

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS - UFSCar
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE - CCBS

KARINA RUMI DE MOURA

**ABORDAGEM DA SAÚDE DA CRIANÇA NA
EDUCAÇÃO INFANTIL: PERCEPÇÃO DE
EDUCADORAS**

São Carlos

2012

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS - UFSCar
CENTRO DAS CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE - CCBS

Karina Rumi de Moura

**ABORDAGEM DA SAÚDE DA CRIANÇA NA
EDUCAÇÃO INFANTIL: PERCEPÇÃO DE
EDUCADORAS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Monika Wernet

São Carlos

2012

**Ficha catalográfica elaborada pelo DePT da
Biblioteca Comunitária da UFSCar**

M929as Moura, Karina Rumi de.
Abordagem da saúde da criança na educação infantil :
percepção de educadoras / Karina Rumi de Moura. -- São
Carlos : UFSCar, 2013.
110 f.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal de São
Carlos, 2013.

1. Enfermagem. 2. Educação infantil. 3. Educador. 4.
Saúde. 5. Creches. I. Título.

CDD: 610.73 (20ª)




UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM



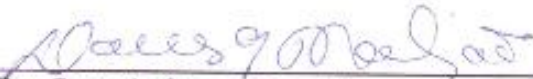
FOLHA DE APROVAÇÃO

Aluna: KARINA RUMI DE MOURA

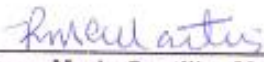
DISSERTAÇÃO DE MESTRADO DEFENDIDA E APROVADA EM 07/02/2013
PELA COMISSÃO EXAMINADORA:




Prof. Dra. Monika Wernet
(Orientadora - PPGE_{nf}/UFSCar)



Prof. Dra. Damaris Gomes Maranhão
(Fac. de Enf/UNISA)



Enf. Dra. Rosa Maria Castilho Martins
(UAC/UFSCar)



Presidente da Coordenação de Pós-Graduação
Prof. Dra. Anamaria Alves Napoleão

Dedico esta dissertação aos meus exemplos de vida, Elinaldo Vieira de Moura e Solange Aparecida Rumi de Moura que sempre me estimularam a dar este grande passo. Estas duas pessoas com muita sabedoria, discernimento, bom senso e dedicação estiveram ao meu lado me encorajando nas horas difíceis e me aplaudindo nos momentos de glória. Obrigada por serem meus pais, fonte de inspiração, apoio e ensino diário.

AGRADECIMENTOS

Este trabalho não é resultado apenas de um esforço individual. Ele nasce de significativas contribuições recebidas durante minha trajetória acadêmica e como cidadã, ao lidar com pessoas e instituições que foram fundamentais a essa construção. Muitos deram sua contribuição ao conteúdo desta dissertação. Alguns fizeram por sua boa vontade em escutar o que me inquietava e o que ocupava a minha mente, encorajando-me a exteriorizá-los. Outros me ajudaram questionando-me e dando sugestões. Outros ainda, críticos, causaram-me o desejo de registrar minhas indagações para ser capaz de analisá-las e interpretá-las. O que produzi são projeções do que aprendi com os outros e através da minha própria trajetória de vida.

Consciente de que é impossível listar todos que de uma forma ou de outra me acrescentaram conhecimentos e experiências essenciais à forma de ver o mundo e nele atuar – particularmente em relação à área da saúde e da educação – preciso expressar meu agradecimento e reconhecimento por ter convivido e aprendido pelo menos àqueles que me ajudaram diretamente na execução desta pesquisa.

Aos meus amados pais, Eli e Solange, que sempre com muito carinho, apoio e presença, contribuíram e incentivaram minha educação, participando das vitórias e dificuldades da minha jornada. Companheiros que a Vida ensina-me a compreender e, cujos exemplos trazem em si Força e Coragem. Amo vocês!

Aos meus irmãos, Camila e João, que mesmo distantes de mim souberam a hora certa de me dar forças e dividiram comigo minhas angústias e alegrias, por serem parte de minha felicidade nas idas e vindas de cada um de nós. E cujo existir sempre me instigou à busca por ser uma pessoa melhor.

Ao meu avô, Nasso Rumi, que mesmo sem entender o que de fato faço sempre se mostrou presente, torcendo pelo sucesso.

Aos **colegas de Mestrado** pelo companheirismo com o qual convivemos. E entre eles destaco meus agradecimentos aos que ocuparam o lugar de **amigos, Amanda e Talitha**, pelo auxílio e conversas.

A **Amandinha** pelos “Choros” que me inspiraram na fase final deste trabalho e por tudo o mais, pequenos detalhes que nos aproximam e que fortalecem os mais puros laços de carinho. Obrigada por me deixar fazer parte de sua família e por ser parte integrante da minha.

Às minhas grandes amigas **Juliana e Daiana**, que desde 2006 estão ao meu lado. Compartilharam comigo as experiências da graduação, dividiram comigo não só o apartamento em São Carlos, mas também suas vidas, oferecendo apoio, conversas, alegrias, telefonemas, mensagens - a cada palavra um incentivo e a cada encontro a reafirmação de projetos e sonhos.

Aos amigos **Alessandro, Cristiano, Marcelo e Rafael**, que me ajudaram em toda a trajetória, cada um a seu modo. Obrigado pela companhia, carinhos, mimos, piadas, cantorias, churrascos, momentos de lazer e também de seriedade que muito me fizeram refletir e sentir a força da amizade. Obrigada por existirem e serem o que são.

À **Fran** e a **Paula**, pela acolhida, pelas risadas, pela amizade, conselhos e partilhas. Realmente os amigos são a família que nos é permitida escolher no decurso da Vida.

Agradeço especialmente à minha orientadora **Prof.^a Dr.^a Monika Wernet**, que me acompanhou desde os primeiros passos no mundo da pesquisa. Por sua confiança, paciência, carinho, cuidado e todas as demais atitudes e palavras que contribuíram em minha trajetória acadêmica, profissional e por sua colaboração em minha formação como ser humano. Todos os momentos vividos com você e com sua família ficarão em minha memória e meu coração. Mais do que uma orientadora, foi uma amiga que ganhei.

As professoras que compuseram a banca de qualificação, **Prof.^a Dr.^a Maria Malta, Prof.^a Dr.^a Marta Angelica Iossi Silva e Prof.^a Dr.^a Maria Fernanda Barboza Cid**, por suas contribuições para a melhoria deste trabalho. E às **Prof.^a Dr.^a Damaris Maranhão e Enf.^a Dr.^a Rosa Maria Castilho Martins**, membros da banca de defesa, pelas pertinentes observações que fizeram o diferencial na conclusão deste estudo.

À **Prof.^a Dr.^a Giselle Dupas** por seu apoio, suas palavras de estímulo, as quais em vários momentos auxiliaram-me a manter a motivação e a garra. Por oferecer o colo de mãe quando me via diante das adversidades.

A **Todos** os demais **Professores** e **Funcionários** desta Universidade que de algum modo contribuíram para que esse trabalho se configurasse.

E, entre tantos que nos ensinam, agradeço principalmente àquelas que participaram deste estudo na figura de sujeitos de pesquisa. **Educadoras**, que me emprestaram parcelas de suas experiências de Vida, para que servissem à reflexão, à análise e quiçá, auxiliem na construção de um mundo melhor.

“Não sei se a vida é curta ou longa para nós, mas sei que nada do que vivemos tem sentido, se não tocarmos o coração das pessoas. Muitas vezes basta ser: colo que acolhe, braço que envolve, palavra que conforta, silêncio que respeita, alegria que contagia, lágrima que corre, olhar que acaricia, desejo que sacia, amor que promove. E isso não é coisa de outro mundo, é o que dá sentido à vida. É o que faz com que ela não seja nem curta, nem longa demais, mas que seja intensa, verdadeira, pura enquanto durar. Feliz aquele que transfere o que sabe e aprende o que ensina.”

(Cora Coralina)

RESUMO

Os primeiros anos de vida de uma criança são reconhecidos como determinantes para o estabelecimento de concepções e atitudes, com desdobramentos para o resto da vida. Neste sentido, os espaços de educação infantil despontam-se como de grande influência, por meio das interações ali vivenciadas. Esta pesquisa buscou contribuir com a qualificação destes espaços ao tomar como objetivo compreender a abordagem de saúde da criança pelos educadores no espaço de educação infantil. Adotou o Interacionismo Simbólico como referencial teórico e a Análise de Conteúdo na modalidade temática enquanto referencial metodológico. Foram realizadas entrevistas com vinte educadoras. “Insegurança frente a abordagem da saúde da criança” revelou-se como fenômeno central e as categorias temáticas “Saúde no espaço de educação infantil”; “Contexto da escola como limite” e “Necessidade de parcerias” retratam significados, necessidades e ações desenvolvidas pelos educadores no processo de incluir saúde em suas práticas. Alcançar a integração saúde e educação nos espaços de educação infantil revelou-se como desafio atual e que carece de investimentos.

Descritores: Educação Infantil; Educador; Saúde; Creche; Enfermagem.

ABSTRACT

The first years of a child life is recognized as determinant to the establishment of concepts and attitudes that impacts its whole life. In this sense, child day care centers, throughout the relationships offered, are of great influence. The present study contributed with the qualification of these places when assumed as its aim to comprehend the health approach developed by educators of child day care centers. It adopted the Symbolic Interactionism as theoretical reference and the Thematic Content Analysis as the methodological reference. Interviews with twenty educators were developed. Insecurity in health approach revealed to be the central phenomena and the thematic categories “health in child day care centers”; “Child day care centers contexts as limit” and “Need of partnerships” described conceptions, needs and actions in the process of including health in the educators practice. Reach the integration of health and education in child day care centers is an actual challenge and claim for investments.

Descriptors: Early childhood education; Pedagogue; Health; Child Day Care Centers; Nursing.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Caracterização dos sujeitos do estudo “Abordagem da Saúde da Criança na Educação Infantil: Percepção de Educadoras”, São Carlos, 2012.....	41
---	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AC – Análise de Conteúdo Temática

COEDI/MEC – Coordenação Geral de Educação Infantil do Ministério da Educação

FAMERP – Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto

IS – Interacionismo Simbólico

LDBEN – Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional

OMS – Organização Mundial da Saúde

OPAS – Organização Pan-americana de saúde

PPGEnf – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

RCENI – Referenciais Curriculares Nacionais da Educação Infantil

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UAC – Unidade de Atendimento à Criança

UFSCar – Universidade Federal de São Carlos

UNESCO – Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura

UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	19
2. OBJETIVOS.....	32
3. REFERENCIAL TEÓRICO.....	34
3.1. Interacionismo Simbólico (IS).....	35
4. REFERENCIAL METODOLÓGICO.....	38
4.1. Análise de Conteúdo (AC).....	39
5. CONDUÇÃO DA PESQUISA.....	42
5.1. Sujeitos do estudo e sua localização.....	43
5.2 Coleta dos dados e local.....	47
5.3 Análise dos Dados.....	47
5.4 Aspectos Éticos.....	49
6. RESULTADOS.....	50
7. DISCUSSÃO.....	79
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	93
9. REFERÊNCIAS.....	95
10. ANEXOS E APÊNDICES.....	105
Anexo 1 – Parecer do Comitê de Ética.....	107

Apresentação

O sonho de ingressar em uma universidade pública não é recente. Pelo contrário, começou com meus pais, ao planejarem minha educação, e se estendeu a mim no momento em que finalizei o colegial me deparando com o temido vestibular. Sempre estudei nas melhores escolas particulares da cidade onde morava, mas, justamente na época dos vestibulares, problemas particulares me impediram de levar este sonho adiante. Não desisti. Apenas o adiei por alguns anos.

Nesse período, me mudei de cidade e prestei um concurso para trabalhar como inspetora em uma escola municipal (ensino fundamental) que contemplava alunos de diferentes faixas etárias, desde 05 até 18 anos. Gostava do meu trabalho, e esse contato, principalmente com as crianças menores, me dava a certeza de que, independentemente da área que eu escolhesse para seguir carreira, elas estariam presentes.

Depois de três anos, com os problemas parcialmente resolvidos, pude dar continuidade ao meu sonho. Conciliei o trabalho com os estudos por um ano e, por muito pouco, não fui aprovada, o que me encorajou a me exonerar do cargo e me dedicar integralmente aos estudos. Ingressava em 2006 no curso de Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos - UFSCar.

