fundamenta no meu processo de aproximação com o objeto de pesquisa e meu processo de aprendizagem como pesquisadora na área da comunicação, educação e saúde.

Para me aprofundar nessa discussão retomo as palavras do grande educador brasileiro Paulo Freire (16), “Não há docência sem discência”, ou seja, quem ensina aprende ao ensinar. Paulo Freire defende a compreensão de que o educador também é fruto das experiências do aprender, pois o aprender precede o ato de ensinar e foi como aprendizes que descobrimos os caminhos e os métodos de ensinar. Assim toda prática docente sempre parte da curiosidade, da indagação, da busca, da pesquisa, da reflexão e da criticidade, não existindo o ensino sem pesquisa, nem pesquisa sem ensino.

A curiosidade humana é a pedra fundamental e indispensável do saber, é a curiosidade que nos estimula a buscar, a formular perguntas, nos traz inquietações, que permite nos abriremos a novos conhecimentos e a atuarmos de forma ativa no processo de construção de novos saberes.(16)

Este trabalho parte da concepção que ser educador é ser um sujeito crítico, repleto de estratégias reflexivas, que se compromete com a prática educativa sob uma perspectiva política, capaz de transformar o meio em que vive e impulsionar mudanças transformadoras na sociedade. Ser educador exige a manutenção da curiosidade, de uma formação contínua, baseada em reflexão crítica sobre a própria prática e no encantamento com o novo e com as descobertas.(16, 20)

Este é um relato do meu processo de busca, que partiu das minhas indagações iniciais como professora de educação infantil “Como posso transformar a prática cultural e estimular a construção de hábitos saudáveis desde a primeira infância? Como construir práticas de cuidados que colaborem para uma vida mais saudável?”, que veio a se tornar a minha curiosidade como pesquisadora “Como educar em saúde?”.

A proposta desde o início tinha como objetivo produzir uma ferramenta educativa que pudesse oferecer acesso à informação e ao conhecimento utilizando-se de diferentes formas de expressão, que promovessem reflexões e criticidade aos diferentes adultos e responsáveis que se relacionam com os bebês e crianças. O ponto de partida que me impulsionou a escolher os recursos audiovisuais como instrumento de ensino-aprendizagem foram os conceitos da Pedagogia Audiovisual que evidenciam a potencialidade da comunicação audiovisual para a sensibilização, a tomada de consciência, a capacitação para a modificação de atitudes e comportamentos e a democratização de saberes aos setores populares.(33)

Ao longo de todo o processo de desenvolvimento do projeto foram inúmeras as aprendizagens nas áreas do conhecimento da educação, da saúde e da comunicação. Foi necessário articular diversas competências e desenvolver novas habilidades de forma a integrar essas compreensões de mundo, com o intuito de desenvolver uma ferramenta educativa que fosse atraente, atualizada, de linguagem acessível, com embasamento científico e com visão interdisciplinar.

Considero que o meu processo de aprendizagem se iniciou com a realização das disciplinas da grade curricular do Mestrado Profissional, pois através das indicações de leituras oferecidas pelos docentes, a participação nas aulas e o contato com grupos de alunos através de diálogos e discussão em grupos multidisciplinares pude me aproximar das ideias e concepções da área da saúde, desde as estruturas de suporte do SUS até os programas intersetoriais propostos na atualidade. Essa aproximação favoreceu a minha compreensão sobre o conceito de Educação em saúde proposto na atualidade, quais práticas são desenvolvidas e os impactos positivos dessas ações educativas a longo prazo na qualidade de vida da população. A partir dessa aproximação pude compreender a lógica, se desejamos ter seres humanos mais saudáveis no nosso futuro é preciso investir na promoção e

manutenção de hábitos saudáveis no nosso presente. Para que possamos incorporar novos hábitos de higiene e cuidado com o próprio corpo é preciso sensibilizar as pessoas sobre a importância dessas mudanças, investir na reflexão sobre o cuidado com sua própria saúde, e que estes sejam capazes de compreender que é possível ter uma qualidade de vida melhor, e que desfrutar destes benefícios é algo que pode ser conquistado por todos nós. Compreendi que ao pensarmos educação popular em saúde além de nos preocuparmos em mudar índices e diagnósticos é preciso dar acesso ao conhecimento e poder de decisão as pessoas, que não é apenas a modificação de comportamento que almejamos, mas sim possibilitar acesso à informação e conhecimento para que as pessoas reflitam e façam escolhas pautadas em suas necessidades individuais e coletivas.(14, 18, 21)

Logo ao iniciar o projeto audiovisual na fase da pré-produção, quando foram realizadas as atividades de *elaboração do briefing*, *levantamento do conteúdo educativo* em políticas públicas e o *levantamento bibliográfico* do conteúdo educativo em saúde bucal foi necessário mobilizar aprendizagens do campo da saúde e buscar uma aproximação com conhecimentos da área da saúde bucal através de leituras mais específicas que buscassem esclarecer as peculiaridades da boca na infância. Esses estudos foram muito significativos para que pudesse compreender a complexidade dos aspectos biológicos atrelados as relações psicológicas, sociais, culturais da boca na infância e assim agregar esses diferentes aspectos na fase de definição dos conteúdos educativos.

Durante a minha investigação acredito que a realização das entrevistas foi um fator primordial para me apropriar dos assuntos relacionados à Saúde Bucal de maneira efetiva. Como a minha formação inicial é na área da educação, minha aproximação do tema se deu inicialmente pela leitura e análise de documentações de políticas públicas, construindo assim uma compreensão fragmentada das ações realizadas, pois não havia exemplos de relatos e de prática. A partir disso me voltei a leituras mais específicas de cunho científico que apresentavam de maneira minuciosa cada informação e orientação. Busquei por relatos de experiência, condutas adotadas na prática clínica e orientações fornecidas as famílias, mesmo assim era apenas um conhecimento teórico que não estava conectado às vivências. Mas ao longo da realização das entrevistas pude reconhecer em situações cotidianas a influência dos hábitos e práticas que pode beneficiar ou prejudicar a saúde geral dos bebês e

crianças. Através do diálogo com os entrevistados me apropriei efetivamente dos assuntos de Saúde Bucal, a experiência das entrevistas me fez compreender por diferentes óticas a importância de todas orientações e informações que deveriam compor o vídeo. Considero também que a elaboração de questionário específico para cada profissional e a repetição das mesmas perguntas para os diferentes profissionais foi essencial para integrar os diferentes saberes e assim construir um material com uma visão multiprofissional.

O conceito de Educação em saúde utilizado neste projeto audiovisual não se trata de regras impostas e já consolidadas, com hábitos certos e errados, mas pela busca da melhor qualidade de vida aplicada a realidade de cada sujeito, de tomada de decisão consciente, de aprimoramento para benefícios da sua própria saúde e de todos os que o cercam. É pensar no bem-estar social e coletivo, buscar maneiras próprias de cuidar da sua saúde para conquistar uma vida plena/saudável. É a mobilização de saberes teóricos e práticos na busca pela qualidade de vida.

Para alcançarmos uma boa qualidade de saúde bucal é preciso reconhecer os hábitos favoráveis e decidir implementá-los na rotina como processos permanentes, e mobilizar uma reflexão constante sobre nossas práticas a fim de aprimorá-las. O autocuidado deve ser baseado em escolhas diárias a fim de evitar situações de risco, promover comportamentos saudáveis, dosar os impulsos, promover a percepção de si e do outro, e fazer escolhas conscientes e saudáveis.

A promoção de saúde também tem uma dimensão coletiva, assim não há apenas uma conscientização individual, é necessário que os espaços coletivos promovam ações saudáveis para estimular o reconhecimento da importância de construir hábitos que colaborem na prevenção e manutenção da saúde, entre elas a Saúde Bucal. Tal compreensão reafirma a necessidade de propiciar a realização de ações educativas em Saúde Bucal nos espaços educacionais e sociais, locais estes que o material audiovisual produzido pode apoiar a formação e conscientização dos atores sociais envolvidos.

As ações em saúde devem ser colaborativas, não fixas em uma única maneira de intervenção no meio, para se efetivarem as modificações sociais de maior impacto é necessário continuarmos investindo em ações preventivas e formativas de educação em saúde que estimulem a mudança de comportamento da população brasileira, e

que essas optem por melhores condições de vida e por um desenvolvimento sustentável.

Estudos que relatam produção de vídeos educativos na área de Educação em saúde (144-146) destacam a importância do trabalho coletivo, de um grupo de profissionais que compartilham saberes e assim constroem juntos produções audiovisuais. Nos relatos de Vargas et al. (3) os autores destacam que a produção de vídeo é uma atividade que se fundamenta na prática colaborativa, estimulando a interação entre os diferentes participantes e favorecendo o entrosamento das pessoas para o alcance de um objetivo em comum.

Relembro que para a realização deste trabalho durante as fases de pré-produção e produção foram realizadas parcerias tanto com profissionais da educação e saúde, que colaboraram para o intercâmbio de saberes e experiências, que foram base para a construção de um roteiro com conteúdos atualizados e relevantes; para a captação de falas e imagens com sentido foram realizadas parcerias com famílias de bebês e crianças de 0 a 6 anos e para a produção e edição das imagens foram realizadas aproximações com profissionais da fotografia, técnico de audiovisual e pesquisadores da área da educomunicação.

As ideias, sugestões, opiniões e colaborações contribuíram para a construção da série de vídeos, e sem esse amplo repertório de compreensões de mundo não seria possível produzir um material com enfoque multidisciplinar que o projeto desejava. Nesse sentido a vivência dialoga com as sábias palavras do educador Paulo Freire (20) que aos nos elucidar sobre a educação libertadora, diz “ninguém educa ninguém, como tampouco se educa a si mesmo: os homens se educam em comunhão, mediatizados pelo mundo”. Tais aspectos reafirmam que a busca pelo conhecimento não se realizada de forma isolada e individualista, mas através dos encontros, da comunhão e da solidariedade para assim contribuirmos com um futuro mais humanizado como todos almejamos.

Edgar Morin (13) faz críticas a cultura científica e técnica do século XX que fragmenta os saberes, compartimenta o conhecimento e desloca aspectos da dimensão humana das ciências. Segundo o autor, a hiperespecialização do conhecimento fragmenta os contextos, a globalidade e a complexidade desconsiderando o ser humano em seu aspecto biológico, psíquico, social, afetivo e

racional. Essa disjunção provoca um enfraquecimento da responsabilidade, pois cada especialidade se fixa apenas na sua tarefa especializada e se desvincula do seu papel social, enfraquecendo assim a solidariedade.

O autor defende que a compartimentação dos saberes impede uma compreensão sobre o todo (sobre si e sobre o mundo), atrofiando a visão global e a capacidade de reflexão, reduzindo a capacidade de julgamento corretivo. Para Morin (13) é necessária uma reforma do pensamento, que organize, una e conjugue os conhecimentos, que contextualize as informações e reconheça o caráter multidimensional das realidades globais, pois somente assim o indivíduo e a sociedade podem ajudar-se e desenvolver-se mutuamente, sendo co-responsáveis e co-produtivos de uma vida terrena mais humanizada e solidária.

Camília S. Faler (26), evidencia que a área da Saúde Coletiva tem direcionado maior ênfase em estudos e métodos ao conceito de intersetorialidade, que é uma proposta inovadora, que busca articular os diferentes setores para o alcance de metas sociais que favoreçam a qualidade de vida da sociedade como um todo. As políticas públicas que se baseiam na articulação de diferentes setores visam superar a histórica tradição cartesiana que torna tudo um processo burocrático e segmentado, sendo assim a integração é a melhor maneira de respondermos de forma mais efetiva as complexas demandas sociais.(26)

Durante a minha experiência de construção da série de vídeos educativos pude perceber que ao me apresentar como pedagoga e pesquisadora no campo da educação em saúde despertava aparentemente o interesse e entusiasmo dos profissionais da saúde em colaborar com a proposta. Ao dialogarmos sobre suas vivências profissionais, sobre a elaboração de ações educativas e intervenções junto as famílias, demonstravam-se motivados e curiosos em colaborar com a iniciativa do vídeo pois identificavam no uso de recursos audiovisuais um instrumento potente para despertar o interesse e curiosidade dos espectadores. Na minha aproximação com os profissionais de educação para busca de colaboradores que estivessem dispostos a falar sobre as temáticas, observei grande interesse em contribuir para a construção de um material com múltiplas perspectivas. Em minha percepção muitos profissionais de educação se sentiram seguros e aptos a falar sobre os diferentes temas, e entusiasmados em observarem uma profissional da educação que estivesse disposta

a articular diferentes habilidades e conhecimentos através de uma proposta que reconhece os diferentes saberes que permeiam as relações entre o cuidar e educar.