Durante a graduação me envolvi em projetos na área da saúde pública com o assunto *qualidade de vida*. Estes trabalhos me proporcionaram crescimento tanto profissional quanto pessoal, pois me possibilitavam o contato com a população. No último ano do projeto de extensão, voltei a trabalhar com crianças, ainda com o tema *qualidade de vida*, o que me instigou a pensar em algo que me aproximaria delas novamente.

Não tive dúvidas ao escolher a Unidade de Atendimento à Criança (UAC), espaço de educação infantil da Universidade Federal de São Carlos, como campo de estágio na disciplina de Estágio Supervisionado - minha área de interesse - o que concretizou o que sempre soube: amo trabalhar com crianças e é esse o caminho que quero trilhar. Essa certeza já estava instalada, e só me restava, então, aproveitar ao máximo esta oportunidade.

Assim foi feito. Conquistei um espaço importante e a confiança não só da enfermeira da unidade como também de muitas educadoras que lá trabalhavam. No entanto, percebia que a relação entre educação e saúde não transcorria de forma “natural” - alguns impasses existiam, os quais culminavam em conflitos nas relações

interpessoais e, no final, as crianças saíam prejudicadas. A percepção da dificuldade de integrar campos do conhecimento e práticas com a criança na educação infantil ficava cada vez mais em evidência.

O entrave existente nesse universo, não só vivido pela enfermeira, mas também pelas educadoras, despertou em mim a vontade de tentar entender o que de fato acontece, e se este entrave está presente em todos os espaços de educação infantil ou se era um problema restrito àquele local. Assim, ao final da graduação, prestei o concurso para seleção do mestrado na mesma universidade e com a professora que me apresentou este “mundo” durante a graduação. Fui aprovada!

A felicidade de fazer parte do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGEnf) da UFSCar tomava conta de mim. Não acreditava ter chegado tão longe. O começo foi motivador e inspirador, mas alguns problemas aconteceram neste caminhar. Modificações no projeto, mudanças de planos, greve do Comitê de Ética. Superadas as dificuldades, segui com meu sonho, agregar saúde e educação, pensando na criança. Iniciamos as atividades com a intenção de utilizar o grupo focal para coleta de dados, mas não foi possível utilizá-lo. Embora houvesse o aceite da Secretaria Municipal de Educação e, durante o primeiro contato com as creches e escolas, a coordenação se mostrasse receptiva, todas as tentativas foram frustradas.

Inicialmente, indagamos sobre o fato de ter havido baixa aceitação das educadoras em participar das entrevistas. Quando contatadas, demonstravam interesse e pronto aceite. No entanto, no dia da entrevista, algo acontecia que as impedia de falar, ora pelo fato de “imprevistos”, ora por “acúmulo de trabalho”. É importante ressaltar que todas as entrevistas foram realizadas fora do horário de trabalho, ou nos dias reservados para reunião de todos os funcionários da creche, cuja presença é obrigatória. Além dessa opção, outra possibilidade para as entrevistas se deu em intervalos de aula das educadoras com o dia e horário acordados antecipadamente com as mesmas.

Ressaltamos que as educadoras demonstraram interesse em participar das entrevistas. No entanto, o interesse pareceu estar relacionado mais com desabafos pessoais relacionados ao tema, do que com o objetivo de construir uma ação profissional. Podemos atribuir isso ao fato de muitas educadoras não reconhecerem como seu papel, ou como ação profissional, o cuidado de saúde, o que poderia justificar o reduzido número de participantes da pesquisa, uma vez que esta é da área da saúde.

Soma-se a isto o fato de ser um estudo com participação opcional, como consta na resolução 196/96, e com entrevistas individuais, feitas particularmente.

O fato é que minha experiência durante o estágio da graduação me permitiu fazer questionamentos e algumas afirmativas. Os resultados encontrados nesta pesquisa me proporcionaram (re) questionar e (re) afirmar, mas, principalmente, confirmar impressões já instaladas.

1. Introdução

Introdução

1. Desenvolvimento Integral da Criança no âmbito da Educação

A história não é uma única história, mas o produto de muitas outras. A história da educação infantil, das suas instituições, dos seus profissionais, das crianças pequenas que se encontram nas instituições e de suas famílias, em cada uma das cidades do país, está em permanente interseção com muitas outras histórias: a da infância, da família, da população, da urbanização, do trabalho, das relações de produção e das demais instituições educacionais. Nessa trajetória, as instituições articulam-se, ainda, com a história da assistência, a do discurso pedagógico e das mentalidades (MACHADO, 2000, p.192).

De acordo com os estudos históricos, a creche, enquanto instituição de atendimento à criança pequena surgiu no século XIX na maioria dos países do hemisfério norte, e no início do século XX no Brasil. Sua origem foi marcada pela ilegitimidade, pois nesse período a família só deveria recorrer aos seus serviços em casos extremos, como a impossibilidade de cuidar dos filhos. Assim, a creche se desenvolveu paralelamente a um modelo de família considerado exclusivo no que diz respeito ao cuidado e educação da criança pequena. “... quanto mais claramente definida a exclusividade da família em relação aos cuidados e educação da criança pequena, menor espaço de legitimidade para atuar nesse campo.” (HADDAD, 1997, p.72).

Segundo Haddad (p.72), o culto a esse modelo de família idealizado, do qual as instituições profissionais não se isentaram, resultou na cristalização de mitos que se constituíram em verdadeiros pilares de resistência contra a emancipação da creche. Dentre eles o mito da responsabilidade natural, exclusiva da família pela criação e educação dos filhos; a maternidade como inerente à condição feminina; a importância do vínculo afetivo entre pais e filhos; e a autossuficiência da unidade familiar como sistema que pode dispensar a rede de apoio social.

Dessa forma, em função de um único modelo de família adotado como norma para todas as outras estruturas familiares, negou-se tanto a identidade da creche,

enquanto espaço coletivo, que se difere do ambiente familiar por oferecer à criança um espaço de socialização que possibilite a ampliação de suas experiências, como também a identidade das famílias atendidas, já que estas possuíam outros conceitos de infância nos quais apoiavam suas práticas educativas.

De acordo com Kuhlmann Jr (1998), no Brasil, as creches surgiram como instituições designadas a atender as crianças pobres, numa ótica assistencialista, oferecendo-lhes abrigo, comida e roupa e evitando que ficassem na rua. Em algumas cidades brasileiras as creches surgiram para substituir as Casas dos Expostos, dando às mães pobres a opção de criar seus filhos. Tais Casas eram instituições que foram criadas para receber crianças abandonadas, que usavam as denominadas rodas, existentes no país desde o século XVII até 1894. Essas instituições visavam salvar a vida de bebês cujas mães não os podiam criar. No entanto, um dos maiores problemas que envolveram essa instituição foi o número de bebês mortos sob seus cuidados (MONTENEGRO, 2001, p.22).

Paralelamente, surgem no Brasil em 1883 os primeiros jardins de infância que, ao contrário das creches, eram instituições privadas designadas ao atendimento de crianças “ricas”. Com o objetivo de diferenciar os jardins de infância das creches e asilos, seus criadores os definiam como instituições destinadas a educar e não apenas cuidar das crianças, utilizando para isso o uso do termo “pedagógico como estratégia de propaganda mercadológica para atrair as famílias abastadas.” (KUHLMANN JR., 1998, p.84).

Até o início dos anos 1930, em São Paulo, mantiveram-se dois tipos de atendimento extra-familiar à criança pequena. A creche do tipo assistencial, orientada para atender as necessidades básicas (segurança, higiene, proteção, alimentação e aquisição de hábitos de higiene) de crianças provenientes de famílias em condições precárias de sobrevivência; e os jardins de infância, de caráter intencionalmente educativo dirigido prioritariamente às classes mais favorecidas (HADDAD, 1997).

Segundo Kuhlmann Jr. (1998), a existência desses dois sistemas paralelos de Educação Infantil, com objetivos e clientela bastante diferentes, foi responsável pela consolidação de uma falsa polarização entre o caráter assistencialista e o caráter educativo das instituições que atendiam crianças pequenas. Nessa “falsa divisão” ficava implícita a ideia de que haveria uma forma de trabalho mais ligada às atividades de

assistência à criança pequena, as quais não eram consideradas educativas, uma vez que traziam para o interior das creches e pré-escolas práticas sociais de cuidado típicas do modelo familiar e, outras, que trabalhavam numa suposta perspectiva educativa, em geral trazendo para as creches e pré-escolas o modelo de trabalho escolar desenvolvido nas escolas de ensino fundamental.

Após um longo período, foi possível, a partir de diversas pesquisas e estudos (KUHLMANN JR., 1998), reavaliar esse quadro e constatar que essa dicotomia era falsa, pois todas as instituições tinham um caráter educativo: umas com uma proposta de “educação assistencial” voltada ao atendimento das crianças pobres, e outras com uma proposta de “educação escolarizante” voltada para as crianças menos pobres. Nessa falsa dicotomia, as atividades ligadas ao corpo, à higiene, alimentação e sono das crianças eram desvalorizadas e diferenciadas das atividades consideradas pedagógicas, estas sim consideradas como sérias e merecedoras de atenção e valor.

Kuhlmann Jr. (1998) explica essa “falsa polarização” afirmando que o assistencialismo já traz em si uma proposta pedagógica. De acordo com o autor,

“A pedagogia das instituições educacionais para os pobres é uma pedagogia de submissão, uma educação assistencialista marcada pela arrogância que humilha para depois oferecer o atendimento como dádiva, como favor aos poucos selecionados para o receber. Uma educação que parte de uma concepção preconceituosa da pobreza e que, por meio de um atendimento de baixa qualidade, pretende preparar os atendidos para permanecer no lugar social a que estariam destinados” (p.182).

Para Kuhlmann Jr., as características que definem a proposta pedagógica da educação assistencialista são: retirada da criança pobre das ruas; combate à mortalidade infantil e manutenção da baixa qualidade do atendimento com o objetivo de preparar “as crianças pobres para o futuro que com maior probabilidade lhes esteja destinado.” (Ibid., p.183).

Pesquisas e estudos na área da educação, realizados especialmente nas duas últimas décadas, provocaram intensos debates em torno desse tipo de instituição, levando à constatação de que a cisão entre educar e assistir as crianças pequenas deveria

ser superada e avançar rumo a uma proposta que viesse, de fato, atender às especificidades da criança na primeira infância.

Os intensos debates em torno do atendimento prestado às crianças pequenas foram reforçados por vários movimentos advindos de diferentes segmentos da sociedade civil organizada e de representantes de órgãos públicos, devido às grandes transformações sofridas tanto na sociedade em geral, como na família, marcada agora pela entrada das mulheres no mercado de trabalho. Temas como a criança, o adolescente e a mulher foram amplamente debatidos, culminando com avanços significativos acerca da necessidade de um atendimento de caráter educativo por parte das creches e pré-escolas (CERISARA, 1999).

A atual concepção de que cabe às instituições de Educação Infantil a tarefa de cuidar e educar as crianças pequenas de forma indissociável está relacionada tanto à Constituição Brasileira de 1988, como à Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional – LDB – Lei Federal n. 9394/96, de 20 de Dezembro de 1996. Ambas as leis exerceram impactos importantes sobre a história da Educação Infantil.

“A Constituição de 1988 reconheceu como direito da criança pequena o acesso à educação em creches e pré-escolas. Esta lei coloca a criança no lugar de sujeito de direitos em vez de tratá-la, como ocorria nas leis anteriores a esta, como objeto de tutela. Mesmo sabendo que entre a proclamação de direitos na forma da lei e a consolidação da mesma em práticas sociais adequadas existe um grande hiato, esta lei constitui um marco decisivo para o longo caminho a ser percorrido na busca de uma possível definição do caráter que as instituições de educação infantil devem assumir, sem que reproduzam as práticas desenvolvidas no seio da família ou nas escolas de ensino fundamental” (CERISARA, 1999, p.14).