A partir dessas observações destaca-se a importância de trabalhos articulados e ações intersetoriais voltadas para a Saúde Bucal da infância conforme os princípios da Política Nacional de Promoção da Saúde.(7) Onde os pedagogos atuem juntos com os profissionais de saúde na produção de conteúdo e na elaboração de estratégias educativas. As parcerias vivenciadas durante a elaboração dessa série de vídeo facilitaram o intercâmbio de saberes, a aprendizagem colaborativa e a construção de novos conhecimentos, sendo que os profissionais de saúde puderam aprimorar suas estratégias de aproximação e refletiram sobre ações educativas em saúde mais eficientes, e os profissionais de educação se mostraram atentos as demandas e poderão atuar de forma colaborativa, estimulando as boas práticas entre as famílias para a melhor qualidade de vida da população. Nesse sentido a vivência relatada abriu perspectivas para o desenvolvimento de projetos intersetoriais na área de Educação em Saúde como um todo, não se restringindo assim apenas à Saúde Bucal. Vislumbra-se que a metodologia empreendida neste projeto se mostra adequada para a elaboração de outros materiais educativos com abordagem audiovisual, considerando, no entanto, as particularidades e adaptações a cada proposta.

De acordo com as Diretrizes para a Organização das Ações de Saúde Bucal na Atenção Básica (42), o envolvimento dos professores nas ações de educação em saúde bucal garantem maior sucesso nas práticas preventivas, pois ao sensibilizarmos os docentes sobre a necessidade do cuidado preventivo aumentamos a adesão as práticas de hábitos saudáveis no ambiente escolar.

As ações educativas em saúde devem estar comprometidas com a educação libertadora, que só pode se estabelecer através do diálogo, da troca de saberes, do empoderamento em seu sentido mais amplo, de promover a capacitação e aquisição de poder pelas pessoas através da escolha autônoma e consciente. Assim educação em saúde deve ser realizada no coletivo, promovendo a participação dos sujeitos envolvidos no processo como espaço de conquista e emancipação.(21) É consenso em toda literatura científica que para alcançarmos condições favoráveis de saúde

bucal é preciso que um conjunto de variáveis colaborem positivamente, que vários âmbitos culturais e sociais se inter cruzem de forma alinhada.

Considero que a conquista de uma saúde bucal adequada é permeada por diferentes necessidades que vão além da garantia de acesso a bens e serviços. É preciso promover saúde de forma emancipatória, que garanta uma transformação social, através da valorização de hábitos culturais da vida saudável e que dê garantia de um desenvolvimento humano integral. Para efetivarmos as orientações de forma prática é imprescindível construirmos uma cultura que valorize hábitos de cuidado com si e com o outro, que reconheça a necessidade de práticas sociais do cuidado como uma ação que garante acesso à dignidade humana e a melhores condições de vida.

Como educadora já conhecia as potencialidades que o ato de educar tem na transformação da sociedade, mas minha dúvida era, quais as estratégias mais frutíferas e potentes para alcançar essa mudança de comportamento que favoreça a conscientização das pessoas, dê espaço de escolha e possibilite a incorporação de hábitos mais saudáveis?

Sabemos que a criança imita os adultos nos hábitos, nos costumes, nos modos de vida e nas relações interpessoais, e é a partir dessas diferentes vivências que se tem ao longo dos primeiros anos de vida que irão construir a sua maneira de ver o mundo, de se encontrar como sujeito, de compor sua identidade e de criar seus próprios hábitos. Portanto a convivência familiar também pode ser promotora de saúde através de bons exemplos e boas experiências. Por essas razões compreendi que era necessária a elaboração de um material educativo voltado aos adultos que cuidam e convivem com bebês e crianças.

Estudos que avaliam o nível de conhecimento dos pais sobre a saúde bucal na infância chamam a atenção para a carência de métodos novos que sensibilizem e conscientizem as famílias sobre a importância de ter uma boa saúde bucal desde a infância e reafirmam que as ações educativas voltadas à primeira infância devem priorizar a educação das mães e pais, auxiliando assim na construção de hábitos saudáveis para toda a família.(147-149)

O trabalho produzido procurou atender aos princípios do mestrado profissional e produto educacional de acordo com Mamede e Abbad (150), portanto os 4 (quatro)

pilares são: a aplicabilidade do conhecimento produzido, levar conhecimento de forma intencional para a sociedade, levar conhecimento do mundo acadêmico à população e empoderamento científico das equipes de trabalho.

Ao elaborar os vídeos foram utilizadas linguagens simples, que tornasse acessível a compreensão de saberes do mundo acadêmico, e colaborasse no empoderamento da população sobre a sua própria saúde. Porém houve a preocupação em basear as orientações descritas nos vídeos em evidências científicas. Pois assim é possível oferecer base argumentativa aos profissionais de saúde e educação para atuarem de forma articulada com as políticas públicas vigentes na nossa legislação.

A proposta para a divulgação da coletânea de vídeos produzida é disponibilizar publicamente e de forma gratuita como um instrumento audiovisual que oferece acesso a conhecimentos sobre a Saúde Bucal na infância, que proporcione condições para que se conheça as particularidades dos cuidados com a saúde bucal nessa faixa etária, e que dê subsídios para uma formação crítica das famílias para realizarem escolhas conscientes e adequadas a sua realidade.

A escolha da ferramenta audiovisual foi intencional, visto que esse é um recurso que favorece a democratização do saber, que permite construir um discurso sensível, capaz de estimular a reflexão das práticas cotidianas e que os telespectadores podem se reconhecer nos temas, nas dúvidas, nos conflitos e escolhas que permeiam o cuidar e educar. Ao escolher o vídeo e o uso de imagens reais optei por uma aproximação e sensibilização por imagens, carregadas de significado que permitem a rápida identificação e reconhecimento, favorecendo a conexão e diálogo de quem fala e quem assiste.

Considero que a utilização dos vídeos produzido é bem abrangente, pois inúmeros são os espaços de circulação das crianças e suas famílias. As ações educativas de âmbito coletivo podem ser realizadas em diferentes espaços, como: instituições educacionais de Educação Infantil e Ensino Fundamental, associações de bairro, espaços recreativos, unidades de saúde (UBS, NASF, CAPSI) e grupo de mães e pais.

Um dos vídeos foi dedicado a saúde bucal da gestante, pois acredita-se que a mulher é um agente transformador e multiplicador de hábitos em nossa cultura, é importante oferecer espaços de reflexão e formação para as mulheres gestantes, para que se conscientizem sobre a importância de cuidar de forma preventiva da sua saúde e para realizarem escolhas conscientes sobre a saúde do seu bebê.

Os vídeos aqui propostos são apenas um instrumento de apoio educativo para sensibilizar sobre a importância de refletirmos sobre as temáticas de saúde bucal na primeira infância. É preciso reconhecer suas limitações, pois o vídeo é apenas um instrumento de informação, que precisa ser inserido dentro de um contexto que vise a transformação de hábitos, para que possibilite reflexão e mudanças construtivas.

Há críticas a serem colocadas sobre a ferramenta educativa produzida, pois os vídeos só terão sua potencialidade se estiverem atrelados a outras práticas de promoção de saúde, como o acesso aos serviços de saúde e espaço de diálogo entre profissionais de saúde, educação e famílias de bebês e crianças. Os vídeos se foram utilizados de maneira isolada, sem espaço para questionamento e reflexão serão apenas vídeos de entretenimento e curiosidade, sem que haja um aproveitamento em toda sua potência. Considero que os vídeos para serem eficazes necessitam estar inseridos em um planejamento mais amplo, onde ocorram estratégias em espaços de formação coletiva, que fomente o diálogo, a troca de saberes, a construção de novas práticas e empodere esses grupos sobre a grandeza do poder de decisão sobre a saúde bucal na infância e que essas escolhas irão impactar pelo resto de suas vidas.

Vivemos em tempos em que o acesso à informação é muito amplo, estamos conectados através de diferentes meios de comunicação e as mídias estão cada dia mais presentes em nosso cotidiano, assim temos um excesso de informação como nunca existiu antes na humanidade. De acordo com Cortella e Dimenstein (151), o excesso de informação não significa o excesso de conhecimento, pois para que a informação se torne conhecimento é necessária que esteja contextualizada, de forma que as pessoas saibam usar a informação ofertada para se beneficiarem, buscando novas maneiras de ser e agir no mundo, e alcançarem melhor qualidade de vida para si e para a comunidade em que vivem. Tais ideias revelam a aproximação de duas áreas de conhecimento que foram exploradas neste projeto, a área da educação e comunicação.

Considerando que o campo do conhecimento em saúde já possui uma vasta contribuição teórico e científica para a sociedade, ao interligarmos essas informações aos diferentes contextos da nossa sociedade estamos produzindo novos conhecimentos que assim são campos de inovação e transformação social.

E como a educação está interligada a tudo isso? O pedagogo/educador é quem transforma a informação em conhecimento. É através do acesso a diferentes fontes de informação, como leitura de documentos públicos, periódicos científicos, textos técnicos/informativos e diálogo com atores sociais envolvidos na problemática que se constrói um conhecimento legitimado e com credibilidade. Porém além de conceber tais conteúdos educativos é preciso que o educador selecione os conhecimentos que realmente importam e valem a pena ser compartilhados. Mário Sérgio Cortella (151) no livro “A era da curadoria”, enfatiza que nos tempos atuais o educador é um espécime de “curador do conhecimento”, é quem seleciona as informações que são essenciais e realmente importantes de serem compartilhadas. Assim se identifica uma resignificação do papel do educador em nossa sociedade atual, não é este o detentor dos saberes, mas sim um facilitador para o acesso ao conhecimento de verdadeira relevância, ou seja, o curador visto por essa ótica é um compartilhador de saberes à disposição da sociedade.(151)

Mas vale lembrar que para se disponibilizar acesso ao conhecimento, é necessário traduzir a complexidade dos saberes para o simples sem ser simplório, e buscar as melhores estratégias didáticas para estimular o interesse e participação de quem se pretende ensinar. É este outro importante papel do educador, de contextualizar a informação de acordo com o contexto sociocultural, evidenciando assim a contribuição destes conhecimentos para o processo emancipatório que recai sobre cada sujeito e sua própria comunidade.(151)

Neste projeto aqui apresentado identifico que para desenvolver a seleção e construção do conteúdo educativo sobre Saúde Bucal na infância foi extremamente importante a minha bagagem profissional como pedagoga e educadora da primeira infância, pois pude exercer a minha intencionalidade pedagógica destacando os conhecimentos mais relevantes de acordo com as demandas do público envolvido e ao mesmo tempo construir um instrumento educacional que está atrelado com a realidade da população brasileira.

Ao conhecer empiricamente o público-alvo ao qual os vídeos se destinam pode construir vídeos educativos em linguagem acessível, utilizar estratégias argumentativas que atraíssem o interesse pelo tema e proporcionar uma ferramenta educacional que seja democrática a todos.

Nesse sentido considero que a experiência de construção da série de vídeos me proporcionou ampliar olhares sobre a complexidade dos diferentes saberes envolvidos na produção de vídeos, superar barreiras e limitações no uso de novas tecnologias, compreender as infinitas possibilidades da ação do educador no fomento à Educação em Saúde, vivenciar a potência do diálogo para o intercâmbio de saberes, fortalecer competências do trabalho colaborativo administrando a heterogeneidade de saberes e culturas e reafirmar convicções sobre o poder da educação para a transformação social.

7 CONCLUSÃO

A vivência relatada abriu perspectivas para o desenvolvimento de projetos intersetoriais na área de Educação em Saúde, revelou potencialidades do uso da tecnologia da educação, da abordagem sensível utilizando elementos da comunicação audiovisual e possibilidades do uso de vídeos educativos para a promoção de saúde, e ressalta a importância de trabalhos articulados em diferentes setores promotores de políticas públicas, onde os profissionais de saúde e educação atuem de forma colaborativa no planejamento e desenvolvimentos de ações educativas e promotoras de saúde.

REFERÊNCIAS⁴

1. Martín-Barbero J. Desafios culturais: da comunicação à educomunicação. *Comun Educ.* 2000 maio/ago;18:51-61. doi:10.11606/issn.2316-9125.v0i18p51-61.
2. Galarreta JFPA, Henriques MN. Educomunicação: solução dos problemas sociais a partir de um sistema cíclico. *Anais do I Educom Sul*; 24-25 maio 2012; Santa Maria. Santa Maria: UFSM; 2012 [citado 23 fev. 2021]. Disponível em: <http://coral.ufsm.br/educosul/anais/cidadania/GALARRETA.pdf>.
3. Vargas A, Rocha HVD, Freire FMP. Promídia: produção de vídeos digitais no contexto educacional. *RENOTE* 2007 dez;5(2). doi:10.22456/1679-1916.14199.
4. Morán JM. O vídeo na sala de aula. *Comun Educ.* 1995 jan/abr(2):27-35. doi:10.11606/issn.2316-9125.v0i2p27-35.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2002.
6. Metzker GFR. Educomunicação: o novo campo e suas áreas de intervenção social. 13º Congresso de Ciências da Comunicação na Região Sudeste; 7-10 maio 2008; São Paulo. São Paulo: Intercom; 2008.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2014.
8. Grossi MG, Maruxo HB, Kobayashi RM, Prado C, Heiman C. Revisão integrativa: a utilização das mídias interativas para Educação em Saúde. 20º Congresso Internacional ABED de Educação a Distância; 6-9 out. 2014; Curitiba. Curitiba: ABED; 2014.
9. Freire P. Política e educação: ensaios. 5a ed. São Paulo: Cortez; 2001.

⁴ De acordo com Estilo Vancouver.

10. Brasil. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília (1990 set. 20); Sec.1:018055.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2012.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria da Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2004 [citado 23 abr. 2021]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_brasil_sorridente.htm.
13. Morin E. Os sete saberes necessários à educação do futuro. 2a ed. São Paulo: Cortez; 2011.
14. Machado AGM, Wanderley LCS. Educação em saúde. São Paulo: UNASUS-UNIFESP; 2012.
15. Rego TC. Vygostsky: uma perspectiva histórico-cultural da educação. 25a ed. Petrópolis: Vozes; 2014.
16. Freire P. Pedagogia da autonomia. 7a ed. São Paulo: Paz e Terra; 1996.
17. Oliveira LMDP, Leite MM. Concepções pedagógicas: módulo pedagógico. São Paulo: UNIFESP; 2011 [citado 20 abr. 2021]. Disponível em: https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/modulo_pedagogico/Unidade_1.pdf.
18. Machado MFAS, Monteiro EMLM, Queiroz DT, Vieira NFC, Barroso MGT. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS - uma revisão conceitual. Cienc Saúde Coletiva. 2007;12(2):335-42. doi: 10.1590/S1413-81232007000200009.
19. Freire P. Extensão ou comunicação? 7a ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1983.
20. Freire P. Pedagogia do oprimido. 41a ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2005.

21. Moreira J, Santos HR, Teixeira RF, Frota PRO. Educação popular em saúde: a educação libertadora mediando a promoção da saúde e o empoderamento. *Contrapontos*. 2007 set/dez;7(3):507-21.
22. Silva CMC, Meneghim MDC, Pereira AC, Mialhe FL. Educação em saúde: uma reflexão histórica de suas práticas. *Cienc Saúde Colet*. 2010;15(5):2539-50. doi: 10.1590/S1413-81232010000500028.
23. Croscato G, Bueno SMV. Postura profissional do enfermeiro à luz de Freire: entrelaces com o Sistema Único de Saúde. *Saúde Transform Soc*. 2012;3(1):79-84.
24. Reis DC. Educação em saúde: aspectos históricos e conceituais. In: Gazzinelli MF, Reis CR, Marques RC, organizadores. *Educação em saúde: teoria, método e imaginação*. Belo Horizonte: UFMG; 2006. p. 19-24.
25. Brasil. *Constituição da República Federativa do Brasil 1988*. Brasília (DF): Centro Gráfico; 1988.
26. Faler CS. *Intersetorialidade: a construção histórica do conceito e a interface com as políticas sociais públicas [tese]*: Porto Alegre: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Faculdade de Serviço Social; 2015.
27. Sousa FM, Costa JE, Melo MA, Cavalcanti PB, Cabral PMVS, Lima RDO, et al. Implicações acerca do uso da intersectorialidade na gestão das políticas sociais. *Anais do 2º Seminário Internacional Políticas Públicas, Intersetorialidade e Família: formação e intervenção profissional*; 22-23 out. 2014; Porto Alegre. Porto Alegre: PUCRS; 2015. p. 1-8.
28. Bellini MIB, Faler CS, Scherer PT, Jesus TB, Arsego LR, Vieira ALM. Políticas Públicas e Intersetorialidade em debate. *Anais do 2º Seminário Internacional Políticas Públicas, Intersetorialidade e Família: formação e intervenção profissional*; 22-23 out. 2014; Porto Alegre. Porto Alegre: PUCRS; 2014.
29. Cypel S. *Fundamentos do desenvolvimento infantil: da gestação aos 3 anos*. São Paulo: Fundação Maria Cecília Souto Vidigal; 2011.
30. Martins MS, Almeida HFR, Ramos ASMB, Lemos M, Rocha FCG. Análise das ações intersectoriais no programa saúde na escola. *Rev Bras Educ Saúde*. 2020 jan-mar;10(1):32-9. doi:10.0.71.202/rebes.v10i1.7364.

31. Cavalcanti PB, Lucena CMF. O uso da promoção da saúde e a intersetorialidade: tentativas históricas de integrar as políticas de saúde e educação. *Rev Polêm!ca*. 2016 jan/mar;16:24-41. doi:10.12957/polemica.2016.21332.
32. Góes FT, Machado LRS. Políticas educativas, intersetorialidade e desenvolvimento local. *Educ Real*. 2013 abr/jun;38(2):627-48.
33. Wohlgemuth J. Vídeo educativo: uma pedagogia audiovisual. Brasília, DF: Senac; 2005.
34. Temer ACRP, Santana, MJS. Educação e comunicação em Paulo Freire: reflexões sobre jornalismo de serviço à luz do pensamento freiriano. *Comunic Mercado*. 2014 jul-dez;3(8):4-15.
35. Larrosa Bondía J. Notas sobre a experiência e saber da experiência. *Rev Bras Educ*. 2002 jan/fev/mar/abr;(19):20-8.
36. Soares SJPS. Documentário e roteiro de cinema: da pré-produção à pós-produção [tese]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas, Instituto de Artes; 2007.
37. SEPAC. Vídeo: da emoção à razão. São Paulo: Editora Paulinas; 2007.
38. Fleming SE, Reynolds J, Wallace B. Lights... camera... action! a guide for creating a DVD/video. *Nurse Educ*. 2009 May-Jun;34(3):118-21. doi: 10.1097/NNE.0b013e3181a0270e.
39. Cordeiro AM, Oliveira GM, Rentería JM, Guimarães CA. Revisão sistemática: uma revisão narrativa. *Rev Col Bras Cir*. 2007 dez;34(6):428-31. doi: <https://doi.org/10.1590/S0100-69912007000600012>.
40. Lakatos E, Marconi M. Fundamentos de metodologia científica. 5a ed. São Paulo: Atlas; 2003.
41. Szymanski H, Almeida L, Prandini R. A entrevista na pesquisa em Educação: a prática reflexiva. 4a ed. Brasília (DF): Liber Livro; 2011.

42. SÃO PAULO (Estado). Diretrizes para a Organização das Ações de Saúde Bucal na Atenção Básica. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde; 2001.
43. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde Bucal. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2008. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica; 17).
44. SÃO PAULO (Cidade). Secretaria Municipal da Saúde. Coordenação de Desenvolvimento de Programas e Políticas de Saúde – CODEPPS. Área Técnica de Saúde Bucal. Diretrizes para a atenção em Saúde Bucal: crescendo e vivendo com Saúde Bucal. São Paulo: Secretaria Municipal da Saúde; 2009.
45. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2012. (Caderno de Atenção Básica, nº 33).
46. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília (2017 set. 22).
47. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. A Saúde Bucal no Sistema Único de Saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2018.
48. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança - Orientações para implementação. Diário da República, Brasília (2018 maio 18);1.^a série - N.º 96 [citado 23 fev. 2021]. Disponível em: <https://data.dre.pt/eli/port/141/2018/05/18/p/dre/pt/htm>.
49. Brasil. Ministério da Saúde. Caderneta de Saúde da Criança. 8a ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2017.
50. Reis DM, Pitta DR, Ferreira HMB, Jesus MCP, Moraes MEL, Soares MG. Educação em saúde como estratégia de promoção de saúde bucal em gestantes. Cien Saúde Colet. 2010 jan;15(1):269-76. doi: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000100032>.
51. Prestes AC, Martins AB, Neves M, Mayer RTR. Saúde bucal materno-infantil: uma revisão integrativa. Rev Fac Odontol UFP. 2013 jan/abr;18(1):112-9. doi: <https://doi.org/10.5335/rfo.v18i1.3252>.

52. Finkler M, Oleiniski DMB, Ramos FRS. Saúde bucal materno-infantil: um estudo de representações sociais com gestantes. *Texto Contexto - Enferm.* 2004 set;13(3):360-8. doi: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072004000300004>.
53. Moimaz SAS, Rocha NB, Saliba O, Garbin CAS. O acesso de gestantes ao tratamento odontológico. *Rev Odontol Univ São Paulo.* 2007 jan-abr;19(1):39-45.
54. Bastiani C, Cota ALS, Provenzano MGA, Fracasso MLC, Honório HM, Rios D. Conhecimento das gestantes sobre alterações bucais e tratamento odontológico durante a gravidez. *Odontol Clín-Cient.* 2010 abr/jun;9(2):155-60.
55. Global Child Dental Fund (UK); Sociedade Brasileira de Pediatria, revisor. Guia de saúde oral materno infantil. [Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Pediatria]; 2018.
56. Marsiglio AA, Trigueiro M, Cabezon PC, Paula LM, Morelli EM, Yamaguti PM, et al. Erosão dental: da etiologia ao tratamento. *UNOPAR Cient, Ciênc Biol Saúde.* 2009;11(1):15-9.
57. Vieira DRP, Feitosa DMZ, Alves MSC, Cruz MCFN, Lopes FF. Associação entre doença periodontal na gravidez e parto pré-termo baixo peso ao nascer. *Odontol Clínico-Científica [Internet].* 2010 dez;9(4):311-4.
58. Matsubara AS, Demetrio ATW. Atendimento odontológico às gestantes: revisão de literatura. *Rev UNINGÁ Review.* 2017 fev;29(2):42-7.
59. Organização Mundial da Saúde. Diretriz: suplementação diária de ferro e ácido fólico em gestantes. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2013.
60. Abanto J, Feres M, Duarte D. Primeiros mil dias do bebê e saúde bucal. São Paulo: Napoleão; 2019.
61. Giugliani ERJ, Lamounier JA. Aleitamento materno: uma contribuição científica para a prática do profissional de saúde. *J Pediatr (Rio J).* 2004 nov;80(5 supl):s117-8. doi: <https://doi.org/10.1590/S0021-75572004000700001>.
62. Toma TS, Rea MF. Benefícios da amamentação para a saúde da mulher e da criança: um ensaio sobre as evidências. *Cad Saúde Pública.* 2008;24(Supl 2):5235-46. doi: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008001400009>.

63. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar. 2a ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2015. (Caderno de Atenção Básica, nº 23).
64. Oddy WH. Breastfeeding in the first hour of life protects against neonatal mortality. *J Pediatr (Rio J)*. 2013 Mar-Apr;89(2):109-11. doi: 10.1016/j.jped.2013.03.012.
65. Kato T, Yorifuji T, Yamakawa M, Inoue S, Saito K, Doi H, et al. Association of breast feeding with early childhood dental caries: Japanese population-based study. *BMJ Open*. 2015 Mar 20;5(3):e006982. doi: 10.1136/bmjopen-2014-006982.
66. Du MQ, Li Z, Jiang H, Wang X, Feng XP, Hu Y, et al. Dental Caries Status and its Associated Factors among 3- to 5-year-old Children in China: A National Survey. *Chin J Dent Res*. 2018;21(3):167-179. doi: 10.3290/j.cjdr.a41076.
67. Public Health England. Current evidence and guidance on breastfeeding and dental health. London: Public Health England; 2018 [citado 20 fev. 2021]. Disponível em: <https://www.unicef.org.uk/babyfriendly/wp-content/uploads/sites/2/2018/04/PHE-Child-Dental-Health-and-Breastfeeding-April-2018.pdf>.
68. Peres KG, Chaffee BW, Feldens CA, Flores-Mir C, Moynihan P, Rugg-Gunn A. Breastfeeding and oral health: evidence and methodological challenges. *J Dent Res*. 2018 Mar;97(3):251-8. doi: 10.1177/0022034517738925.
69. Lemos LVFM, Correia MF, Spolidório DMP, Myaki SI, Zuanon ACC. Cariogenicidade do leite materno: mito ou evidência científica. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr*. 2012 abr/jun;12(2):273-8. doi: 10.4034/PBOCI.2012.122.18.
70. Buccini G, Venancio S. Uso de chupeta em crianças amamentadas: prós e contras. In: Sociedade Brasileira de Pediatria. Guia prático atualização. Rio de Janeiro: SBP; 2017 [citado 23 fev. 2021]. Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/Aleitamento-_Chupeta_em_Crianças_Amamentadas.pdf.
71. Silveira LM, Prade LS, Ruedell AM, Haeffner LSB, Weinmann ARM. Aleitamento materno e sua influência nas habilidades orais de crianças. *Rev Saúde Pública*. 2013 fev;47(1):37-43. doi: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102013000100006>.