A nova LDB, também pela primeira vez, reconheceu a Educação Infantil como parte integrante do sistema educacional e determinou um conjunto de medidas para a regulamentação da área (Brasil, 1996). Esse reconhecimento não se deu naturalmente. Ele foi fruto de um grande movimento histórico que possibilitou mudanças significativas na forma de conceber a criança e o modo como ela se desenvolve,

favorecendo, assim, uma profunda revisão das funções da família, bem como das instituições que atendem a criança na faixa etária de zero a três anos.

A partir da promulgação da nova LDB, a Educação Infantil passou a fazer parte da primeira etapa da Educação Básica, constituindo, assim, um nível de ensino. Nesse período, iniciou-se um movimento por parte dos pesquisadores, representantes dos órgãos públicos e de movimentos sociais para que a Educação Infantil se desvinculasse das Secretarias de Assistência Social ou da Saúde e fizesse parte das Secretarias de Educação. Esse movimento partia do pressuposto de que a incorporação das creches e pré-escolas à área de educação seria uma forma de avançar na busca de um trabalho com um caráter educativo adequado às especificidades das crianças de 0 a 6 anos, além de possibilitar o reconhecimento da função docente dos profissionais que atuavam com essa faixa etária.

A partir da incorporação das creches e pré-escolas aos sistemas educacionais, os profissionais que atuavam nessas instituições tiveram que cumprir as exigências de formação prévia para que os seus direitos e deveres fossem garantidos. A formação prévia, por sua vez, passou a ser considerada como pré-requisito para atuar com as crianças pequenas.

No título IV da LDB, o texto é bastante claro quando menciona que o profissional que se ocupa diretamente das crianças na faixa etária de 0 a 6 anos é o docente da Educação Infantil, que passa a ter uma série de direitos assegurados, tais como: plano de carreira, piso salarial, possibilidade de licenciamento com finalidade de aperfeiçoamento profissional, progressão na carreira baseada na titulação, habilitação ou avaliação, condições adequadas de trabalho e ingresso por concurso público. Chama a atenção o texto da lei quando explicita a exigência de período reservado para estudos, planejamento e avaliação, incorporados na carga horária de trabalho (art. 67). Por sua vez, a LDB expressa deveres a serem observados por esses profissionais quanto ao nível de formação exigido como pré-requisito para o exercício de diferentes funções: nível superior (graduação em pedagogia ou curso de pós-graduação), admitida a formação mínima em nível médio, na modalidade normal (art. 64) (MACHADO, 2000, p.194).

Assim, a LDB significou um grande avanço no campo da Educação Infantil, pois legitimou iniciativas que visavam recompor o cenário das instituições onde convivem, coletivamente, adultos e crianças (MACHADO, 2000).

No sentido de caminhar na definição de uma Política Nacional de Educação Infantil que atendesse as deliberações legais e, ao mesmo tempo, garantisse uma educação pública infantil de qualidade, a Coordenação Geral de Educação Infantil do Ministério da Educação – COEDI/MEC, em parceria com pesquisadores e educadores da área, produziu vários documentos no período de 1994 a 1996 que revelavam uma grande preocupação em integrar, na prática, as ações de cuidado e educação (CERISARA, 1999).

O caminho apontado pela COEDI/MEC, através da produção desses materiais, era o de buscar a superação da dicotomia da educação/assistência “incentivando estratégias de articulação de diversos setores e ou instituições comprometidas com a Educação Infantil.” (MARTINEZ; PALHARES, 2005, p.6).

Esses documentos explicitaram ainda que a melhoria da qualidade do atendimento à criança pequena estava associada à função específica dos profissionais que atuavam com essa faixa etária, que é cuidar e educar a criança de maneira integrada. Ressurgia assim a discussão em torno da polarização entre atividade assistencial e educativa, agora sob a forma do binômio cuidar-educar que, reiteradamente, passou a fazer parte de todos os documentos oficiais que têm circulado nacionalmente nos últimos anos (Brasil, 1994, 1994a, 1994b; Brasil, 1995, 1995a; Brasil, 1996a, 1996b; Brasil, 1997), tornando-se, assim, um dos principais pré-requisitos para a orientação das ações dos profissionais da Educação Infantil que atuam em creches e pré-escolas (MACHADO, 2000).

Outro importante documento foi divulgado nacionalmente com o objetivo de assegurar a qualidade na Educação Infantil: *Os Parâmetros Nacionais de Qualidade para a Educação Infantil* (MEC/COEDI, 2006) que contém referências de qualidade para a Educação Infantil a serem utilizadas pelos sistemas educacionais, por creches, pré-escolas e centros de educação infantil.

Esse documento anuncia proposições já existentes na LDB reafirmando que a Educação Infantil “tem como finalidade o desenvolvimento integral da criança até 6 anos de idade em seus aspectos físico, psicológico, intelectual e social, complementando a ação da família e da comunidade” (art. 29 da LDB).

Além disso, no que diz respeito à díade cuidar-educar, o documento destaca como um dos parâmetros de qualidade dessas instituições as propostas pedagógicas desenvolvidas por elas, afirmando que deviam promover “as práticas de cuidado e educação na perspectiva da integração dos aspectos físicos, emocionais, afetivos, cognitivo/linguísticos e sociais da criança, entendendo que ela é um ser completo, total e indivisível.” (Brasil, 2006, p.32, v.2). Esse documento reforça ainda a ideia de que o trabalho desenvolvido nas instituições de Educação Infantil deve ter um caráter complementar à ação da família.

2. Desenvolvimento Integral da Criança e marcos no âmbito da saúde

De acordo com a Organização Pan-americana de Saúde (OPAS), a promoção da saúde estrutura-se em uma visão integral e multidisciplinar do ser humano, com consideração ao contexto familiar, comunitário, social e ambiental no qual ele se insere (OPAS, 1995). As ações de promoção da saúde buscam desenvolver conhecimentos e habilidades para o autocuidado da saúde e a prevenção de condutas de risco, bem como estimular uma análise crítica de valores, condutas, determinantes sociais e estilos de vida (PELICIONI; TORRES, 1999). Neste sentido, o espaço escolar constitui-se em uma oportunidade e deve ser intencionalmente explorado. No entanto, identifica-se um investimento incipiente em relação a esta questão, especialmente na educação infantil.

A abordagem da saúde na escola é dependente dos pressupostos ideológicos de saúde e educação vigentes. Assim, na saúde, ao longo de um bom tempo, prevaleceram ações voltadas às individualidades, com caráter curativo e de pouca consideração para o contexto no qual as pessoas/crianças estavam inseridas. As ações eram pontuais, centradas em uma perspectiva assistencialista de saúde, com raras intervenções com cunho de conscientização crítica, e de pouca consideração para as inter-relações presentes (PELICIONI; TORRES, 1999). Na atualidade, identificam-se fortes resquícios desta perspectiva, apesar do esforço global de transformar tal cenário desde meados da década de 50 do século XX.

Em 1954, a Comissão de Especialistas em Educação em Saúde da Organização Mundial da Saúde (OMS) apontou a necessidade de serem realizadas, dentro do espaço

escolar, atividades que favorecessem a promoção da saúde, e não somente uma intervenção isolada de transmissão de conhecimentos acerca da mesma. Nesse bojo é que foi apresentado os primórdios do que viria a se constituir as diretrizes de Escola Promotora de Saúde (OMS, 1954).

A Declaração de Bogotá, apresentada em 1992, trouxe a necessidade de contribuição da comunidade educativa com a disseminação de conhecimentos que promovessem a adoção de estilos de vida saudáveis e condutas de proteção ao meio ambiente (BRASIL, 2001).

Como desdobramento das reflexões acerca da Saúde e da participação/contribuição dos espaços de formação, na XIV Conferência Mundial em Educação em Saúde, ficou documentado caber a estes executar as sugestões da Declaração de Alma Ata e da Carta de Ottawa (BRASIL, 2001).

A Declaração de Alma Ata objetivava a redução da lacuna existente entre o estado de saúde dos países em desenvolvimento e desenvolvidos (MENDES, 2004) por meio de intervenções no âmbito econômico e social para que se atingisse a meta de saúde para todos no ano 2000 (GONÇALVES et al., 2008). Assumia a promoção da saúde como meio para proporcionar melhorias na saúde (GONÇALVES et al., 2008).

A articulação da educação e saúde permanece nas reflexões, de forma que na 4ª. Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, ocorrida em Jacarta no ano de 1997, foi elaborado o documento Declaração das Escolas Promotoras de Saúde. Tal documento preconizou que toda criança tem o direito e deve ter a oportunidade de ser educada em uma Escola Promotora de Saúde.

Escola Promotora da Saúde tem uma visão integral do ser humano com consideração de seu ambiente familiar, comunitário e social e promove a autonomia, a criatividade e a participação dos seus alunos e da comunidade escolar. Especificamente em relação à promoção da saúde estrutura-se em três componentes principais: educação para saúde com enfoque integral; criação de entorno saudável; e, provisão de serviços de saúde.

Reflexo destes movimentos, o espaço escolar vai sendo reafirmado como local no qual a promoção da saúde deve ser abordada e promovida. Especificamente, no Brasil, no ano de 1971, na Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDBEN)

5692, apontou-se que o tema saúde deveria ser abordado dentro do referencial curricular escolar, não enquanto uma disciplina, mas como um trabalho a ser desenvolvido de modo pragmático e contínuo (BRASIL, 1996a).

Avanços aconteceram com a nova LDBEN 9394, datada de 1996, que nos Parâmetros Curriculares Nacionais trouxe a saúde como tema transversal. Dessa forma, assegurou-se, legalmente, no processo de formação da consciência crítica e de protagonismo social da criança a importância da integração entre os campos da educação e saúde, com vistas a uma efetiva abordagem da temática saúde na educação (BRASIL, 1997a, 1996b).

No capítulo relacionado ao tema transversal saúde, os Parâmetros Curriculares Nacionais trazem que toda escola deve incorporar os princípios de promoção da saúde indicados pela OMS. Tal ação tem como princípio o aprendizado de saúde em todos os momentos de formação e a necessidade das parcerias entre profissionais de saúde, de educação, bem como crianças, pais, familiares e demais membros da comunidade, na busca de transformar a escola em um ambiente saudável e de formação crítica para a assunção de hábitos saudáveis. Dessa forma, o movimento das Escolas Promotoras de Saúde vai ganhando mais força no Brasil (BRASIL, 1997a), pelo menos no que tange as recomendações formais.

Em 1998, o Ministério da Saúde, por meio da Secretaria de Políticas de Saúde instituiu o Projeto Promoção da Saúde, cujo objetivo foi o de elaborar e desenvolver uma política nacional de promoção da saúde. Dentre as linhas de atuação preconizadas estavam a Escola Promotora de Saúde, Espaços Saudáveis e Comunicação e Mobilização Social (BRASIL, 1998).

Dessa forma, aproximou-se e instigou-se cada vez mais a articulação entre Saúde e Educação. O tema da promoção da saúde na escola passou a ser um eixo das políticas de saúde no âmbito nacional, reconhecendo ser a escola um espaço de ensino-aprendizagem, convivência e crescimento importante para a pessoa, no qual se adquirem valores fundamentais para a vida, dentre estes os vinculados à saúde. A escola é concebida como ambiente propício para o desenvolvimento de programas da Promoção e Educação em Saúde, com amplo alcance e repercussão na medida em que tem a potencialidade de influenciar as pessoas que lá estão com desdobramentos para suas vidas (GONÇALVES et al., 2008).

Merece destaque que, com a LDBEN 9394, os espaços voltados às crianças de zero a seis anos desvincularam-se do setor saúde e vincularam-se ao sistema educacional, o que pode inferir a preocupação formal com a aprendizagem nesse momento de vida (BRASIL, 1997b), sedimentando a necessidade de saberes e práticas próprias deste período.

Assim, em 1998, são publicados os Referenciais Curriculares Nacionais da Educação Infantil (RCNEI), material que explicita a importância da formação integral das crianças, o que inclui a saúde (BRASIL, 1997b). Nos RCNEI, a formação pessoal e social por meio do conhecer o mundo traz o tema saúde dentro do eixo de Natureza e Sociedade (GONÇALVES et al., 2008).

De forma a reforçar o exposto acima, o Fundo das Nações Unidas para a infância (UNICEF) e a Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO), em conjunto com a Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico e o Ministério da Saúde, publicaram considerações acerca da importância da realização de um trabalho conjunto e integrado entre Saúde e Educação, especialmente na primeira infância, apontando-o como estratégia essencial para a melhoria da qualidade de vida das crianças e da humanidade (UNESCO, 2002; UNICEF, 2001).