72. Silva EMM, Silva Filho CE, Nepomuceno VC. Uma grande descoberta: o prazer que a higienização bucal correta e bem orientada pode proporcionar. Rev Odontol Araçatuba. 2003 ago/dez;24(2):39-42.
73. Worthington HV, MacDonald L, Poklepovic Pericic T, Sambunjak D, Johnson TM, Imai P, et al. Home use of interdental cleaning devices, in addition to toothbrushing, for preventing and controlling periodontal diseases and dental caries. Cochrane Database Syst Rev. 2019 Apr 10;4(4):CD012018. doi: 10.1002/14651858.CD012018.pub2.
74. Como higienizar a boca do bebê que ainda não tem dentes. [Locução de]: Andiara de Rossi Daldegan. Ribeirão Preto: Jornal da USP, 13 maio 2019. Podcast [citado 27 mar. 2021]. Disponível em: https://jornal.usp.br/podcast/momento-odontologia16_como-higienizar-a-boca-do-bebe-que-ainda-nao-tem-dentes/.
75. Como higienizar a boca do bebê após o nascimento dos dentes? [Locução de]: Andiara de Rossi Daldegan. Ribeirão Preto: Jornal da USP, 27 maio 2019. Podcast [citado 27 mar. 2021]. Disponível em: https://jornal.usp.br/podcast/momento-odontologia18_como-higienizar-a-boca-do-bebe-apos-o-nascimento-dos-dentes/.
76. Universidade de São Paulo. Faculdade de Odontologia. Portal Saúde Bucal da Criança. Sorrindo com Saúde. Higiene bucal no bebê. São Paulo: FOU SP, 2020. Podcast [citado 29 mar. 2021]. Disponível em: <https://sites.usp.br/odontopediatriafo/podcast-higiene-bucal-no-bebe/>.
77. Cury JA. Dentifrícios: como escolher e como indicar. In: Associação Paulista dos Cirurgiões-Dentistas. Odontologia. São Paulo: Artes Médicas; 2002. p. 281-95.
78. Yarak A. Bebês que só mamam, devem ter os dentes escovados? In: Veja São Paulo. Blog Vejasp. São Paulo, 10 abr. 2015 [citado 23 fev. 2021]. Disponível em: https://vejasp.abril.com.br/blog/saude/bebes-que-so-mamam-devem-ter-os-dentes-escovados/?utm_source=redesabril_vejasp&utm_medium=facebook&utm_campaign=vejasp.
79. Kubo FMM, Mialhe FL. Fio dental: da dificuldade ao êxito na remoção do biofilme interproximal. Arq Odontol. 2011 jan/mar;47(1):51-5.
80. COLGATE. Higiene Bucal Infantil. 2021 [citado 29 mar. 2021]. Disponível em: <https://www.colgate.com.br/oral-health/kids-oral-care/dental-higiene-for-kids-1013>.

81. Wainwright J, Sheiham A. An analysis of methods of toothbrushing recommended by dental associations, toothpaste and toothbrush companies and in dental texts. *Br Dent J.* 2014 Aug;217(3):E5. doi: 10.1038/sj.bdj.2014.651.
82. Ribeiro PC. Contribuição ao estudo da técnica de escovação dentária de Fones [dissertação]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 1983.
83. COLGATE. Primeiros dentes do bebê: deve-se usar creme dental? 2021 [citado 27 mar. 2021]. Disponível em: <https://www.colgate.com.br/oral-health/infant-oral-care/babys-first-teeth-should-you-use-toothpaste-1013>.
84. Ferreira É. Oito maneiras simples de estimular as crianças a escovar os dentes. *Minha Vida*; 2016 [citado 29 mar. 2021]. Disponível em: <https://www.minhavidacom.br/familia/galerias/15726-oito-maneiras-simples-de-estimular-as-criancas-a-escovar-os-dentes>.
85. APCD da Saúde. Qual a melhor técnica para escovar os dentes?. São Paulo: APCD; 2014 [citado 29 mar. 2021]. Disponível em: <http://www.apcd-saude.org.br/detNot.asp?id=1526&moda=&contexto=&area=008&evento=>.
86. Rodrigues LK, Motter CW, Pegoraro DA, Menoli APV, Menolli RA. Microbiological contamination of toothbrushes and identification of a decontamination protocol using chlorhexidine spray. *Rev Odonto Cienc.* 2012;27(3):213-7. doi: 10.1590/S1980-65232012000300007.
87. Quaioti TCB, Almeida SS. Determinantes psicobiológicos do comportamento alimentar: uma ênfase em fatores ambientais que contribuem para a obesidade. *Psicol USP.* 2006;17(4):193-211. doi: <https://doi.org/10.1590/S0103-65642006000400011>.
88. Galbiatti F, Gimenez CMM, Moraes ABA. Odontologia na primeira infância: sugestões para a clínica do dia a dia. *J Bras Odontopediatr Odontol do Bebê.* 2002;5(28):512-7.
89. Brasil. Ministério da Saúde. Guia Alimentar para crianças brasileiras menores de 2 anos. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2021.
90. Bradshaw DJ, Lynch RJ. Diet and the microbial aetiology of dental caries: new paradigms. *Int Dent J.* 2013 Dec;63 Suppl 2:64-72. doi: 10.1111/idj.12082.

91. Torres BLPM, Pinto SRR, Silva BLS, Santos MDC, Moura ACC, Luz LCX. Reflexões sobre fatores determinantes dos hábitos alimentares na infância. *Braz J Develop*. 2020 set;6(9):66267-77.
92. Macambira DSC, Chaves ES, Costa EC. Conhecimento de pais/cuidadores sobre saúde bucal na infância. *Saúde Pesqui*. 2017 set dez;10(3):463-72. doi: <https://doi.org/10.17765/2176-9206.2017v10n3p463-472>.
93. Souza AA, Cadete MMM. O papel das famílias e da escola na formação de hábitos alimentares saudáveis de crianças escolares. *Rev Pedagógica*. 2017 jan/abr;19(40):136-54. doi: <http://dx.doi.org/10.22196/rp.v19i40.3747>.
94. Peres MA, Macpherson LMD, Weyant RJ, Daly B, Venturelli R, Mathur MR, et al. Oral diseases: a global public health challenge. *Lancet*. 2019 Jul;394(10194):249-60. doi: 10.1016/S0140-6736(19)31146-8.
95. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Geral de Saúde Bucal. Projeto SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: resultados principais. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2011.
96. Dias O. Suécia usou deficiente como cobaia. *Folha de São Paulo*. 23 set. 1997 [citado 23 mar. 2021]. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/fsp/1997/9/23/mundo/1.html>.
97. Fejerskov O, Nyvad B, Kidd E. Cárie dentária fisiopatologia e tratamento. 3a ed. Rio de Janeiro: Santos; 2017.
98. Loesche WJ. Cárie dental: uma infecção tratável. Rio de Janeiro: Cultura Médica; 1993.
99. Cate JM, Featherstone JDB. Physicochemical aspects of fluoride-enamel interactions. In: Fejerskov O, Ekstrand J, Burt BA. *Fluoride in dentistry*. 2nd ed. Copenhagen: Munksgaard; 1996. p. 252-72.
100. BVS - Atenção Primária em Saúde. Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes Evitar a transmissão direta e/ou indireta de flora bacteriana entre cuidadores e crianças é efetivo na prevenção da cárie? 2018 [citado 20 fev. 2021]. Disponível em: <https://aps.bvs.br/aps/carie-dentaria-e-transmissivel/>.

101. Simon-Soro, A.; Mira A. Solving the etiology of dental caries. *Trends Microbiol.* 2015 Feb;23(2):76-82. doi: 10.1016/j.tim.2014.10.010. 2015;23 (2):76–82.
102. Cruz LR, D'Hyppolito IM, Barja-Fidalgo F, Oliveira BH. "Cárie é transmissível?" Tipo de informação sobre transmissão da cárie em crianças encontrada através da ferramenta de busca Google®. *Rev Bras Odontol.* 2017 jan/mar;74(1):70-3. doi: <http://dx.doi.org/10.18363/rbo.v74n1.p.68>.
103. Wakaguri S, Aida J, Osaka K, Morita M, Ando Y. Association between caregiver behaviours to prevent vertical transmission and dental caries in their 3-year-old children. *Caries Res.* 2011;45(3):281-6. doi: 10.1159/000327211.
104. American Academy of Pediatric Dentistry. Policy on early childhood caries (ECC): Classifications, consequences, and preventive strategies. *The Reference Manual of Pediatric Dentistry.* Chicago, Ill.: American Academy of Pediatric Dentistry; 2020. p. 79-81.
105. Chen KJ, Gao SS, Duangthip D, Lo ECM, Chu CH. Prevalence of early childhood caries among 5-year-old children: A systematic review. *J Investig Clin Dent.* 2019 Feb;10(1):e12376. doi: 10.1111/jicd.12376.
106. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Projeto SB Brasil 2003: condições de saúde da população brasileira 2002-2003. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2004.
107. Losso EM, Tavares MC, Silva JY, Urban CA. Severe early childhood caries: an integral approach. *J Pediatr (Rio J).* 2009 Jul-Aug;85(4):295-300. English, Portuguese. doi: 10.2223/JPED.1908
108. Finucane D. Rationale for restoration of carious primary teeth: a review. *Eur Arch Paediatr Dent.* 2012 Dec;13(6):281-92. doi: 10.1007/BF03320828.
109. Castro AM, Reis CGC, Costa JGF, Alcântara RM, Ferreira DCA, Oliveira FS. Importance of deciduous teeth: maternal perceptions and early childhood caries. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr.* 2017;17(1):e3514. doi: <http://dx.doi.org/10.4034/PBOCI.2017.171.36>
110. Sheiham A. Dental caries affects body weight, growth and quality of life in pre-school children. *Br Dent J.* 2006 Nov 25;201(10):625-6. doi: 10.1038/sj.bdj.4814259.

111. Ortiz FR, Tomazoni F, Oliveira MD, Piovesan C, Mendes F, Ardenghi TM. Toothache, associated factors, and its impact on Oral Health-Related Quality of Life (OHRQoL) in preschool children. *Braz Dent J.* 2014 Nov-Dec;25(6):546-53. doi: 10.1590/0103-6440201302439.
112. Rebelo MAB, Vieira JMR, Pereira JV, Quadros LN, Vettore MV. Does oral health influence school performance and school attendance? A systematic review and meta-analysis. *Int J Paediatr Dent.* 2019 mar;29(2):138-48. doi: <https://doi.org/10.1111/ipd.12441>
113. Filstrup SL, Briskie D, Fonseca M, Lawrence L, Wandera A, Inglehart MR. Early childhood caries and quality of life: child and parent perspectives. *Pediatr Dent.* 2003 Sep-Oct;25(5):431-40.
114. Chaffee BW, Rodrigues PH, Kramer PF, Vítolo MR, Feldens CA. Oral health-related quality-of-life scores differ by socioeconomic status and caries experience. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2017 Jun;45(3):216-24. doi: 10.1111/cdoe.12279.
115. Low W, Tan S, Schwartz S. The effect of severe caries on the quality of life in young children. *Pediatr Dent.* 1999 Sep-Oct;21(6):325-6.
116. Acs G, Pretzer S, Foley M, Ng MW. Perceived outcomes and parental satisfaction following dental rehabilitation under general anesthesia. *Pediatr Dent.* 2001 Sep-Oct;23(5):419-23.
117. White H, Lee JY, Vann WF Jr. Parental evaluation of quality of life measures following pediatric dental treatment using general anesthesia. *Anesth Prog.* 2003;50(3):105-10.
118. Nagarkar SR, Kumar JV, Moss ME. Early childhood caries-related visits to emergency departments and ambulatory surgery facilities and associated charges in New York state. *J Am Dent Assoc.* 2012 Jan;143(1):59-65. doi: 10.14219/jada.archive.2012.0021.
119. Schroth RJ, Harrison RL, Moffatt ME. Oral health of indigenous children and the influence of early childhood caries on childhood health and well-being. *Pediatr Clin North Am.* 2009 Dec;56(6):1481-99. doi: 10.1016/j.pcl.2009.09.010.
120. Nations MK, Calvasina PG, Martin MN, Dias HF. Cultural significance of primary teeth for caregivers in Northeast Brazil. *Cad Saude Publica.* 2008 Apr;24(4):800-8. doi: 10.1590/s0102-311x2008000400010.

121. Castilho SD, Rocha MA. Pacifier habit: history and multidisciplinary view. *J Pediatr (Rio J)*. 2009 Nov-Dec;85(6):480-9.
122. Gisfrede TF, Kimura JS, Reyes A, Bassi J, Drugowick R, Matos R, et al. Hábitos bucais deletérios e suas consequências em Odontopediatria. *Rev Bras Odontol*. 2016 abr/jun;73(2):144-9.
123. Silveira L, Prade L, Ruedell A, Haeffner L, Weimann A. Aleitamento materno e sua influência nas habilidades orais de crianças. *Rev Saúde Pública*. 2013 fev;47(1):37-43. doi: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102013000100006>.
124. Boni R, Degan V. Mamadeira e chupeta: esclareça suas dúvidas. Barueri: Manole; 2007.
125. Buendia OC. Fluoretação das águas: manual de orientação prática. São Paulo: American Med; 1996.
126. Ramires I, Buzalaf M. Manual: flúor e fluoretação da água de abastecimento público. Bauru: [editora desconhecida]; 2005.
127. Thylstrup A. Clinical evidence of the role of pre-eruptive fluoride in caries prevention. *J Dent Res*. 1990 Feb;69 Spec No:742-50; discussion 820-3. doi: 10.1177/00220345900690S144.
128. Brasil. Fundação Nacional de Saúde. Manual de fluoretação da água para consumo humano. Brasília (DF): Funasa; 2012 [citado 23 abr. 2021]. Disponível em: http://www.funasa.gov.br/site/wp-content/files_mf/mnl_fluoretacao_2.pdf.
129. Nunn JF, Steele JG. Fluorides and dental caries. In: Murray JJ, Nunn JH, Steele JG, editors. *Prevention of oral disease*. 4th ed. Oxford: Oxford University Press; 2003. p. 35-60.
130. Narvai PC. Cárie dentária e flúor: uma relação do século XX. *Cien Saude Colet*. 2000;5(2):381-92. doi: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232000000200011>.
131. World Health Organization. *Fluorine and fluorides*. Genebra: WHO; 1984. (Environmental Health Criteria, 36).

132. Centers for Disease Control and Prevention. Achievements in Public Health 1900-1999: fluoridations of drinking water to prevent dental caries. *Morb Mortal Wkly Rep.* 1999;48(41):933-40.
133. Cury JA. Dentrifícios fluoretados no Brasil. *RGO.* 1989;37(2):139-42.
134. Cury JA, Tenuta LM. How to maintain a cariostatic fluoride concentration in the oral environment. *Adv Dent Res.* 2008 Jul 1;20(1):13-6. doi: 10.1177/154407370802000104.
135. Narvai, P.C., Frazão, P.; Roncali, A.G.; Antunes JLF. Declínio na experiência de cárie em dentes permanentes de escolares brasileiros no final do século XX. *Rev Odontol Soc.* 1999;1(1/2):25-9.
136. Cury JA, Tenuta LM, Ribeiro CC, Paes Leme AF. The importance of fluoride dentifrices to the current dental caries prevalence in Brazil. *Braz Dent J.* 2004;15(3):167-74. doi: 10.1590/s0103-64402004000300001.
137. Narvai PC, Frazão P, Roncalli AG, Antunes JLF. Cárie dentária no Brasil: declínio, iniquidade e exclusão social. *Rev Panam Salud Publica.* 2006;19(6):385-93.
138. Marinho VC, Higgins JP, Sheiham A, Logan S. Fluoride toothpastes for preventing dental caries in children and adolescents. *Cochrane Database Syst Rev.* 2003;(1):CD002278. doi: 10.1002/14651858.CD002278.
139. Walsh T, Worthington HV, Glenny AM, Appelbe P, Marinho VC, Shi X. Fluoride toothpastes of different concentrations for preventing dental caries in children and adolescents. *Cochrane Database Syst Rev.* 2010 Jan 20;(1):CD007868. doi: 10.1002/14651858.CD007868.pub2. Update in: *Cochrane Database Syst Rev.* 2019 Mar 04;3:CD007868.
140. O começo da vida. Direção: Estela Runner. Produção: Maria Farinha Filmes. Intérpretes: Jack Shonkoff; James Heckman; Raffi cavoukian; Charles a. Nelson III; Alison Gopnik; Andrew Meltzoff; Gisele Bündchen; Vera Iaconelli; Vilma. [Local desconhecido]: VIDEOCAMP; 2016. 97 min. Consulte: <http://bit.ly/especial-vc-ocdv>.

141. Cervato-Mancuso AM, Passanha A, Lima DS, Maron LR, Gambardella AMD. A produção de vídeo como recurso didático: experiência na disciplina de Educação Nutricional. Inovações Curriculares 2011. Experiências no Ensino Superior. p.437–450, 2011. Campinas: UNICAMP. Disponível em: <<http://www.prg.unicamp.br/inovacoes/2011/ebook/E-book-Inovacoes-Curriculares-2011.pdf>>.

142. Soares D. Educomunicação: o que é isto? Gens - Inst Educ e Cult. 2006:1-12 [citado 23 fev. 2021]. Disponível em: https://portalgens.com.br/baixararquivos/textos/educomunicacao_o_que_e_isto.pdf.

143. Soares IO. Mas, afinal, o que é educomunicação? São Paulo: Núcleo de Comunicação e Educação da Universidade de São Paulo; 2004 [citado 10 jan. 2021]. Disponível em: <http://www.usp.br/nce/wcp/arq/textos/27.pdf>.

144. Razera APR, Buetto LS, Lenza NFB, Sonobe HM. Vídeo educativo: estratégia de ensino-aprendizagem para pacientes em tratamento quimioterápico. Ciênc Cuidado Saúde. 2014;13(1):173-8. <https://doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v13i1.19659>.

145. Barbosa MPR, Sousa AJS, Cústódio PRL, Brito ES, Macena RHM. Canal sobre Educação em Saúde no Youtube: relato de experiência da construção. In: 3º Congresso Nacional de Educação; 5-7 out. 2016; Natal. Campo Grande, PB: CONEDU; 2016.

146. Lima VS, Azevedo NAA, Guimarães JMX, Pereira MM, Neto JA, Souza LM, et al. Produção de vídeo-educacional: estratégia de formação docente para o ensino na saúde. Rev Eletrôn Comun Inf Inov Saúde. 2019 abr/jun;13(2):428-38. doi: <https://doi.org/10.29397/reciis.v13i2.1594>.

147. Guarienti CA, Barreto VC, Figueiredo MC. Conhecimento dos pais e responsáveis sobre saúde bucal na primeira infância. Pesqui Bras Odontoped Clin Integr. 2009;9(3):321-5.

148. Oliveira ALBM, Botta AC, Rosell FL. Promoção de saúde bucal em bebês. Rev Odontol Univ Cid São Paulo. 2010 set/dez;22(3):247-53.

149. Martins CLC, Jetelina JC. Conhecimento dos pais sobre Saúde Bucal na infância e a relação com o motivo da consulta odontológica. J Oral Investig. 2016;5(1):27-33. doi: <https://doi.org/10.18256/2238-510X/j.oralinvestigations.v5n1p27-33>.

150. Mamede W, Abbad GS. Objetivos educacionais de um mestrado profissional em saúde coletiva: Avaliação conforme a taxonomia de Bloom. Educ Pesqui. 2018;44(1):1-21.

151. Cortella MS, Dimenstein G. A era da curadoria: o que importa é saber o que importa! Campinas: Papyrus 7 Mares; 2015.

Projeto de Pesquisa:

O vídeo educativo na promoção de Saúde Bucal para bebês e crianças de 0 à 6 anos



Mestranda: Silvia Helena Martins

Orientadora: Prof.ª Dr.ª Ana Maria Cervato Mancuso

Identificação da proposta:

Título: "Saúde Bucal na infância"

Concepção: Vídeos educativos que sensibilizem sobre a importância da Saúde Bucal na infância, esclareçam dúvidas, contribuam com informações, favoreçam o desenvolvimento de hábitos saudáveis da população e conscientize sobre as escolhas que fazem ao longo dos primeiros anos de vida das crianças.

Formato: Vídeos atrativos e dinâmicos, com imagens ilustrativas, com duração de aproximadamente 10 minutos e que permita divulgação em plataformas digitais populares

Coletânea de vídeos

Alimentação materna

O que é cárie?

A importância da primeira dentição

Uso da chupeta

Uso de medicamentos e Saúde Bucal

Saúde Bucal da gestante

Construção de Hábitos de higiene bucal

Hábitos alimentares e Saúde Bucal

Uso adequado do flúor

Hábitos nocivos e Saúde Bucal

Concepção teórica:

Aspectos Históricos da Educação em Saúde no Brasil

Ações higienista de fiscalização e policiamento

Ações autoritárias/verticalizadas
Modelos repressivos
Segregação

Educação sanitária
Controle de comportamentos sociais
Guias prescritivos

Somente no final do século XX (1970/1980) há mudanças de paradigmas, amplia o foco do atendimento para a orientação, a Educação em Saúde prevê ações educativas e participativas...

A saúde compreende as necessidades locais da população, respeita os diferentes saberes, propõe-se um atendimento humanizado e que promova a autonomia dos usuários do SUS.

A adaptação da linguagem do **saber científico** para uma **linguagem acessível** possibilita uma melhor compreensão por parte dos usuários e que estes se sintam representados (REIS, 2006)

Concepção teórica:

Promoção de Saúde Bucal e Ações Educativas

Processo de **capacitação da comunidade** para que reconheçam suas necessidades, construam novos saberes sobre a sua própria saúde e se tornem **conscientes de sua atuação** na busca por melhor qualidade de vida (MACHADO,2007)

Intersectorialidade

O objetivo da intersectorialidade é **articular políticas** afim de identificar as necessidades dos cidadãos e através dessa **ação conjunta** oferecer maior benefício à sociedade (FALER,2015)

Especificação da demanda:

Justificativas:

- Integrar saberes populares e saberes científicos;
- Capacitar a comunidade para que se conscientizem sobre a sua própria saúde;
- Elaborar instrumento educativo para educação permanente de profissionais de saúde e educação;
- Promover integração entre políticas públicas de Saúde e Educação (Intersectorialidade).



Objetivos da produção:

O vídeo será ferramenta educativa para formação de adultos, que se interessem por essas temáticas e realizem as interações cotidianas com os bebês e crianças. Os vídeos poderão atender aos grupos de profissionais da educação que atuam com essa faixa etária, agentes de saúde que prestam atendimento à comunidade, pais e familiares de bebês e crianças, técnicos em saúde bucal que desenvolvam práticas educativas em Saúde Bucal e quaisquer outros grupos que se interessem por essa temática.

Perfil do público:

Interlocutores adultos, estudantes de nível técnico e profissionais de saúde que estejam em formação continuada, grupos de professores da rede pública e privada que atuam na Educação Infantil e Ensino Fundamental, grupos de pais e familiares, grupos de gestantes que realizam acompanhamento no pré-natal, organizações não governamentais que fomentam práticas de vida saudáveis e entidades assistenciais que realizam cursos para comunidade.

Referência audiovisual:



"Se mudarmos o começo da história, mudamos a história toda"

O começo da vida (Estela Renner, 2016)
Produtora: Maria Farinha Filmes

Sinopse:

Um dos maiores avanços da neurociência é ter descoberto que os bebês são muito mais do que uma carga genética. O desenvolvimento de todos os seres humanos encontra-se na combinação da genética com a qualidade das relações que desenvolvemos e do ambiente em que estamos inseridos.

O Começo da Vida convida todo mundo a ser um agente de mudança na sociedade: estamos cuidando bem dos primeiros anos de vida, que definem tanto o presente quanto o futuro da humanidade?

Primeiras experiências através da boca





Sorrir

Função social da boca na infância



Falar



Comer



Beijar



Experimentar



Porque a Saúde Bucal na primeira infância é importante?



Quais práticas e ações considera primordial ?



Quais as principais barreiras para melhorar os hábitos de Saúde Bucal de bebês e crianças?



Quais soluções possíveis para superarmos as dificuldades apresentadas?



Elementos da linguagem:

Exibição de entrevista com profissionais da educação, saúde e familiares

Relato de experiências de pais e responsáveis sobre hábitos de higiene

Exibição de situações reais de escovação/alimentação no contexto familiar e escolar

Imagens ilustrativas com exemplos de hábitos de alimentação saudável

Exibição de imagens reais de cárie, má-oclusão e doenças gengivais, entre outros

Gravações externas e com protagonistas naturais

Linguagem simples e objetiva



Limitações e desafios:

Limitações

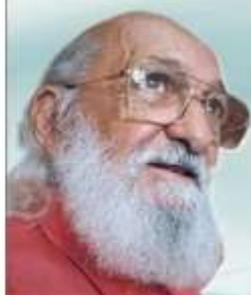
- Os participantes da pesquisa devem ser voluntários;
- Uso de imagens com autorização (Termo de consentimento/ Autorização de uso de imagem)
- Uso de banco de imagens gratuitas e com referência
- Uso de programas de edição de baixo custo ou já adquiridos anteriormente;
- Uso de efeitos sonoros sem direitos autorais;
- Manter o mesmo layout para garantir uma identidade visual dos vídeos;

Desafio:

- Construir narrativa para sensibilizar e conscientizar sobre a importância da Saúde Bucal

Cronograma de atividades:

Semana	Atividades
	<ul style="list-style-type: none"> • Escolha da temática • Leitura do conteúdo educativo • Leitura do Pré- Roteiro
	<ul style="list-style-type: none"> • Conhecer o acervo de material disponível; • Escolha e/ou captação de imagens; • Assistir as entrevista com profissionais da saúde, educação e familiares;
	<ul style="list-style-type: none"> • Elaboração de elementos de linguagem • Elaboração de Roteiro;
	<ul style="list-style-type: none"> • Edição de imagens • Escolha de efeitos sonoros • Gravação de fala do narrador
	<ul style="list-style-type: none"> • Finalização do vídeo • Editar e corrigir



“Educação não transforma o mundo. Educação muda pessoas. Pessoas transformam o mundo”

Paulo Freire

Obrigada!