Os primeiros anos de vida de uma criança são reconhecidos como momentos primordiais para o estabelecimento de concepções e atitudes, constituindo-se em base para o resto da vida (RAMPHELE, 2010). Como ser interacional, ao nascer, a criança já ocupa uma rede de trocas intersubjetivas através das quais sentimentos, saberes, significados e emoções são veiculados. A infância é entendida como uma experiência que está vinculada ao acontecimento, à arte, ao intempestivo e não, exclusivamente, à faixa etária ou à uma temporalidade linear, cumulativa e gradativa. Nesse sentido, possibilita um vir-a-ser correspondente a tudo aquilo que somos capazes de inventar como experimentação de outras coisas e outros mundos. Está, portanto, associada à criação (ABRAMOWICZ; LEVCOVITZ; RODRIGUES, 2009).

Assim, todas as pessoas com as quais ela se relaciona, nas diferentes instituições/espços sociais que frequenta, tornam-se co-partícipes e co-responsáveis pelo seu processo de aprendizagem, socialização e constituição (SZYMANSKI, 2010; CAMPOS; FÜLLGRAF; WIGGERS, 2006). Estes espaços interacionais são *lóccus* para seu desenvolvimento e constituem-se em oportunidades.

A atenção à saúde da criança está posta como uma prioridade dentro dos cuidados à saúde (SAMICO et al, 2005) e, desde 2004, a Agenda de Compromisso para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil define ações profissionais nos mais distintos espaços de atenção (BRASIL, 2004). As linhas estratégicas de Atenção à Saúde da Criança objetivam o atendimento à saúde infantil no contexto da integralidade do cuidado e a tentativa de possibilitar à criança crescer e desenvolver-se em todo o seu potencial (BRASIL, 2004).

Frequentar espaços de educação infantil, de acordo com a Constituição de 1988 e a LDB 9394 de 1996, é direito de toda criança entre zero a seis anos, e, assim, torna-se dever do Estado compartilhar com as famílias a educação e cuidado destas crianças (CERISARA, 2002). Cuidado e educação vão sendo sedimentados como indissociáveis neste espaço, dadas as especificidades de desenvolvimento da criança de zero a seis anos de idade e o papel social do mesmo. Neste sentido, no final da década de 80, reforçando esta indissociabilidade, o movimento das Escolas Promotoras de Saúde sinalizou serem as escolas importantes locais de convivência, construção de valores e ensino-aprendizagem. A escola é reconhecida como um cenário que influi de forma relevante no desenvolvimento infantil e na saúde integral da criança (LERVOLINO, 2000; CAMPOS; FÜLLGRAF; WIGGERS, 2006).

Na atualidade, percebe-se que o espaço de educação infantil está circunscrito dentre os contextos interacionais da criança e tende a ocupar grande parte do seu dia. Isto se deve à crescente participação da mulher na renda familiar e no mercado de trabalho, às conquistas legais das últimas décadas, das quais se destacam a Constituição Federal de 1988, o Estatuto da Criança e do Adolescente de 1990, a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional de 1996, e o Referencial Curricular Nacional para a Educação Infantil de 1998. Todas refletem a tendência de buscar-se o desenvolvimento integral da criança, considerando-a como sujeito de direito.

Há, neste sentido, uma atenção especial à importância conferida à Educação Infantil, pois há transformações na forma de viver a infância na contemporaneidade, onde se ressalta o direito à educação de qualidade desde os primeiros anos de vida (CAMPOS; FÜLLGRAF; WIGGERS, 2006).

O RCNEI (BRASIL, 1998a, p.63, v.1) objetiva que a criança vivencie uma imagem positiva de si, com progressiva conquista de sua independência e confiança

para ir realizando descobertas acerca de seu próprio corpo, suas potencialidades e limites. Visa, neste processo, o desenvolvimento e valorização da própria saúde e bem-estar. Valoriza a observação e exploração curiosa do ambiente, além de uma percepção de si como integrante, dependente e agente transformador do meio.

Este mesmo documento ressalta a importância de se considerar o cuidar como integrante da educação, ou seja: “[...] cuidar de uma criança em um contexto educativo demanda a integração de vários campos de conhecimentos e a cooperação de profissionais de diferentes áreas” (BRASIL, 1998a, p.24).

Frente ao exposto, a qualificação dos profissionais dos espaços de educação infantil para o cuidado em saúde é um dos desafios a serem transpostos (SILVA; ROSSETTI-FERREIRA, 2004). Ferriani; Gomes (1997) afirma que “[...] tanto a educação como a saúde são indispensáveis para o processo evolutivo de qualquer sociedade”. Cuidar e educar são conceitos complexos que agregam em si a concepção de serem intrínsecos ao ser humano. Contudo, ao se tornarem caracterizadores de uma ação profissional agregam referenciais científicos que os direcionam. Ficam diversas questões dentre as quais explicitamos algumas: ‘O que vem a ser Cuidar na educação infantil?’; ‘O que vem a ser promover Saúde neste espaço?’; ‘Como os profissionais que ali atuam estão se formando para atender aos desafios da Educação, da Saúde e do Cuidado neste espaço?’; ‘Como tornar de fato a Saúde em um tema transversal na Educação Infantil?’; ‘Quais os limites do cuidado, da promoção da saúde e do educar? Existem?’.

Na atualidade, há uma lacuna de pesquisas que exploram o desafio de integrar Saúde e Educação na educação infantil. Raros autores exploram a importância desta na primeira infância e no espaço de educação infantil. Concordamos que a relevância do tema na prática depende das concepções que os profissionais possuem sobre o espaço da educação infantil e sobre a primeira infância (SISTON; VARGAS, 2007), bem como do que significa cuidar e abordar saúde neste espaço.

Assim, com o objetivo de contribuir com evidências científicas para o desafio de articular saúde e educação no âmbito da Educação Infantil, o presente estudo toma como objeto de estudo a abordagem de saúde na educação infantil, sob a pergunta ‘Como educadores realizam a abordagem de saúde nos espaços de educação infantil?’.

2. Objetivo

O presente estudo teve como objetivos:

- Analisar como os educadores abordam a saúde da criança nos espaços de educação infantil;
- Descrever as ações voltadas à abordagem da saúde prospectadas e desenvolvidas por educadores nos espaços de educação infantil.

3. Referencial teórico

3.1 O Interacionismo Simbólico (IS)

O presente estudo é exploratório, com análise qualitativa dos dados estruturada no referencial teórico do Interacionismo Simbólico (IS). A pesquisa exploratória tem o propósito de observar e explorar aspectos de uma situação com o objetivo de descrever amplamente determinado fenômeno (MARCONI; LAKATOS, 2007). Envolve, usualmente, a obtenção e análise de relações, crenças, percepções e opiniões, produtos das interpretações de seres humanos de forma a permitir a apreensão de processos sociais referentes a um determinado grupo (MINAYO, 2007).

Frente à necessidade de caracterizar a abordagem da saúde por educadores de espaços de educação infantil, o referencial teórico do Interacionismo Simbólico (IS) revelou-se como potente. Isto se deve ao fato de existir correlação direta entre a prática desenvolvida em relação à saúde e o significado de educar, de saúde, de escola, de criança e de educador infantil para o educador.

O IS tem o significado e as ações como um de seus objetos, tanto no que concerne a emergência destes, quanto a como afeta a interação social (CHARON, 2007). Ele busca conhecer os fundamentos e causas das ações humanas e concebe que o ser humano define e age na situação de acordo com significações ali construídas, as quais são estabelecidas na interação social (BLUMER, 1969).

O significado emerge, portanto, na interação, e é nela que ocorre a definição da situação, do contexto e dos demais elementos determinantes do comportamento humano (BLUMER, 1969). Além disto, concebe ser no presente de cada vivência que a pessoa define ativamente sua realidade e, com isto, suas ações. Contudo, o presente contém o passado, já que percebe-se e constrói-se significados com base na experiência ou saber anterior.

As ações são consideradas decisões feitas pelo indivíduo envolvendo definição, interpretação e escolha que estão influenciadas pela relação com o contexto e com o *self* (CHARON, 2007).

O *self* é uma entidade social, gerada e mantida no processo de interação, auto-reflexiva, conectada à resolução de problemas (CHARON, 2007). Ele possui duas fases, a saber: o “eu” e o “mim” (CHARON, 2007; BLUMER, 1969). A fase “eu” tem o próprio indivíduo como sujeito, é mais espontânea e impulsiva. A fase “mim” é a fase mais social, surge na autointeração ao pensar, analisar, conversar privativamente consigo próprio.

O processo de significação, desencadeado na interação com o *self*, é comunicado por meio de símbolos às outras pessoas. Os símbolos visam à representação de algo no processo comunicativo (BLUMER, 1969). A percepção e a definição ocorrem por meio da atividade da mente e, em resposta à atividade de interpretação aí formada é que agimos (CHARON, 2007). É por meio da atividade da mente que ocorre a elaboração de significação com posterior ação. A mente é entidade social, uma vez que analisa o contexto e toma decisões direcionadas às consequências percebidas (BLUMER, 1969).

Os símbolos têm dinamismo conforme os processos interativos vão acontecendo, e possuem como finalidade representação e comunicação na interação humana. Na interação social surgem os objetos sociais e as interpretações (CHARON, 2007).

Na medida em que se vive o processo contínuo da interação social, as pessoas intercambiam coisas entre si e consigo, aferem significações, apreciam e estabelecem perspectivas, realizam tomadas de ação. Assim, a interação social é uma ação social mútua, dialógica, com transmissão de significações simbólicas, instigando o papel do outro, a ação da mente e a interpretação de atos entre si, o que reflete em um processo contínuo de construir a ação (CHARON, 2007).

Em síntese, as premissas do IS são: (i) a maneira como o ser humano interpreta os fatos e se comporta perante alguém ou algo depende do significado que ele tem dos elementos presentes no contexto; (ii) o significado é resultado dos processos de interação social; e, (iii) os significados são modificáveis (CHARON, 2007). Identifica-se ser no processo de interação o momento no qual interpretações simbólicas e significados são construídos e reconstruídos constantemente.

Podemos afirmar que:

- as ações desenvolvidas pelos educadores são atreladas aos significados detidos por eles em relação à saúde, cuidado, educação, infância e criança;

- a forma como saúde é abordada no cotidiano dos espaços de educação infantil é dependente de significados em relação à saúde, cuidado, educação, infância e criança;
- a concepção que o educador detém sobre o que é de sua responsabilidade, determina a inserção ou não de ações voltadas para a saúde;
- o contexto no qual o educador está inserido afeta suas ações, inclusive a forma como aborda saúde;
- a concepção que detém o educador sobre os profissionais de saúde determina seu credo ou não na parceria com os mesmos nas ações desenvolvidas no espaço de educação infantil.

4. Referencial metodológico

4.1 A Análise de Conteúdo Temática (AC)

A seleção do método envolve identificar a estratégia que permitirá a compreensão dos significados atribuídos às experiências dos sujeitos da pesquisa e está associada com o objeto do estudo (CAMPOS, 2004). Assim, o presente estudo identificou na análise de conteúdo, modalidade temática, um referencial metodológico pertinente.

A análise de conteúdo (AC) é um método de análise de comunicações que adota um conjunto de procedimentos analíticos sistematizados com vistas de obter indicadores que permitam inferências para descrever e interpretar o conteúdo de textos (BARDIN, 2009; CAMPOS, 2004). Trata-se de um método aplicável tanto na pesquisa quantitativa como na qualitativa, mas com ênfases diferentes: na quantitativa, a frequência com que surgem certas características de conteúdo é núcleo de atenção, enquanto que na qualitativa, é a presença ou a ausência de uma dada característica de conteúdo ou de um conjunto de características num determinado fragmento de mensagem que é levado em consideração (BARDIN, 2009).

Bardin (2009) destaca ser um dos objetivos da AC compreender os significados da mensagem por meio de leituras exaustivas do material de forma a permitir confirmar ou inferir conteúdos para os quais não havia compreensão. Para tanto, enfatiza a importância de se esgotar a totalidade do texto e de se atentar para a adequação e pertinência do conteúdo do mesmo.