APÊNDICE B – Carta convite encaminhada aos profissionais de saúde e educação

Olá,

Meu nome é Silvia, sou aluna do Mestrado Profissional da USP e meu tema de pesquisa é Saúde Bucal de bebês e crianças de 0 a 6 anos. O projeto tem como proposta sensibilizar sobre a importância da Saúde Bucal, contribuir com informações que favoreçam o desenvolvimento de hábitos saudáveis da população e conscientizar a todos sobre as escolhas que fazem ao longo dos primeiros anos de vida das crianças.

Neste primeiro momento serão realizadas entrevistas com a participação de diferentes profissionais da área da saúde e educação. O intuito desse diálogo é de abranger diferentes pontos de vista e compreensão da diversidade de pensamentos, com uma perspectiva interdisciplinar na área da saúde coletiva.

As entrevistas serão realizadas a partir de 5 perguntas norteadoras que incitem os participantes a falarem sobre temáticas relacionadas à Saúde Bucal na infância, e terão duração de aproximadamente 20 minutos. A partir dessas perguntas iniciais o participante que desejar poderá discorrer sobre o tema ou conteúdo que mais tenha familiaridade, como: amamentação, primeira dentição, uso de bicos e chupetas, o que é cárie, cárie precoce na infância, hábitos de higiene bucal, hábitos alimentares que favorecem a saúde bucal, uso adequado de flúor e uso de medicamentos e suas precauções.

Ao final da pesquisa será elaborado um vídeo educativo com falas de especialistas da área da saúde e educação, relatos de famílias e registros de situações do cotidiano das crianças para exemplificar as práticas formativas voltadas para a Saúde Bucal. Para compor o registro desses momentos serão realizadas filmagens e gravação de áudios. Todos os participantes irão preencher autorização específica, que permita a captação e reprodução das imagens.

A sua participação será de extrema importância para que juntos possamos identificar aspectos positivos, desafiadores e relevantes na efetivação das ações de promoção de saúde bucal com bebês e crianças.

Espero que possamos estabelecer parcerias e fico à disposição para quaisquer dúvidas e esclarecimentos.

Atenciosamente

Silvia Helena Martins

APÊNDICE C - Convite encaminhado às famílias

Convite para participação em vídeo educativo

Está sendo elaborado um vídeo educativo pelos estudantes de pós-graduação da Universidade de São Paulo sobre Saúde Bucal de bebês e crianças de 0 a 6 anos. O vídeo tem como proposta: sensibilizar sobre a importância da Saúde Bucal na infância, contribuir com informações que favoreçam o desenvolvimento de hábitos saudáveis da população e conscientizar a todos sobre as escolhas que fazem ao longo dos primeiros anos de vida das crianças.

A ideia é que o vídeo represente a realidade das famílias brasileiras e a sua diversidade, por isso a proposta de coletar imagens reais de situações vivenciadas por todos nós. Vocês podem participar desse projeto enviando vídeos curtos com relatos de famílias e registros de situações do cotidiano das crianças para exemplificar as práticas sociais que envolvem a Saúde Bucal (amamentação, alimentação e cuidados de higiene bucal).

Seguem algumas sugestões de situações que podem ser gravadas:

- Momentos de refeição em família;
- Bebês e crianças comendo sozinhos ou com auxílio;
- Famílias escovando os dentes juntos;
- Mães amamentando seus bebês;
- Bebês utilizando, mamadeiras, chupetas e mordedores
- Bebês e crianças tomando água;
- Situações que registrem hábitos como chupar o dedo, roer unhas ou sucção dos lábios;
- Bebês e crianças sorrindo, com dentes erupcionando ou trocas dentárias;
- Imagens de grupos de formativos, como: gestantes, pais e mães.

Como poderá enviar o vídeo?

O vídeo poderá ser enviado para o e-mail silvia.martins@usp.br ou pelo Whats (11) 997533138. Favor identificar o arquivo com o nome dos participantes e da criança para que possamos organizar o material.

Todos os participantes deverão preencher autorização de uso de imagem, permitindo assim a divulgação das imagens compartilhadas. Segue o link para acesso ao formulário de autorização de uso de imagem e depoimentos <https://forms.gle/skVyqcnQXKEUgFZE8>

APÊNDICE D – Autorização do uso de imagem

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE USO DE IMAGEM E DEPOIMENTOS

Eu, _____, depois de conhecer e entender os objetivos, procedimentos metodológicos, riscos e benefícios da pesquisa, bem como de estar ciente da necessidade do uso de minha imagem e/ou depoimento, especificado no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), **AUTORIZO**, através do presente termo, os pesquisadores Silvia Helena Martins e Ana Maria Cervato Mancuso do projeto de pesquisa intitulado “*O vídeo educativo na promoção de saúde bucal para bebês e crianças de 0 à 6 anos*” a realizar fotos e/ou vídeos que se façam necessários e/ou a colher meu depoimento sem quaisquer ônus financeiros a nenhuma das partes.

Ao mesmo tempo, libero a utilização destas fotos (seus respectivos negativos), vídeos e/ou depoimentos para fins científicos e de estudos (livros, artigos, slides e transparências), em favor dos pesquisadores da pesquisa acima, obedecendo ao que está previsto nas Leis que resguardam os direitos das crianças e adolescentes (Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA, Lei n.º 8.069/ 1990), dos idosos (Estatuto do Idoso, Lei n.º 10.741/2003) e das pessoas com deficiência (Decreto Nº 3.298/1999, alterado pelo Decreto Nº 5.296/2004).

São Paulo, _____ de _____ de 20____.

Nome do participante da pesquisa: RG: CPF: Assinatura:	
Nome do representante legal: RG: CPF: Parentesco: Assinatura:	Nome do membro da equipe da pesquisa: RG: CPF: Assinatura:
Nome da testemunha: RG: CPF: Este formulário foi lido para (nome do participante da pesquisa) em/...../..... (data), pelo (nome do membro da equipe da pesquisa), enquanto eu estava presente. Assinatura:	

APÊNDICE E – Termo de Consentimento Livre Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado(a) Senhor(a),

O(A) senhor (a) está sendo convidado a participar voluntariamente da pesquisa “*O vídeo educativo na promoção de saúde bucal para bebês e crianças de 0 à 6 anos*” coordenada pela Profa. Dra. Ana Maria Cervato Mancuso e Sílvia Helena Martins do Programa de pós graduação Mestrado Profissional Interunidades em Formação Interdisciplinar em Saúde da Universidade de São Paulo.

Esclarecemos que sua participação é decorrente de sua livre decisão, após receber todas as informações que julgar necessárias. Você não será prejudicado de qualquer forma caso sua vontade seja de não colaborar. Mesmo que tenha concordado em participar, se no decorrer da pesquisa quiser desistir, tem plena liberdade de desistir a qualquer momento. Os dados individuais não serão divulgados em nenhuma hipótese. O(A) senhor(a) não terá um benefício individual direto, mas os resultados da pesquisa poderão ajudar a melhorar a qualidade da saúde da população.

O(A) senhor(a) não receberá nenhum valor em dinheiro por participar da pesquisa, e não terá nenhum custo financeiro para participar da mesma. O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo também poderá ser consultado para dúvidas/denúncias relacionadas à Ética da Pesquisa e localiza-se na Av. Dr. Arnaldo, 715, Cerqueira César – São Paulo, SP, horário de atendimento: de segunda a sexta-feira, das 9h às 12h e das 13h às 15h telefone, (11) 3061-7779, e-mail: coep@fsp.usp.br, que tem a função de implementar as normas e diretrizes regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, aprovadas pelo Conselho Nacional de Saúde.

O Comitê é um colegiado interdisciplinar e independente, de relevância pública, de caráter consultivo, deliberativo e educativo, criado para defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. (Resolução CNS nº 466 de 2012).

São Paulo, _____ de _____ de 20 _____.

Nome do participante da pesquisa: RG: CPF: Assinatura:	
Nome do representante legal: RG: CPF: Parentesco: Assinatura:	Nome do membro da equipe da pesquisa: RG: CPF: Assinatura:
Nome da testemunha: RG: CPF: Este formulário foi lido para (nome do participante da pesquisa) em/...../..... (data), pelo (nome do membro da equipe da pesquisa), enquanto eu estava presente. Assinatura:	

APÊNDICE F – Termo de Consentimento Livre Esclarecido (Google Forms)



Termo de Consentimento Livre Esclarecido

Este formulário tem como objetivo registrar a participação voluntária na pesquisa "O vídeo educativo na promoção da Saúde Bucal para bebês e crianças de 0 à 5 anos" em favor das pesquisadoras Sílvia Helena Martins e Ana Maria Cervato Mancuso

***Obrigatório**

Nome completo do participante *

Sua resposta _____

RG do participante *

Sua resposta _____

Data do preenchimento do formulário *

Sua resposta _____

O(A) senhor (a) está sendo convidado a participar voluntariamente da pesquisa "O vídeo educativo na promoção de saúde bucal para bebês e crianças de 0 à 6 anos" coordenada pela Profa. Dra. Ana Maria Cervato Mancuso e Sílvia Helena Martins do Programa de pós graduação Mestrado Profissional Interunidades em Formação Interdisciplinar em Saúde da Universidade de São Paulo. Esclarecemos que sua participação é decorrente de sua livre decisão, após receber todas as informações que julgar necessárias. Você não será prejudicado de qualquer forma caso sua vontade seja de não colaborar. Mesmo que tenha concordado em participar, se no decorrer da pesquisa quiser desistir, tem plena liberdade de desistir a qualquer momento. Os dados individuais não serão divulgados em nenhuma hipótese. O(A) senhor(a) não terá um benefício individual direto, mas os resultados da pesquisa poderão ajudar a melhorar a qualidade da saúde bucal da população. O(A) senhor(a) não receberá nenhum valor em dinheiro por participar da pesquisa, e não terá nenhum custo financeiro para participar da mesma. Em caso de dúvida em relação a esse documento, você poderá procurar O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo também poderá ser consultado para dúvidas/denúncias relacionadas à Ética da Pesquisa e localiza-se na Av. Dr. Arnaldo, 715, Cerqueira Cesar – São Paulo, SP, horário de atendimento: de segunda a sexta-feira, das 9h às 12h e das 13h às 15h telefone, (11) 3061-7779, e-mail: coep@fvs.usp.br, que tem a função de implementar as normas e diretrizes regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, aprovadas pelo Conselho Nacional de Saúde. O Comitê é um colegiado interdisciplinar e independente, de relevância pública, de caráter consultivo, deliberativo e educativo, criado para defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. (Resolução CNS nº 466 de 2012).

Concordo em participar voluntariamente com a pesquisa mencionada

Discordo de participar da pesquisa mencionada

Deixe seu e-mail de contato para divulgarmos o material produzido ao final da pesquisa *

Sua resposta _____

Enviar

APÊNDICE G - Termo de Autorização do uso de imagem-Adulto (Google Forms)



Termo de autorização de uso de imagem e depoimentos

O preenchimento do formulário é um registro de autorização de uso de imagem para fins científicos e educativos em favor dos pesquisadores Sílvia Helena Martins e Ana Maria Cervato Mancuso.

Nome completo: *

Texto de resposta curta

Número do Registro de Identidade: *

Texto de resposta curta

Data do preenchimento do formulário: *

Texto de resposta curta

Depois de conhecer e entender os objetivos, procedimentos metodológicos, riscos e benefícios * da pesquisa, bem como de estar ciente da necessidade do uso de minha imagem e/ou depoimento para a realização do material audiovisual da pesquisa. AUTORIZO, através do presente termo, os pesquisadores Sílvia Helena Martins e Ana Maria Cervato Mancuso do projeto de pesquisa intitulado "O vídeo educativo na promoção de saúde bucal para bebês e crianças de 0 à 6 anos" a divulgar fotos e/ou vídeos que se façam necessários e/ou a colher meu depoimento sem quaisquer ônus financeiros a nenhuma das partes. Ao mesmo tempo, libero a utilização destas fotos, vídeos e/ou depoimentos para fins científicos e educacionais (livros, banner, artigos, slides e vídeos), em favor dos pesquisadores da pesquisa acima, obedecendo ao que está previsto nas Leis que resguardam os direitos das crianças e adolescentes (Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA, Lei n.º 8.069/ 1990), dos idosos (Estatuto do Idoso, Lei n.º 10.741/2003) e das pessoas com deficiência (Decreto Nº 3.298/1999, alterado pelo Decreto Nº 5.296/2004).

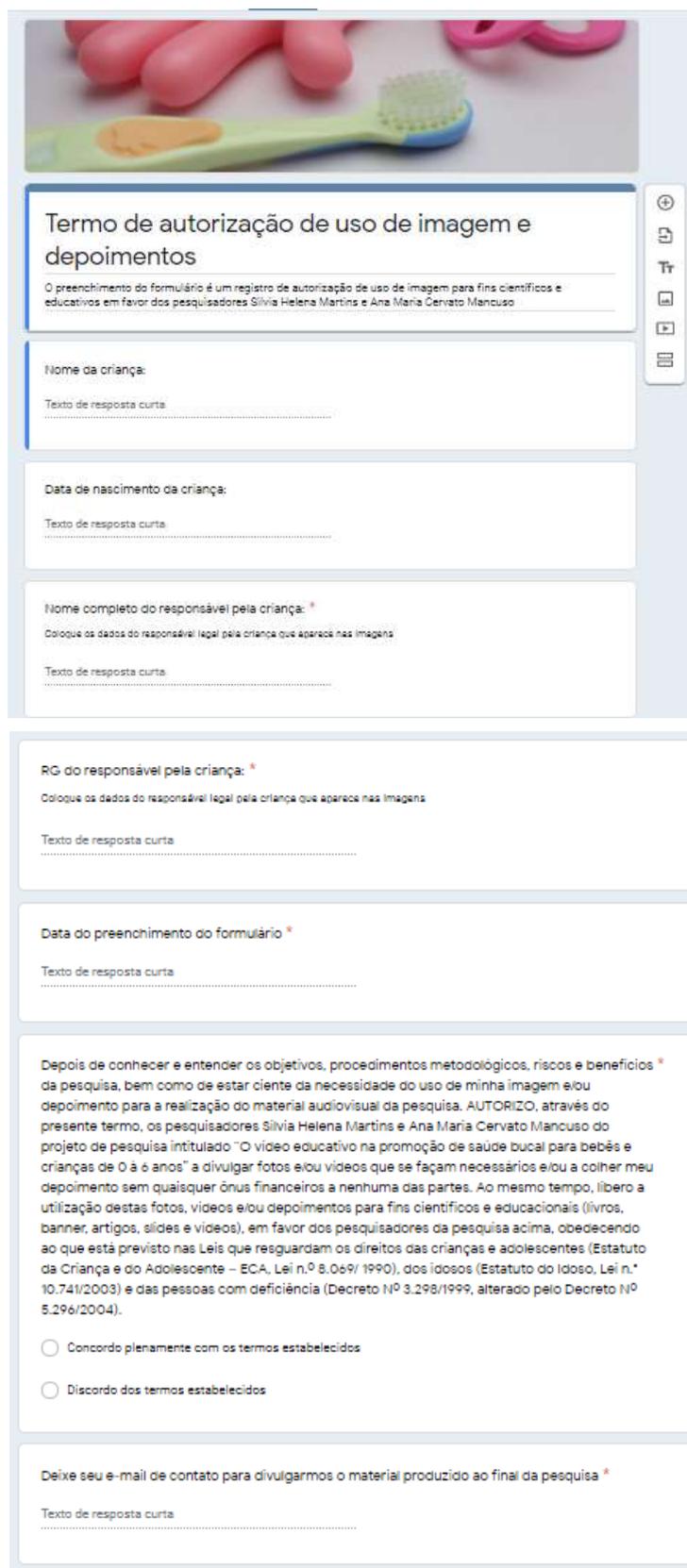
Concordo plenamente com os termos estabelecidos

Discordo dos termos estabelecidos

Deixe seu e-mail de contato para divulgarmos o material produzido ao final da pesquisa

Texto de resposta curta

APÊNDICE H - Termo de Autorização do uso de imagem-Criança (Google Forms)



Termo de autorização de uso de imagem e depoimentos

O preenchimento do formulário é um registro de autorização de uso de imagem para fins científicos e educativos em favor dos pesquisadores Sílvia Helena Martins e Ana Maria Cervato Mancuso

Nome da criança:

Texto de resposta curta

Data de nascimento da criança:

Texto de resposta curta

Nome completo do responsável pela criança: *

Coloque os dados do responsável legal pela criança que apareceu nas imagens

Texto de resposta curta

RG do responsável pela criança: *

Coloque os dados do responsável legal pela criança que apareceu nas imagens

Texto de resposta curta

Data do preenchimento do formulário *

Texto de resposta curta

Depois de conhecer e entender os objetivos, procedimentos metodológicos, riscos e benefícios da pesquisa, bem como de estar ciente da necessidade do uso de minha imagem e/ou depoimento para a realização do material audiovisual da pesquisa, AUTORIZO, através do presente termo, os pesquisadores Sílvia Helena Martins e Ana Maria Cervato Mancuso do projeto de pesquisa intitulado "O vídeo educativo na promoção de saúde bucal para bebês e crianças de 0 à 6 anos" a divulgar fotos e/ou vídeos que se façam necessários e/ou a colher meu depoimento sem quaisquer ônus financeiros a nenhuma das partes. Ao mesmo tempo, libero a utilização destas fotos, vídeos e/ou depoimentos para fins científicos e educacionais (livros, banner, artigos, slides e vídeos), em favor dos pesquisadores da pesquisa acima, obedecendo ao que está previsto nas Leis que resguardam os direitos das crianças e adolescentes (Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA, Lei n.º 8.069/ 1990), dos idosos (Estatuto do Idoso, Lei n.º 10.741/2003) e das pessoas com deficiência (Decreto Nº 3.298/1999, alterado pelo Decreto Nº 5.296/2004).

Concordo plenamente com os termos estabelecidos

Discordo dos termos estabelecidos

Deixe seu e-mail de contato para divulgarmos o material produzido ao final da pesquisa *

Texto de resposta curta

APÊNDICE I - Perguntas para os profissionais de saúde

Perguntas para a Fonoaudióloga:

Qual a função da boca na primeira infância?

Qual a importância do aleitamento materno na Saúde Bucal dos bebês?

Como o aleitamento materno favorece o desenvolvimento orofacial do bebê?

Quais os impactos positivos que a prática da amamentação traz para a saúde bucal dos bebês?

O uso da chupeta está associado ao desmame precoce?

O hábito de usar a chupeta influencia negativamente na aquisição de habilidades orais?

De que forma a chupeta interfere na fala da criança?

Como retirar a chupeta de forma não traumática?

Existem evidências científicas que comprovem que o uso de bico ortodôntico é menos prejudicial do que o bico normal?

Dedo ou chupeta? Qual a melhor escolha?

Como realizar a alimentação complementar?

A partir de quantos meses inicia-se a alimentação complementar?

Como processar os alimentos durante a alimentação complementar?

Crianças que usam mamadeira, é recomendado aumentar o tamanho do furo da mamadeira para facilitar a ingestão de líquidos?

É recomendado o uso de copo de transição?

Quando iniciar o uso do copo de transição?

Quando começa o movimento de mastigação dos bebês?

Durante a fase de erupção dentária quais as manifestações mais comuns?

Quais os hábitos nocivos que interferem no desenvolvimento da arcada dentária?

Pergunta para Psicóloga:

Qual a função da boca na primeira infância?

O aleitamento materno favorece a formação de vínculo afetivo entre mãe e bebê?

A necessidade de sucção pode estar relacionada com questões emocionais?

Como remover o uso da chupeta de uma forma não traumática?

Perguntas para especialista em Saúde Coletiva:

Por que o Flúor é importante para a Saúde Bucal?

Como a fluoretação das águas de abastecimento público influenciam na prevenção de cárie?

Perguntas para dentistas - Saúde da Gestante

Qual a importância do acompanhamento odontológico durante a gestação, quais os benefícios para a saúde da mãe e do bebê?

Quais as alterações hormonais comuns na gravidez, e como elas podem modificar o equilíbrio normal da boca neste período?

É comum o aparecimento de náuseas e vômitos durante o período de gestação, isso pode aumentar os riscos de atividade cariogênica?

Quais as alterações bucais mais comuns durante a gestação?

Quais são as causas das inflamações gengivais em gestante e como podemos prevenir e tratar?

Como as ações educativas com gestantes podem influenciar na introdução de hábitos saudáveis desde o início da vida dos bebês?

A mudança de hábitos alimentares durante a gestação podem ser fatores de aumento de riscos de cárie? Como contornar as dificuldades e diminuir estes riscos?

Os hábitos alimentares das gestantes influenciam na percepção de paladar do bebê?

É possível correlacionar as escolhas maternas, quanto alimentação e higiene bucal, com melhores condições de saúde bucal dos bebês e crianças?

Quais as alterações hormonais comuns na gravidez, e como elas podem modificar o equilíbrio normal da boca neste período?

No caso da necessidade de radiografia odontológica, elas podem ser feitas durante a gestação?

Pergunta para a Médico de família:

Qual a função da boca na primeira infância?

Quais os impactos positivos que a prática da amamentação traz para a saúde bucal dos bebês?

Deve ser realizada a higiene bucal em criança que estão em aleitamento materno e ainda não tem dentes?

O uso de chupeta e mamadeiras podem influenciar negativamente na saúde da criança?

O hábito de usar a chupeta influencia negativamente na aquisição de habilidades orais?

Como retirar a chupeta de forma natural e evitar traumas?

O que é alimentação complementar?

A partir de quantos meses iniciar a alimentação complementar?

Como processar os alimentos no período da alimentação complementar?

É recomendado o uso de copo de transição?

Durante a fase de erupção dentária quais as manifestações mais comuns?

Perguntas para a Nutricionista

Qual a função da boca na primeira infância?

Qual a importância do aleitamento materno na Saúde Bucal dos bebês?

Como o aleitamento materno favorece o desenvolvimento orofacial do bebê?

Qual a composição do leite materno?

Qual o sabor do leite materno?

Qual a importância desses componentes para a formação dos dentes e músculos da face?

Existe um mito que o leite materno é fraco e insuficiente para o bebê, qual seu posicionamento diante destas falas?

Qual a diferença entre o leite materno e o consumo de fórmulas?

Quais os benefícios que o leite materno oferece ao bebê que as fórmulas não oferecem?

A alimentação da mãe influencia no aleitamento materno?

Qual o período recomendado para a amamentação exclusiva?

Como saber se o volume de leite ingerido em cada mamada é suficiente para o bebê?

Quais as maiores dificuldades para estabelecer o aleitamento materno?

O que é alimentação complementar?

Como realizar a alimentação complementar?

A partir de quantos meses iniciar a alimentação complementar?

Como preparar os alimentos no período da alimentação complementar?

Por que a alimentação complementar é um período importante para o desenvolvimento de habilidades orais do bebê?

Os hábitos de alimentação da família influenciam na formação de hábitos das crianças?

Perguntas para o Odontopediatra:

Qual a função da boca na primeira infância?

Qual a importância do aleitamento materno para a saúde bucal?

O aleitamento materno pode favorecer a cárie precoce na infância?

O uso contínuo da chupeta traz algum prejuízo para a saúde da criança?

O uso da chupeta compromete o desenvolvimento das arcadas dentárias?

A partir de que idade a chupeta é prejudicial?

A chupeta aumenta a salivação e faz a criança babar mais?

Como remover o uso da chupeta de uma forma não traumática?

Qual a importância da estimulação da mastigação na fase de introdução alimentar, como isso contribui com o crescimento e desenvolvimento da criança?

Qual a importância da primeira dentição?

Com que idade começam a nascer os primeiros dentinhos do bebê?

Quais os sintomas mais comuns durante a fase de erupção dos dentes?

É comum a criança apresentar fezes líquidas durante o período de erupção dos dentes?

É aconselhável o uso de mordedor durante o período de erupção dos dentes?

Qual é o período de troca dos dentes?

O que é cárie?

Como evitar cáries na infância?

A mamadeira provoca cáries?

O antibiótico provoca cárie?

Quando começar a higiene bucal das crianças?

De que forma realizar a higiene bucal de acordo com cada faixa etária?

Devemos utilizar creme dental com flúor, ou sem flúor?

Por que o flúor é importante para a Saúde Bucal?

O creme dental sem flúor traz algum benefício?

O uso de creme dental com flúor pode trazer prejuízos para a saúde bucal da criança?

Quantas vezes escovar os dentes da criança por dia?

É necessário usar creme dental em todas as escovações?

Os pais devem escovar os dentes na frente das crianças para estimulá-las a realizar a escovação?

Até que idade os pais precisam escovar os dentes de seus filhos?

Como deve ser o período de transição da escovação realizada pelos pais até a criança adquirir esta habilidade?

Qual a escova mais adequada para as crianças de 0 a 6 anos?

Quais as precauções devem ser tomadas em relação à Saúde Bucal quando utilizamos medicamentos com crianças de 0 a 6 anos?

Perguntas para Enfermagem:

Qual a importância do acompanhamento odontológico durante a gestação, quais os benefícios para a saúde da mãe e do bebê?

Como as ações educativas com gestantes podem influenciar na introdução de hábitos saudáveis desde o início da vida dos bebês?

Quais os espaços educativos na atenção primária que podem dar suporte para as gestantes e puérperas?

A mudança de hábitos alimentares durante a gestação podem ser fatores de aumento de riscos de cárie? Como contornar as dificuldades e diminuir estes riscos?

Qual a função da boca na primeira infância?

Quais os impactos positivos que a prática da amamentação traz para a saúde bucal dos bebês?

Existe um mito que o leite materno é fraco e insuficiente para o bebê, como podemos desconstruir essa crença e incentivar o aleitamento materno?

A alimentação da mãe influencia no aleitamento materno?

O hábito de usar a chupeta influencia negativamente na aquisição de habilidades orais do bebê?

Como retirar a chupeta de forma não traumática?