Na investigação e interpretação do texto ressalta-se a necessidade de buscar as variáveis envolvidas na produção do mesmo, especialmente explorar e articular sujeitos, causas e consequência das mensagens (BARDIN, 2009). E, neste sentido, a inferência é justamente este processo de deduzir logicamente o conteúdo do texto/mensagens nele presentes, com a finalidade de efetuar conclusões nele sustentadas e lógicas. Como Bardin (2009) coloca, trata-se de um processo de interpretação controlado.

Na abordagem qualitativa, a modalidade usualmente adotada é a análise categorial temática, a qual se estrutura na identificação de temas presentes no texto através de unidades de codificação. Essas unidades são agrupadas em categorias que permitem a compreensão do fenômeno (BARDIN, 2009). Para tanto, adota-se três fases

analíticas: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados, inferência e interpretação destes (BARDIN, 2009; CAREGNATO, 2006).

A pré-análise tem na leitura flutuante do texto com vistas a entrar em contato com o *corpus* da pesquisa sua intenção (BARDIN, 2009). Deve-se tentar organizar ideias a respeito do texto e formular hipóteses. Inicia-se, assim, um processo de melhor entendimento do fenômeno em foco, principalmente frente à formulação das hipóteses que exige do pesquisador o uso da intuição centrada em dados e impressões iniciais obtidas nesta(s) leitura(s). O estabelecimento de afirmações provisórias integra o rigor do método, uma vez serem tais afirmativas que deverão ser verificadas, questionadas e certificadas ao longo do processo analítico.

Na pré-análise já se inicia o processo de recorte do texto em unidades com aparentes temáticas comuns e/ou comparáveis. Cabe destacar que todo dado obtido para a produção do texto precisa ser considerado e incorporado ao processo analítico. Assim, especificamente nos textos derivados de entrevistas, a paralinguagem e outros indicadores não verbais integram o material a ser analisado. Ou seja, são parte do texto.

Destaca-se que, ao longo da etapa da pré-análise, deve-se considerar quatro regras: a da exaustividade que observa a inclusão de todos os elementos do texto; a da representatividade que diz respeito à representatividade da amostra que forma o *corpus* da pesquisa de forma a permitir generalizações; a da homogeneidade cuja atenção está nos critérios precisos efetuados na seleção dos *corpus* da pesquisa; a da pertinência que articula a fonte de informações, de composição do *corpus* da pesquisa com os objetivos do estudo (BARDIN, 2009).

A etapa da exploração do material é aquela na qual o *corpus* da pesquisa é apreciado em profundidade e categorizado com base nas hipóteses estabelecidas na etapa anterior e no referencial teórico selecionado para o estudo. Este processo permite a codificação dos dados brutos do texto em categorias, por meio do recorte do texto em unidades, classificação e agregação destes dados (BARDIN, 2009).

A categorização consiste na classificação das unidades de recortes por características comuns e elementos de mesmo sentido a partir de mesma maneira de análise, a qual deve ser clara e explícita (BARDIN, 2009). Após sua categorização os

dados são interpretados a fim de serem articulados para tornarem-se significativos e válidos (BARDIN, 2009).

5. Condução da Pesquisa

5.1. Sujeitos do estudo e sua localização

Os sujeitos deste estudo foram educadores que atuavam em instituições de educação infantil localizadas em dois municípios do interior paulista: São Carlos e Uchoa. A escolha destas cidades se deu devido à localização da universidade na qual o Programa de Pós-graduação está situado e por ser a segunda cidade o local de residência da pesquisadora.

Os critérios de inclusão adotados foram: ter formação superior em Pedagogia ou possuir formação superior com licenciatura; ter no mínimo um ano de experiência como educador em espaços de educação infantil; estar atuando em uma instituição de educação infantil na época da entrevista.

Os critérios de exclusão foram: educadores com experiência exclusiva com crianças menores de um ano de idade.

Para a localização e seleção dos sujeitos utilizou-se a técnica “bola de neve” (ATKINSON: FLINT, 2001), de forma que cada participante ou pessoas do círculo social das pesquisadoras indicou sujeitos em potencial para o estudo. Isto ocorreu de forma sucessiva até ter-se alcançado a saturação teórica dos dados. Este parâmetro foi utilizado em função das dificuldades encontradas para consumir a captação dos educadores nas instituições de educação infantil, uma vez que sempre existia um motivo para postergar a entrada da pesquisadora para apresentar o estudo. O referido método permite a localização de sujeitos por meio de indicações procedidas por pessoas que compartilham ou conhecem pessoas com as características especificadas para o estudo.

A localização dos primeiros três educadores ocorreu da seguinte forma: dentro do círculo social da pesquisadora e da orientadora do estudo identificou-se a existência de pessoas que atendessem aos critérios de inclusão estabelecidos. Frente à identificação destas pessoas, sujeitos em potencial para o estudo, a pesquisadora dirigiu-se pessoalmente aos mesmos para a exposição do estudo e realização do convite para integrarem o mesmo. Após estes, todos foram indicados pelos próprios educadores sujeitos do estudo. Assim, localizaram-se na rede social dos educadores outros educadores que fossem sujeitos em potencial para o estudo e, de certa forma, foram trazidas para o mesmo uma amplitude e aleatoriedade na composição destes sujeitos.

Foram entrevistadas 20 educadoras e sua caracterização está abaixo descrita no quadro 1.

Quadro 1 – Caracterização dos sujeitos do estudo “Abordagem da Saúde da Criança na Educação Infantil: Percepção de educadoras”, São Carlos, 2012.

Idade	Número de filhos	Estado civil	Formação	Tempo de experiência na EI	Natureza da escola onde atua
27	Enteada (1)	Solteira	Biologia e Pedagogia Mestrado na Biotecnologia	1 ano e 2 meses com crianças menores de 3 anos	Privada
23	-	Solteira	Pedagogia	1 ano e 3 meses com crianças com crianças de 3 – 5 anos	Privada
26	-	Solteira	Pedagogia	4 anos com crianças de 4 e 5 anos	Pública
36	1	Divorciada	Magistério e Pedagogia	8 anos com crianças de 4 meses até 2 anos	Pública
42	2	Casada	Magistério e Pedagogia	12 anos com crianças de 2 até 6 anos	Pública e Privada

31	1	Casada	Pedagogia	3 anos e meio com crianças de 4 meses até 2 anos	Pública
32	3	Casada	Psicopedagogia e Pós-graduação em Psicopedagogia	12 anos com crianças de 5 e 6 anos	Privada e Pública
32	-	Divorciada	Pedagogia	10 anos com crianças de 3 a 6 anos	Privada e Pública
30	2	União estável	Matemática e Pedagogia	2 anos com crianças de 4 meses até 3 anos	Pública
54	3	Casada	Magistério e Pedagogia	24 anos com crianças de 4 meses até 6 anos	Pública
45	3	Casada	Magistério e Pedagogia	20 anos com crianças 2 anos e meio até 4 anos	Pública e Privada
33	-	Solteira	Pedagogia	8 anos com crianças de 3 até 5 anos	Pública
27	-	Solteira	Pedagogia	5 anos com crianças de 4 meses até 2 anos	Privada

57	2	Casada	Pedagogia	28 anos com crianças de 2 até 6 anos	Pública e Privada
42	-	Divorciada	Magistério e Pedagogia	18 anos com crianças de 2 até 6 anos	Pública e Privada
31	1	Separada	Pedagogia	6 anos com crianças de 3 até 6 anos	Privada
28	-	Solteira	Pedagogia e pós-graduação em psicopedagogia	4 anos com crianças de 3 e 4 anos	Privada
32	-	Solteira	Psicopedagogia	8 anos com crianças de 4 até 6 anos	Pública
49	2	Casada	Pedagogia	19 anos com crianças de 2 até 6 anos	Pública
55	3	Casada	Magistério e Pedagogia	25 anos com crianças de 4 meses até 2 anos	Pública e Privada

O alcance da saturação teórica dos dados foi o que determinou o número de sujeitos deste estudo. Entende-se por saturação teórica dos dados a não revelação de novas informações para a compreensão do fenômeno em foco (FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2008). Ou seja, os dados obtidos passaram a apresentar repetição de seu conteúdo/temática, não incorporando novos elementos ao estudo.

5.2. Coleta dos dados e local

A estratégia de coleta de dados elencada foi a entrevista semiestruturada que se apoia em questionamentos derivados de teorias e hipóteses relacionadas ao tema da pesquisa. A entrevista semiestruturada, de acordo com Minayo (2007), é uma estratégia de coleta de dados que permite ao entrevistado discorrer sobre um tema proposto. Utiliza-se de um roteiro elaborado pelo pesquisador no intuito de provocar que a conversa perpassa por aspectos elencados como relevantes para a compreensão do fenômeno em estudo. Essa modalidade de entrevista, por ter este apoio, facilita a abordagem ao sujeito e assegura que os pressupostos sejam explorados ao longo da conversa (MINAYO, 2007). Apesar de ancorar-se em um roteiro, permite o emergir de descrições.

A pergunta inicial adotada foi: ‘Como você aborda saúde na educação infantil?’. E a seguir, respeitando-se a coerência da exposição, apresentavam-se outras perguntas voltadas a explorar a significação da interface entre educar e saúde, as ações de saúde desempenhadas pelo sujeito e os motivos para isto, assim como quando e como o mesmo desenvolvia as ações de saúde e se este enfrentava limites ou estímulos para desempenhá-las. Ao longo das narrativas, buscaram-se exemplificações, bem como a exploração de detalhes do que era exposto.

Todas as entrevistas foram gravadas em dispositivo de áudio digital, e a pronta transcrição das mesmas foi realizada a fim de se evitar a perda de dados significativos e realizar anotações interpretativas.

5.3. Análise dos Dados

Bardin (2009) afirma que o processo interpretativo visa à compreensão. E no primeiro nível analítico deve ocorrer o processo denominado por ela como decifração estrutural, entendida como o esforço para entender o que está no interior da fala e no mundo subjetivo daquele que a pronunciou. Para tanto, o pesquisador deve suprimir

ideias e suposições pré-existentes para estar pleno na escuta do outro, do texto gerado a partir da voz deste outro (BARDIN, 2009).

Na próxima fase, designada como transversalidade temática, o esforço do pesquisador centra-se em compreender a estruturação mental do outro, a linha de raciocínio adotada (BARDIN, 2009).

Entende-se, assim, a relevância das hipóteses na fase da pré-análise e o papel das leituras exaustivas do material coletado para a compreensão dos significados da mensagem. Assim, estes aspectos foram cuidadosamente considerados no presente estudo, quando se adotou a estratégia de realizar a escuta da entrevista logo após a sua realização com posterior transcrição dela em curto espaço de tempo, o qual não foi superior a 3 dias para as entrevistas até então desenvolvidas. Logo após a transcrição, realizaram-se duas leituras integrais seguidas e, no dia seguinte, iniciava-se o processo de desenvolver a leitura flutuante com intenção de identificar no material os temas/ideias ali presentes. A leitura flutuante tem o objetivo de entrar em contato com o material com vistas de desenvolver suposições e afirmações provisórias derivadas de um processo de intuição do pesquisador sustentada nos dados empíricos obtidos.

Este processo acima descrito foi sucedido pela separação de temas ou itens de significação no texto que antecedem a constituição de unidade de codificação. Novamente, isto ocorre por meio de leituras flutuantes com recorte e análise do material e identificação e organização do texto em unidades comparáveis de categorização a partir do tema nelas presentes.

Os últimos procedimentos acima descritos integram a exploração do material. Esta etapa consistiu na codificação do dado bruto obtido em uma representação de conteúdo. Neste sentido, a unidade de recorte foram frases que representavam um dado conteúdo e detinham um núcleo de sentido (BARDIN, 2009). Estas unidades foram organizadas de acordo com características e sentido comuns detidos, com atenção a manter critérios similares de organização ao longo de toda esta etapa, denominada como a da categorização.