Crianças que usam mamadeira, é recomendado aumentar o tamanho do furo da mamadeira para facilitar a ingestão de líquidos?

Com que idade começam a nascer os primeiros dentinhos do bebê?

Durante a fase de erupção dentária quais as manifestações e sintomas mais comuns? Como podemos diminuir o desconforto do bebê?

APÊNDICE J - Perguntas para profissionais da educação

Qual a função da boca na primeira infância?

Como podemos proporcionar experiências sensoriais para os bebês que estão iniciando a alimentação complementar?

De acordo com sua percepção como educadora, quais as dificuldades que uma criança que faz uso da chupeta enfrenta?

Como construir hábitos de Saúde Bucal na infância?

Qual a estratégia educativa acredita ser a mais eficiente para iniciar os hábitos de cuidado com a higiene bucal das crianças?

Como professora, qual estratégia utiliza para acompanhar a escovação das crianças?

Qual o ambiente dentro da escola mais apropriado para realizar as atividades educativas de sensibilização e conscientização dos hábitos de higiene dental com as crianças?

De acordo com sua vivência profissional, qual o melhor horário (dentro da rotina escolar) para realizar a escovação?

Como tornar a escovação parte da rotina escolar?

Quais as dificuldades para realizar a escovação com crianças de 0 à 6 anos?

Como as famílias podem colaborar com as atividades de escovação da escola?

Como abordar as questões de Saúde Bucal com as famílias? Quais estratégias educativas seriam mais adequadas?

Como professora, se pudessem dar uma dica estratégica para as famílias de bebês e crianças sobre o cuidado com a saúde bucal, qual seria?

Você já vivenciou práticas de ação educativa com profissionais de saúde dentro da escola que considere exitosas e que colaboraram para construir hábitos de saúde bucal?

Sabemos que os hábitos alimentares influenciam na promoção de Saúde Bucal, como você aborda essa temática de forma educativa?

Você poderia indicar livros e materiais educativos que conhece ou já tenha utilizado e recomenda.

APÊNDICE K - Perguntas para famílias de bebês e crianças de 0 a 6 anos

De acordo com sua experiência, qual a relação da criança com a boca na primeira infância?

Você enfrentou dificuldades para iniciar o aleitamento materno? Como foi essa experiência?

Você observa benefícios do aleitamento materno para o desenvolvimento do seu bebê/criança?

Quais os impactos positivos que a prática da amamentação trouxe para a saúde bucal do seu bebê?

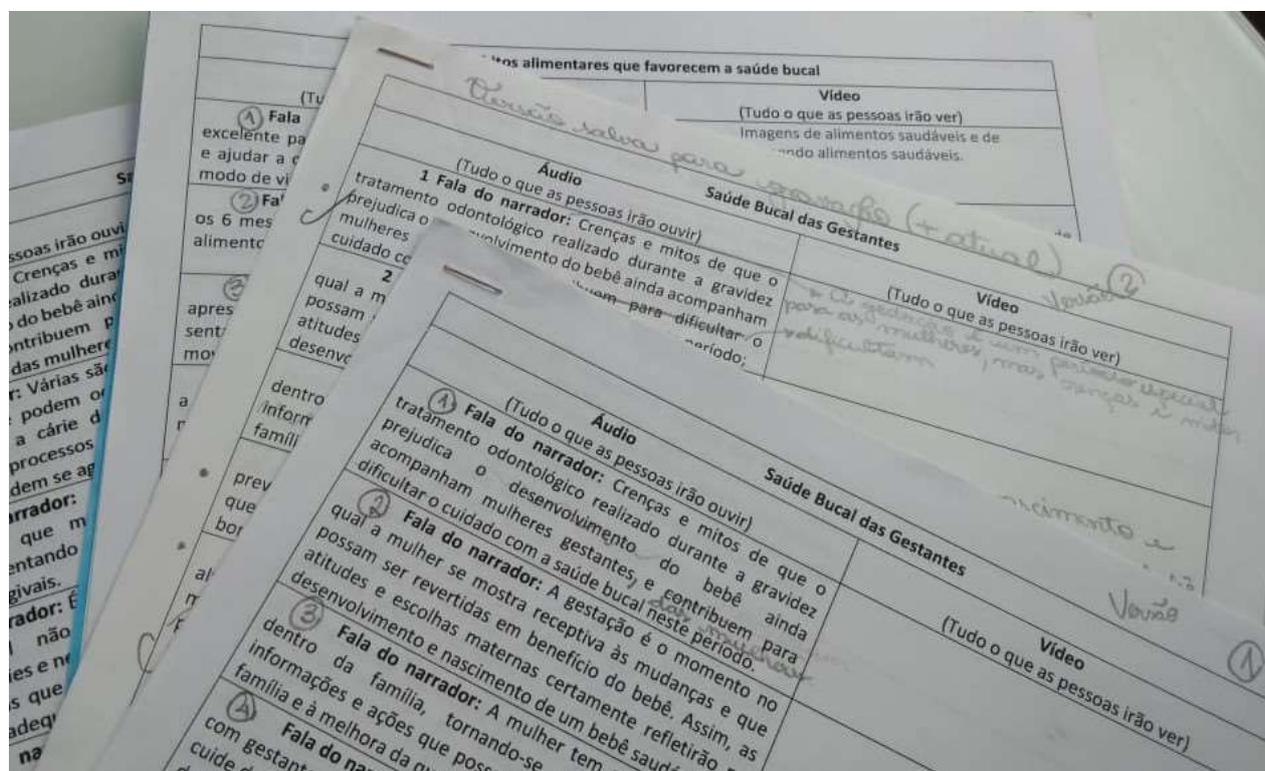
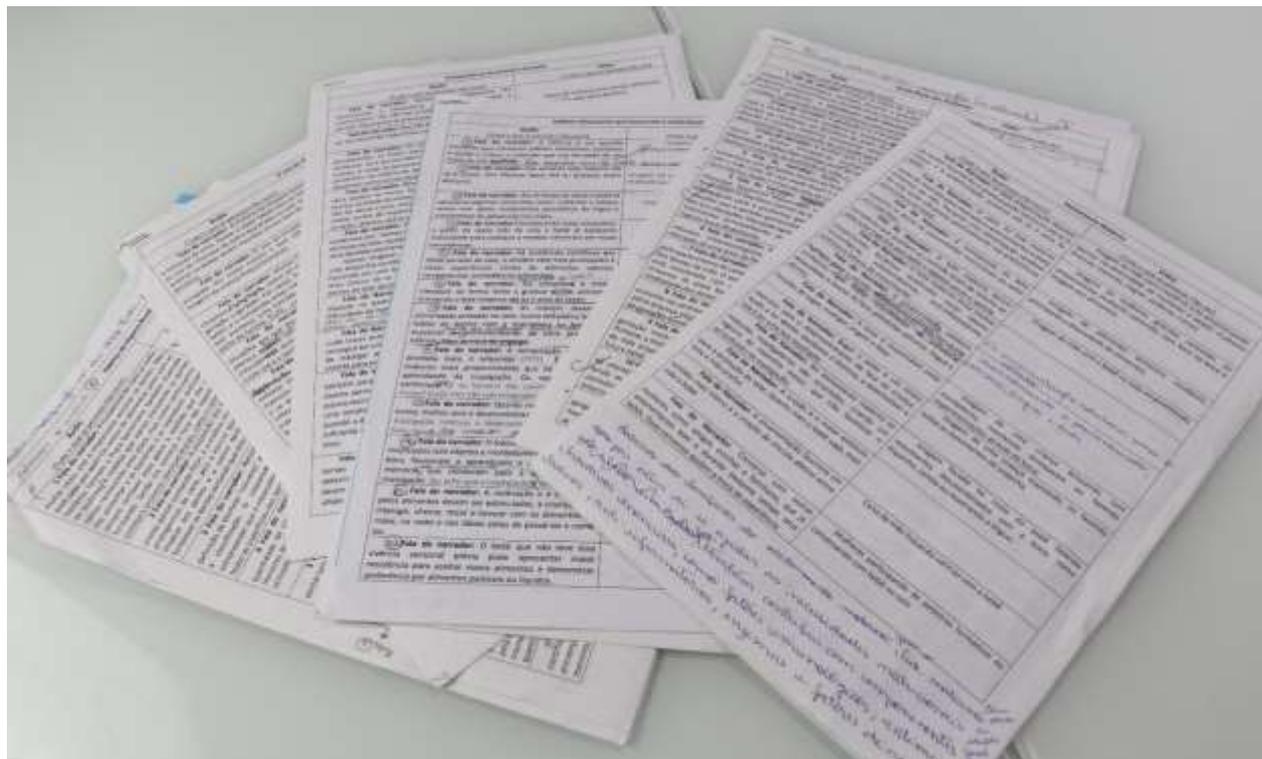
Você observa aspectos positivos que o aleitamento materno contribuiu para a introdução alimentar?

Quando você iniciou a higiene bucal do seu bebê? Como foi esse processo?

Quais as dificuldades enfrentadas para a construção de hábitos de higiene com as crianças?

Como a família acompanha e estimula os cuidados de higiene bucal da criança?

APÊNDICE L – Roteiros elaborados



ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa

USP - FACULDADE DE SAÚDE
PÚBLICA DA UNIVERSIDADE
DE SÃO PAULO - FSP/USP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Intersetorialidade e a Saúde Pública

Pesquisador: Ana Maria Cervato Mancuso

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 98278918.5.0000.5421

Instituição Proponente: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo - FSP/USP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.961.091

Apresentação do Projeto:

O objetivo do trabalho é descrever o papel, a utilidade e os aspectos conceituais de saúde nas práticas educativas de ensino multidisciplinar, na perspectiva de professores de educação infantil e de profissionais de saúde do município de São Paulo. Trata-se de uma pesquisa de natureza qualitativa, descritiva, realizada a partir de interpretação de depoimentos de 30 profissionais da saúde e da educação sobre o tema proposto. O recrutamento dos participantes será realizado por meio de divulgação em rede social e cartazes nas dependências da Universidade de São Paulo. Os entrevistados, portanto, serão voluntários, desde que atendam ao critério de inclusão de ser profissional do setor saúde ou do setor da educação em exercício no município de São Paulo e que concorde em participar voluntariamente do estudo. As falas serão transcritas e analisadas, e todas as etapas da pesquisa serão baseadas nos aspectos éticos envolvendo pesquisas com seres humanos.

Objetivo da Pesquisa:

O objetivo do trabalho é descrever o papel, a utilidade e os aspectos conceituais de saúde nas práticas educativas de ensino multidisciplinar, na perspectiva de professores de educação infantil e de profissionais de saúde do município de São Paulo.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

"Há risco de constrangimento e desconforto dos entrevistados, uma vez que serão tratadas

Endereço: Av. Doutor Arnaldo, 715

Bairro: Cerqueira Cesar

CEP: 01.246-904

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3061-7779

Fax: (11)3061-7779

E-mail: coep@fsp.usp.br

USP - FACULDADE DE SAÚDE
PÚBLICA DA UNIVERSIDADE
DE SÃO PAULO - FSP/USP



Continuação do Parecer: 2.981.091

questões relacionadas a sentimentos, afetividade e questões referentes à formação profissional e conhecimento técnico individual, o que será esclarecido no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)".

Benefícios:

"Os benefícios ao entrevistado se dão pela reflexão que a entrevista promoverá, a qual, por si só, é uma possibilidade de desenvolvimento de novas habilidades e competências. Ao mesmo tempo, a divulgação dos resultados poderá contribuir na elaboração de práticas e políticas que atendam às necessidades da população nos aspectos estudados".

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Nada a declarar.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

TCLE e folha de rosto adequados.

Recomendações:

Pela aprovação do projeto.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1197541.pdf	11/09/2018 11:43:00		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tecle.pdf	11/09/2018 11:39:15	Ana Maria Cervato Mancuso	Aceito
Orçamento	orcamento.pdf	11/09/2018 11:38:07	Ana Maria Cervato Mancuso	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projetopesquisa.pdf	11/09/2018 11:37:52	Ana Maria Cervato Mancuso	Aceito
Cronograma	cronograma.pdf	11/09/2018 11:33:22	Ana Maria Cervato Mancuso	Aceito
Folha de Rosto	declarafsp.pdf	11/09/2018	Ana Maria Cervato	Aceito

Endereço: Av. Doutor Arnaldo, 715

Bairro: Cerqueira Cesar

CEP: 01.246-904

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3061-7779

Fax: (11)3061-7779

E-mail: coep@fsp.usp.br

USP - FACULDADE DE SAÚDE
PÚBLICA DA UNIVERSIDADE
DE SÃO PAULO - FSP/USP



Continuação do Parecer: 2.981.091

Folha de Rosto	declarafsp.pdf	11:28:51	Mancuso	Aceito
----------------	----------------	----------	---------	--------

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO PAULO, 15 de Outubro de 2018

Assinado por:

José Leopoldo Ferreira Antunes
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Doutor Arnaldo, 715

Bairro: Cerqueira Cesar

CEP: 01.246-904

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3061-7779

Fax: (11)3061-7779

E-mail: coep@fsp.usp.br