As hipóteses iniciais foram:

- As ações dos educadores centram-se na perspectiva curativa de saúde e tem nas recomendações higienicistas sua estruturação;

- Os educadores não consideram parcerias, e sim a abordagem de saúde pelo profissional da saúde;
- Os educadores concebem não terem sido formados para abordar saúde;
- Os atores sociais presentes no espaço de educação infantil precisam se integrar e serem considerados no cotidiano das ações ali desenvolvidas.

Os dados, depois de sistematizados, geraram 3 categorias temáticas, as quais estão caracterizadas no item *resultados*.

5.4. Aspectos éticos

O projeto deste estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP) e foi aprovado sob o parecer de número 343/2011 (Anexo 1).

Todos os aspectos contidos na resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde foram seguidos e respeitados, com o destaque de ter sido a participação dos sujeitos na pesquisa formalizada pela assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (Apêndice 1), após a certificação, por parte do pesquisador, de que todas as informações foram fornecidas de forma clara e completa, e de que todas as dúvidas dos sujeitos foram sanadas.

6. *Resultados*

INSEGURANÇA FRENTE À ABORDAGEM DA SAÚDE DA CRIANÇA

A análise das entrevistas permitiu analisar a abordagem da saúde pelas educadoras infantis de forma a caracterizá-la como insegura, uma vez que incertezas do que ela significa fazem-se presentes. Assim, “INSEGURANÇA FRENTE À ABORDAGEM DA SAÚDE DA CRIANÇA” revelou-se como fenômeno central deste estudo, e as categorias temáticas “Saúde no espaço de educação infantil”; “Contexto da escola como limite” e “Necessidade de parcerias” retratam significados, necessidades e ações desenvolvidas pelas educadoras no processo de incluir saúde em suas práticas.

A narrativa das educadoras acerca da inclusão de saúde em seu dia-a-dia permitiu identificar que algumas partiam de uma clareza aparente de seu significado. Contudo, ao longo da entrevista, começavam a questionar-se desta certeza. Outras já demonstravam de antemão incertezas e estar em processo de busca da resposta à pergunta “O que é abordar saúde na educação infantil?”.

Assim, percebe-se ser a reflexão acerca do significado da saúde nos espaços de educação infantil um desafio atual. As educadoras identificam aspectos a serem transpostos, bem como apontam caminhos. Estes elementos estão abaixo apresentados e caracterizados.

Categoria: Saúde no espaço de educação infantil

Esta categoria retrata a forma como as educadoras concebem que a saúde pode ser integrada na educação infantil com descrição de ações e de valores que a sustentam. Entendem saúde como temática pertinente ao espaço de educação infantil. Assim, reconhecem a existência de preocupações em inseri-la no seu cotidiano. Em uma primeira instância, identificam preocupação da direção (administrativa e pedagógica)

em considerar a saúde nas ações desenvolvidas no espaço escolar. Isto ocorre tanto no âmbito das escolas públicas quanto privadas.

“A saúde é inserida por nós professoras... todo ano no começo do ano a gente tem as reuniões de planejamento... aí nessas reuniões de planejamento a gente pega o plano anual e sempre tá revisando... refazendo e também se surgem novas ideias... novos projetos a gente tá englobando os projetos no ano... tudo visando trabalhar saúde também”

“...mas também tem o apoio da direção no planejamento. Eles fazem questão de existir projetos que incluam a saúde e nas reuniões de planejamento eles também participam...”

Contudo, concentram-se em ações direcionadas ao espaço físico, onde a higiene dos mesmos é ressaltada como tradutora da inserção da saúde. Reconhecem não ser isto abordar saúde e entendem tal ação como estratégia para convencer os usuários destes espaços da presença da saúde nos mesmos.

“A saúde também está na apresentação do lugar né... então é importante manter a creche limpinha, mas não é só isso saúde... mas os pais valorizam muito isso... ser uma escola limpa, bonita. É por isso que a direção insiste em cuidarmos para o banheiro estar limpo, tudo limpo.”

Educadores que possuem experiência em instituições públicas e privadas apontaram que nas instituições privadas há uma maior preocupação em demonstrar que a saúde (enquanto higiene) é valorizada, tanto com cuidados junto ao espaço físico, quanto com afirmações de inclusão de temáticas nos conteúdos trabalhados. Chegam a afirmar ser moda incluir saúde ou considerar a saúde nas escolas.

“eu trabalhei tanto em escola pública quanto em escola particular... mas nas particulares tem a necessidade de mostrar mais de que tá tudo limpo... que é tudo arrumadinho... bonito... e como tá na moda agora essa questão da saúde... os pais cobram também né... desde os das crianças menores até os maiores então eu acho que tá tendo a aproximação... tanto é que muitas vezes... tem escola que já trabalha com esse tema... só de higiene... de saúde... tem uma matéria específica só pra isso.”

Contudo, ao analisarem o que ocorre no cotidiano, não percebem grandes diferenças. A diferença está no fato da instituição privada dizer que faz e tentar demonstrar isso aos seus usuários, especialmente aos pais, e não na abordagem em si.

“Não tem muita diferença entre a pública e a particular... mesmo porque o que agrada os pais? É você chegar numa escola e ver uma escola bonita... nem sempre é a melhor, mas é bonita... limpa... e isso agrada os pais. Não quer dizer que desenvolva-se coisas sobre saúde. É tudo igual.”

Quanto à abordagem, afirmaram serem raras as escolas que têm saúde como foco de seu planejamento pedagógico ou uma grande intencionalidade de incluí-la na matriz curricular, e quase que concebem a mesma como algo que se for possível se trabalha. Ou, algo que “de repente se dá um jeito de incluir, quase que na ideia de esquecemos, vamos colocar”.

“...as vezes acontece assim, ih, onde ficou a questão da saúde, Vamos botar ai a lavagem das mãos. Pronto, já tem saúde no plano. (pensa) é quase que esquecemos, agora assim, de repente dá um jeitinho e coloca ai. Só para dizer que esta.”

Denota-se também uma falta de reconhecimento e clareza do que é de fato abordar saúde no espaço de educação infantil e, com isto, ficam inseguros em relação a como investir para abordá-la. Preferem repetir as mesmas formas e temas continuamente.

“ ... acho que por a gente não saber de fato o que pode ser colocado, feito na saúde a gente não sabe como fazer. (pensa) Nem as coordenadoras pedagógicas sabem. É acho que não sabem e daí a gente fica emendando coisas sempre iguais lavagem das mãos, higiene nos banheiros. É importante, bom eu acho que é, mas (pensa) pode ter outras coisas. A gente não discute isto não. A gente sempre faz igual, sempre os mesmos.”

Alguns educadores demonstraram que classificam enquanto abordagem de saúde qualquer tema que de alguma forma remeta a saúde. Assim, mesmo que ele não explore os dados com foco na saúde, ele é concebido como uma ação em saúde.

“Na saúde tem também o projeto de crescimento e desenvolvimento que nós professoras do berçário fazemos. No começo do ano quando a criança entra a gente já mede e pesa. Aí, no meio do ano a gente pesa e mede de novo e agora no final do ano mais uma vez. Aí a gente entrega um livrinho pras mães com foto escrito assim...” ah... quando eu entrei eu tinha tanto... media tanto... ae no meio do ano era tanto e depois no final do ano a gente conclui o projeto com foto...”

Na abordagem da saúde acabam por elencar temas como: alimentação, higiene, meio ambiente e cidadania. Os dois primeiros são os mais frequentes e fortemente enfocados, enquanto os dois últimos foram mencionados por duas educadoras, ambas vinculadas à educação de crianças maiores. O investimento é na conscientização da criança para a aquisição de bons hábitos relacionados com estes temas e a consciência social das repercussões dos maus hábitos.

“A gente trabalha o projeto de higiene, o de alimentação e o de meio ambiente... conscientização com eles sobre o meio ambiente... a importância do meio ambiente... aí na alimentação... de se ter uma alimentação saudável... ensina eles a comer... porque tem criança que chega aqui não comendo nada... e sai daqui já comendo alguma coisa... tem criança que não come legume... tem criança que não come a fruta...então a gente desenvolve os projetos em cima disso pra ver se a gente consegue fazer com que a criança desenvolva hábitos saudáveis...”

“Eu sempre trabalhei em cima de projetos... aqui nós temos o projeto da alimentação, o projeto do meio ambiente e o projeto do quem sou eu... que trabalha a parte da família, a parte da criança... ela, o corpo dela, a família dela... o ambiente social dela e a parte da alimentação... a gente costuma trabalhar com frutas... verduras e legumes... e mais agora enfocando essa parte do meio ambiente né... porque a gente tá vendo ae a parte de reciclagem... de sustentabilidade... então a gente colocou esse projeto do meio ambiente também pra estar trabalhando a preservação né... enfoque na redistribuição... de renda e de valores mesmo... entendeu... porque a gente tem que trabalhar isso também com as crianças... de uma forma né... com o linguajar deles... mas a gente trabalha isso dentro de sala também...”

Ainda em relação à abordagem da saúde prevalece o conceito que remete ser ela sinônimo de cuidado. Assim, abordar saúde é cuidar, entendido como atendimento às necessidades de alimentação, higiene, sono e repouso da criança. Além disso, há a articulação de que abordar saúde na educação infantil é garantir a identificação de adoecimento da criança e/ou riscos de transmissão de doenças.

“Saúde mesmo se for ver é no cuidado geral né... do banho... da troca da fralda...”

“Saúde é cuidar bem. É ver que ele está com sono e colocá-lo para dormir, é perceber que está ficando doente e pedir para o pai levá-lo ao médico. Por exemplo, você vê a

cabeça cheia de piolho. Tem que falar para o pai cuidar, tem que colocar touquinha para que o piolho não vá para a cabeça de outra criança. Tudo isto é fazer saúde.”

Articular saúde com higiene prevaleceu na fala das educadoras, especialmente para aquelas envolvidas com a criança menor (dos 4 meses até os 2 anos de idade). Assim, compreendem que abordar saúde inclui higiene nas ações que desenvolvem junto à criança.

Aquelas educadoras que atuam com crianças menores concebem que manter a criança limpa significa abordar saúde. Assim, adotam uma atitude de ficarem atentas ao quão limpo está a criança, de intervirem prontamente quando esta está suja, via banho e trocas de fralda. E também ao tentarem fazer uso de ações popularmente conhecidas como de prevenção de infecção, como lavar a chupeta quando esta cai no chão, não deixar crianças ‘doentes’ muito próximas, e refletir acerca das medidas de limpeza adotada no espaço e com a criança.

“A gente procura deixar sempre eles limpos... então a gente chega e já dá o banho né... fica de olho pra ver se não vão se sujar... se a fralda tá limpa... tem também a questão das crianças que estão doentinhas... então a gente fica atenta pra não deixar perto das outras... quando a chupeta cai no chão... então ficar esperta pra não deixar colocar na boca outra vez... limpar a chupeta antes né... então tem tudo isso que a gente faz...”

“tem o banho... a gente também não deixa eles com a fralda né... toda vez que a gente sente um cheiro assim... sempre troca... se eles fazem coco a gente troca na hora... que nem... eu já até lavo... nem passo aqueles lencinhos umedecidos sabe... eu não gosto... acho que não limpa direito...”

Contudo, estas ações são significadas como de pouco valor pelo educador, bem como pela comunidade do espaço de educação infantil. Além disto, as ações são tidas como de uso comum, que podem ser realizadas por qualquer um, o que tende a ser algo

que não os qualifica diante do grupo, da sociedade e, diante de si mesmo. A desvalorização sentida desmotiva os educadores destas crianças a envolverem-se com a saúde nestes espaços.

“...cuidar, todo mundo cuida, limpar fralda, todo mundo sabe. Então, é alo que não traz reconhecimento. Parece que todos esperam isto. Já as atividades pedagógicas, os projetos... estes são elogiados, está todo mundo de olho. Saúde, cuidar da higiene, cuidar bem, isto não importa, parece ser dever. Ninguém valoriza não.”

Soma-se ao exposto o entendimento de que a criança menor não compreende questões vinculadas à higiene e, assim, no desenvolvimento destas ações junto à criança, adota uma atitude de pouca ou nenhuma interação com a mesma. Centram-se no desempenho da ação, ou seja, de consumir o banho, de realizar a troca de fralda, de limpar a boca. Não há credo na potencialidade de intervenção que explique o que está sendo feito à criança e para que. Costumam apenas sinalizar que é para “ficarem limpos, tirarem a sujeira”.

“... a gente está sempre falando com eles... que isso é sujo... e tal... a gente está sempre orientando que é para ficarem limpos. Para a criança isto basta. Ela entende. Ou faz pergunta. Ai a gente fala de novo que é para ficar limpo.”

Educadores infantis que atuam com crianças maiores (2 anos a 6 anos) também concentram na temática da higiene a abordagem da saúde, com esforços para conscientizar as crianças sobre a importância da higiene. Dentre as temáticas trabalhadas sobressaem àquelas relativas à higiene corporal, das mãos e dos dentes. Isto se deve à percepção de serem tais conhecimentos estruturantes de hábitos saudáveis. Contudo, trazem como limite o pensamento concreto da criança. Assim, mencionam que elas precisam visualizar a sujeira, não sendo, por vezes, convencidas pelo educador de que há sujeira.

“É porque hoje eu vejo na escola... hoje mesmo... as crianças falam... eu falo... hora de lavar a mão, vamos tomar o lanche... ah mas eu nem sujei a minha mão, eu não fui pro parque... ou então saiu do xixi... ah vamos lavar a mão... ah não... eu não preciso... então assim... tem que ter essa conversa com eles também ne... então... É o sinônimo pra eles de sujeira assim... é muito diferente do nosso... É... ae eu falo... esse bichinho você não vê... mas ae eles falam... mas não tá sujo... Sujo pra eles é assim... é só quando tá sujo mesmo... É... tá preta a mão... Muito preta... que a criança vai lavar a mão e vê aquele caldo marrom da mão... ae tá sujo... do contrário pra eles não tá sujo...”

Acreditam ser pertinente iniciar desde sempre com a criança a abordagem da saúde neste âmbito, sem inferir que ela já detenha tais conceitos. Investem na ação educativa e no alcance da autonomia da criança ao desempenhar suas ações. Por exemplo: que ela consiga realizar a escovação sozinha, que ela consiga limpar seu bumbum sozinha, que ela consiga pedir para ir ao banheiro antes de fazer na fralda suas necessidades. Ou seja, os educadores denotaram centrar seus esforços em transferir à criança responsabilidades vinculadas à higiene.

“Eu acho que é...começa bem do básico...das crianças menores...como pra lavar as mãos...hábitos que as vezes eles não tem...acho que por ser bem pequenininho...eles vão colocando a mão em tudo e a tendência é tudo que coloca a mão...coloca na boca...então eu acho que a primeira coisa que a gente começa a trabalhar mesmo é a higiene das mãos...de chupeta...mamadeira...essas coisas mais assim...e aos poucos ele vão entendendo e eles mesmos vão fazendo”

“... que nem, se limpar depois de ir no banheiro. A criança de 4- 5 anos já tem que estar se limpando. Eu vou ensinando desde os 3 anos para que ela saiba se limpar.”

Os educadores, na função de significar como sua responsabilidade o cuidado da criança, trazem o atendimento aos acidentes vividos pela criança como ação articulada à abordagem da saúde. Afirmam que se envolvem com a questão do cuidado nos acidentes e nas intercorrências de saúde junto à criança pelo fato de serem os únicos na linha de frente no espaço de educação infantil. Assim, se não o fizerem, ninguém mais irá fazer. Neste sentido, as situações emergenciais são críticas, pois estes resolvem as mesmas a partir dos conhecimentos cotidianos que adquiriram ao longo da vida. Muitas vezes lançam mão de condutas que são socialmente disseminadas como resolutivas, as quais exercem sobre a criança um efeito tranquilizador (ex. um gelo, um Band-aid®). Só recorrem aos pais ou a outros profissionais ou serviços de saúde quando percebem que não estão sendo resolutivos.

“É... mas o primeiro socorro quem vai fazer... é você neh... é o professor que tá ali. Não outra pessoa. Aqui não tem.”

“Em qualquer âmbito da saúde que acontece dentro da escola, que as crianças estão ali... propícias a acontecer... ou desde o cuidado até um cuidado básico que é a higiene, ou um cuidado que é porque a criança caiu e se machucou... muitas vezes nós não temos assim... o que fazer... sabe... o que realmente fazer... como cuidar... mas como só tem a gente ali na linha de frente... temos que resolver né... ae coloca gelinho... essas coisas que a gente faria em casa... só quando é alguma coisa grave né... aí a gente liga pros pais... pra que eles possam levar pro hospital...”

Categoria: Contexto da escola como limite

Esta categoria retrata o contexto no qual o educador está inserido e traz um enfoque das limitações enfrentadas neste contexto. Explora, de certa forma, o desdobramento das interações ali estabelecidas para suas ações em saúde. As subcategorias “Recursos”, “Processos de trabalho” e “Divisão em grupos” integram a mesma.

Subcategoria: Recursos

A escola, na percepção dos educadores, precisa ofertar recursos para que a abordagem da saúde ocorra de forma efetiva. Destacam-se:

- as informações acerca da criança e sua saúde;
- o provimento de local e instrumental de trabalho adequado e em quantidade suficiente para a demanda da escola, com especial atenção aos trocadores e às luvas descartáveis;
- o espaço físico adequado, quando os banheiros, pias de lavagem das mãos e refeitório são ressaltados;
- a existência de rotinas de limpeza das salas e dos brinquedos;
- o provimento de material de higiene individualizado a todas as crianças.

O recurso humano também afeta a abordagem da saúde no espaço de educação infantil, principalmente por determinar a disponibilidade do educador para a criança. Concebem como inadequada a situação vivenciada hoje, especialmente os educadores que estão com crianças pequenas.

“Ai eu acho que o que dificulta mesmo aqui é a falta de funcionários viu...porque nós somos em 2 para 18...19 crianças...aí tem 2 estagiárias que até ajudam...mas eles são muito pequenos...tudo depende da gente... nem dá pra fazer muita coisa...”

“Nós somos em 2 pra 15 bebês...até tem duas meninas que ajudam...elas ajudam a gente a dar o banho...a comida as vezes elas ajudam também...mas as vezes não dá pra ajudar...aí a gente tem que ir se virando...a T ajuda a cuidar dos bebês...mas a parte de escovação...troca...tudo isso tem que ficar com a gente...nós que temos que fazer...aí fica difícil...”

Além disso, comentam que o trabalho com esta faixa etária menor requer um processo contínuo e próximo, tanto da criança quanto dos pais. Isto exige muito dos educadores, tanto fisicamente quanto de disponibilidade/doação. Adicionalmente, muito do que vislumbram não acontece, e precisam criar uma terceira, quarta solução para conseguirem alcançar a meta por eles posta.

“é que é cansativo... porque é um trabalho passo a passo... são bebês né... o cansaço que tem é físico... a gente tem que falar toda hora... toda hora... toda hora a mesma coisa pra eles poderem ir memorizando né, tanto para eles como para os pais. A questão da unha por exemplo, a gente tem que falar sempre...só que chegou uma hora que a gente teve que comprar a tesourinha aqui e a gente mesmo corta...porque eles estavam machucando outras crianças e os pais nada de lembrarem de cortar. Então você precisa pensar em muita coisa e tem muito que não acontece, apesar de você pedir.”

Subcategoria: Processos de Trabalho

A existência de uma rotina fixa a cumprir no espaço de educação infantil pode dificultar a abordagem da saúde, uma vez que há atividades sequenciais a serem cumpridas que visam atender as necessidades da criança. Assim, criar, neste espaço, foi referido como difícil.

“Eles chegam... tomam o café da manhã... aí vão pra sala de TV... a gente dá uma atividade lúdica pra eles...que nem a cantiga que eu te falei sabe... depois já começa o banho...ae desce pro almoço... e depois vem pra dormir...no começo era difícil...só a gente pra dar conta de todas as crianças...mas agora eles já até sabem...e como estão cansados né...eles acabam de comer e já sabem que vão dormir...tem uns que dormem antes...aí na hora de dormir não querem mais...só que a maioria dorme certinho sabe...aí não tem problema...”

Especialmente as educadoras de crianças menores afirmam a dificuldade em realizar tudo o que está programado para a rotina, e acabam por não realizar algumas ações por não haver tempo para tal. Denota-se na paralinguagem o quanto reconhecem tal fato como lacuna do seu fazer. Dentre estas ações a mais mencionada foi a higiene bucal da criança menor.

“ A escovação dentária não é feita aqui (fala em tom baixo)...aqui na minha sala pelo menos não é feito...não sei se lá embaixo é (outra creche municipal da cidade) ... com os maiores eu sei que é feito mas com os bebezinhos não é...e eu acho importante sabe...não sei se é por falta de tempo...a rotina dos bebês é muito corrida...então por falta de tempo...por falta de gente..., não dá.”

“Às vezes falo para mãe hoje não deu tempo de escovar os dentes, tem dia que vou para o refeitório sem ter falado para as crianças irem no banheiro, não cabe na rotina, fica sem tempo, sem tempo para estas coisas do cuidado com a higiene.”

Contudo, a concepção de que garantir o cuidado voltado à higiene é de sua responsabilidade faz com que os educadores administrem situações entendidas como extremas. Assim, diante de dificuldades com a família no manejo de questões articuladas à saúde, buscam, por vezes, criar estratégias no próprio processo de trabalho/ regras do espaço para contorná-las e evitar o confronto. Assim, havendo a possibilidade, dão escovas, lavam as canecas, dão dois banhos nas crianças que julgam precisar por não tomarem outro em casa, dão mais alimento para aquela que sabem que a família não dá ou não tem para dar.

“... então por isso que a gente aqui já oferece a escova aqui na creche... pra não ter mais esse tipo de problema... e eles nem levam pra casa a escova... elas ficam aqui...”

Por outro lado, alguns educadores reconhecem a potencialidade de trabalhar com projetos e ter todos os focos em mente, dentre eles a saúde. Estes percebem que podem incluir a abordagem da saúde de forma articulada em outras metas e com adequação a cada faixa etária. Contudo, isso fica na dependência do educador, uma vez que ele é o mentor e executor do projeto.

“A gente trabalha tudo a base de projetos, né, e adequando com a idade deles... a alimentação é a base de projetos... trabalhando... tipo assim... envolve tudo... que nem... estamos trabalhando formas geométricas... aí trabalha a forma geométrica... cores e aí já entra alimentação... porque cada forma geométrica nós pintamos de uma cor... aí vê uma fruta por exemplo... daquela cor e fazem a degustação e no fim do projeto nós fazemos uma salada de frutas aonde eles comem todas as frutas que eles degustaram anteriormente...a alimentação também...aqui a alimentação para eles normalmente é sopa...aí tem abobrinha...tem batata...tem cenoura...vários legumes...então trabalhamos tudo isso...a importância dos legumes também para a saúde...a higiene também é a base de projetos...na hora do banho...na hora da alimentação...ir ao banheiro lavar as mãos...aí eu falo pra eles que tem que lavar as mãozinhas antes de comer...quando vai ao banheiro também tem que levar as mãozinhas...e é tudo oralmente...e também através de jogos...mas que não tenham muitas pecinhas para não confundi-los.... a escovação...por exemplo...tem o jogo da memória...aí tem a pasta de dente, o fio dental...a escova de dente...mas não muitas pecinhas porque eles se confundem...então tem que ser com poucas peças...porque são praticamente bebês né...2 anos... É você educador que dá vida ao projeto né, somos nós que bolamos eles.”

“ Aqui a gente sempre trabalha com projetos...a gente trabalha com projetos de higiene...a gente trabalha com projetos de alimentação...aí você já inclui lavar a mão...a escovação...a gente ensina também aqui as crianças na parte da escovação...e isso é tudo em cima de projetos...”

“O projeto... assim... a gente elabora... junto com as outras professoras... aí vamos supor... é dividido por faixa etária... que nem... eu vou programar atividades do projeto

de acordo com a faixa etária que eu estou atuando... que nem... no meu caso que é de 6 anos...eu vou programar atividades pra eles...que eles já entendem um pouco mais do que uma criança de 2 anos no caso...então se é no caso de crianças menores...aí é através de música...ensinando pra eles a lavar as mãozinhas...é...você vai ensinar pra eles que tem que escovar o dentinho...lavar uma fruta antes de comer...seria mais isso...”

Alguns educadores reconhecem que o projeto da escola promove a continuidade ao processo de formação, bem como que o desenvolvimento da criança é o que direciona a incorporação de complexidades na forma como os assuntos são abordados, inclusive a saúde.

“ Conforme a idade vai avançando as atividades...que nem...no berçário são cantigas na hora do banho...aí, comigo...que são crianças um pouco maiores...a gente usa o jogo da memória por exemplo... e assim vai. O projeto pode incluir a saúde”.

A educadora significa suas relações com a criança como de grande oportunidade na formação de conceitos, dentre eles aqueles relativos à hábitos saudáveis. Assim, busca nas distintas oportunidades interacionais transmitir mensagens do que é adequado, correto. Age no eixo do realizar a ação adequada para a saúde e dialogar a respeito desta, veiculando informações para a criança acerca do comportamento correto em saúde.

“ a gente trabalha o assunto da saúde sempre que dá. Então eles tomam o banho né...então já é uma forma da gente tá falando pra eles...ensinando eles a lavar as partes do corpo...ensinando eles que tem que manter esse hábito ”

Utilizam da observação da criança e supõem o que acontece em casa para tentarem fazer intervenções com vistas a hábitos saudáveis de saúde.

“...porque tem criança que toma banho aqui hoje e aí vai pra casa e amanhã volta com a mesma roupa que você colocou...você vê que está com a mesma calcinha...com a mesma cueca...então você já tem que ir mostrando pra eles que não, que tem que trocar...”

Acreditam no lúdico como recurso para a promoção do hábito saudável na infância e percebem os desdobramentos de suas intervenções.

“mas aqui a gente fica com a parte mais lúdica e na escola eles ficam com a parte mais pedagógica mesmo...então aqui...a gente tá sempre...eu acho que dessa maneira como estamos fazendo tá dando pra conscientizar eles...eles estão aprendendo alguma coisa...eles já chegam e falam...que nem...que você não pode falar com a boca cheia...vamo comer...agora é a hora de comer...então ó (faz sinal com a mão de que não pode falar)...todo mundo comendo de tudo... agora vamos escovar os dentes...eles pedem pra escovar os dentinhos...então eu acho que a gente tá no caminho certo... as próprias crianças nos cobram destes hábitos, mostrando que aprenderam”

Subcategoria: Divisão em grupos

Na fala dos educadores denota-se existir um grupo deles formado por pessoas de mais idade que atuam sustentadas por conhecimentos trazidos de seu cotidiano enquanto pais e avós. Estes, ao exercerem as ações junto à criança na escola, pautam-se nos conhecimentos populares adquiridos nestas experiências, os quais nem sempre condizem com as tendências atuais de cuidado, em especial no que tange os hábitos de higienização.

Há um outro grupo composto de pessoas mais jovens, com menor experiência profissional, sem filhos, que procuram atuar a partir de preceitos teóricos adquiridos.

“Porque eu acho que o que acontece também... assim... é que tem muitas pessoas que são mais antigas... então assim, pelo fato de você ter 3, 4 filhos...2 netos e você ter 50 anos de idade...você sabe mais da questão de higiene, de como cuidar de uma criança ou como fazer da maneira correta...do que uma pessoa que não...e muitas vezes não é assim...as vezes a gente percebe que a pessoa é daquele jeito porque aprendeu assim...e não muda...então as vezes um enfermeiro, uma pessoa da área da saúde pra tá orientando...tipo...eu sei que tem novas técnicas de tipo...de dar banho numa criança por exemplo dentro do balde...se você falar isso pra uma pessoa que é mais antiga...mas nossa... vai por no balde a criança? Vai matar a criança...essas coisas...então eu acho que se tivesse uma pessoa que orientasse tanto os professores, pais e até a crianças de uma maneira lúdica, brincando...uma história...alguma coisa desse tipo...eu acho que o resultado seria muito melhor...e não teria tanta briga entre os (profissionais) mais novos e os mais antigos”

O encontro na prática destes dois grupos promove um confronto de valores no cuidado da criança e na abordagem das questões de saúde que acabam por determinar conflitos. Afirma-se que os educadores mais antigos tendem a não se reciclar e que possuem uma postura menos aberta para observações, principalmente quando se vinculam às ações de cuidado, especialmente às crianças menores. Apegam-se ao tempo em que estão em uma escola e às suas experiências como pais e avós, e utilizam este dado para sustentarem suas concepções com pouca escuta das observações realizadas, na percepção dos educadores mais novos.

Categoria: Necessidade de Parcerias

As parcerias são vistas como estratégias necessárias para a abordagem da saúde na escola. Precisam ser desenvolvidas parcerias entre a escola e pais/família; entre a

escola e as crianças (suas observações e afirmativas) e as entre escola/profissionais de saúde.

A parceria com profissionais de saúde seria na tônica de orientações acerca dos cuidados em uma escola para se prevenir acidentes e garantir boas práticas de cuidado e saúde. Dentre os locais que mereceriam intervenções destes profissionais estão os ambientes da cozinha, berçário e banheiros. Além disso, apontam as palestras, conversas e atividades lúdicas como recomendáveis para informar e conscientizar as pessoas do espaço escolar a respeito da importância de cada ação ou cuidado ali desenvolvida. Entendem que as parcerias com a Saúde podem ser no âmbito da educação permanente e apontam lacunas neste sentido.

“ eu acho que aqui falta capacitação pros educadores...porque na época que eu trabalhei em rio preto...iam na creche...profissionais da saúde pra ensinar a gente a dar o banho...a usar luvas na hora do banho...na hora da troca de fralda...pra que a gente possa proteger a criança e também se proteger...acho que isso é fundamental...mas eu não vejo essa parceria aqui...os profissionais da saúde poderiam dar palestras...cursos de capacitação pra gente...além de falar com os pais...e mesmo com as crianças...”

As ações de educação em saúde desenvolvidas por profissionais da área de forma longitudinal são concebidas como estratégias com desdobramentos efetivos e que precisam fazer-se presentes.

“ O pessoal próprio da saúde se envolvendo...entendeu...ter algumas visitas periódicas dos dentistas pra mostrar como que eles podem escovar esse dente...fazer teatrinho...através do teatrinho tá mostrando isso pra eles também...a gente teve isso na escolinha no ano passado...no ano passado não...no ano retrasado...agora aqui na creche esse ano eu não vi...esse ano em particular tá...não sei se nas escolas né...eles estão trabalhando isso...aqui na creche eu não vi...então eu acho importante isso...acho

legal o pessoal da saúde vim...trazer um teatrinho sobre a dengue...sobre os cuidados...também sobre a escovação...sobre todos esses assuntos... alimentação...meio ambiente... porque aí também prende a atenção deles né...e se torna assim...um entrosamento da rede toda né... da rede pública toda né...eu acho isso importante...”

“porque aqui é só nós e nós mesmo...não tem mais ninguém que venha ajudar...nenhum outro profissional da saúde pra poder conversar com as crianças...com os pais...nós temos que dar conta de tudo e isso sobrecarrega demais...”

Os educadores reconhecem possuir limitações para tal ação e acreditam na necessidade de outros profissionais na escola para abordar questões de saúde e cuidado, dentre os quais mencionam o enfermeiro e o dentista. Ressaltam ainda que quando há crianças com necessidades especiais na escola esta necessidade de outros profissionais amplia-se.

“ E que nem...no caso da menina que eu te falei...que não fala nada...a gente tem a ajuda de uma fono...É que é pelo hospital né...os pais dela que levaram...e agora que ela começou a falar algumas palavrinhas...ela tem 2 anos e meio...Então...agora ela fala...”solta”...”dá”... “tchau” mas pedir ela ainda não sabe...para alimentar...eu tenho que dar na boca dela...porque ela comia com a mão...ae eu comecei a ensiná-la que não é com a mão que se come...mas sim com a colher...hoje em dia ela já come com a colher...mas sempre muito difícil...do começo do ano...eu só fui conseguir agora que ela coma com a colher e não com a mão...muito difícil...Trabalhando todo dia a mesma coisa...até conseguir alguma mudança com ela...é tudo lentamente... mas a gente vai fazendo assim neh...por isso que seria importante a ajuda de outros profissionais...esse é um problema que inclui várias áreas da saúde e nós da educação né”

Além disso, os educadores trazem que os pais sentem-se mais seguros quando há profissionais da saúde na escola. Ainda em relação à parceria com os estes profissionais,

percebe-se que a abordagem do contexto da criança poderia ser mais integral e integrada caso educação e saúde se articulassem.

“ Essa parceria (entre Educação e Saúde) é fundamental...e não só a parceria dos professores... direção... como todo pessoal da rede que tá envolvido aí na saúde... na educação...e os pais...porque muitas vezes falta essa parte entendeu?...os pais...o estímulo dentro de casa...o estímulo do aluno...a gente vê muito aqui na creche que a gente trabalha com eles...então a gente acaba olhando o aluno..o perfil dele todo..., da família, ficaria algo mais amplo, mais completo e talvez de maior impacto.”

Outro momento trazido pelos educadores e concebido como crítico foi a retirada de fraldas. Sentem-se pouco instrumentalizados para conduzi-la e concebem que o profissional da saúde traria contribuições. Inclusive, a retirada de fraldas gera conflitos com a família, pois esta também vivencia vulnerabilidades diante desta situação. Assim, percebem que a família conta com o seu apoio e eles sentem-se inseguros em relação a como apoiar. Isto culmina em um jogo de empurra.

Neste sentido, a parceria com a família é sinalizada como crítica e como algo que demanda colocação de limites, possibilitando que se eximam de algumas responsabilidades que precisavam ser compartilhadas.

“ e tem uma coisa que eu acho que seria interesse...porque que nem...minha formação é em pedagogia né...então uma orientação de um profissional de saúde iria auxiliar a gente em como desenvolver melhor esse processo...a troca da melhor forma... o banho...o que pode e o que não pode...apesar de que a gente tem uma certa noção...mas seria alguém que é mais especializado né...que nem... lá em Rio Preto tinha sempre a vigilância sanitária...então a gente tem noção de muita coisa já...mas eu acho que um profissional da saúde ajudaria muito mais...porque é a especialidade deles...”

“ A retirada de fraldas é complicada. Nunca sei como fazer. A creche onde trabalho dá um jeito. Faz assim, assim e assim. Vem a família e faz de outro. Eu fiz diferente com meu filho. E fica aquela salada, tudo dando errado. Fico perdida, perdida. Quero sair correndo. Mãe manda assim, diretora assado, e eu no meio. O que eu faço, jogo para a família. Vai para eles. Aliás, a família tem que assumir mais seus filhos. Parece que ficam esperando todo o cuidado da creche. É complicado. Tínhamos que fazer juntas e isto não ocorre muito não, principalmente na saúde.”

Os educadores, ao refletirem sobre saúde, entendem a família como influente, especialmente os pais. Trazem a ressalva para a influência das concepções dos pais sobre criança/infância e saúde.

“ ...acho que depende muito da educação dos pais...sei lá...que nem...lá no X (bairro de baixa renda) tinha muitos pais que usam drogas...aí nem adianta falar com eles...já aqui tudo é mais fácil...é só falar com os pais que eles ajudam sabe...então eu acho que essa questão de saúde depende muito dos pais nessa faixa etária (criança pequena)...aí ela pode ser tanto fácil de ser trabalhada...quanto difícil né...”

Eles valorizam e referem desejar e buscar uma parceria com a família. Identificam o diálogo entre educador e pais como um recurso relevante no estabelecimento desta parceria, onde a escuta e abertura de ambos os lados faz a diferença. A parceria quando estabelecida afeta com potência todo o processo de formação da criança.

“ a única coisa é essa questão com os pais...mas que não é por nós não passarmos as coisas pra eles...mas aí vai de cada um querer fazer as coisas ou não né...”

“ ... porque tem também que tirar a fralda deles né...que é difícil...aí converso com os pais...trabalha em conjunto escola e família. ... porque não adianta por exemplo...a

gente tentar tirar a fralda aqui e em casa a mãe colocar...então tem que ter um trabalho em conjunto...mesmo porque eles preferem né... já é uma ajuda..."

"(os pais poderiam ser entraves na abordagem da saúde) mas comigo não...eles ajudam bastante...minhas crianças se desenvolveram muito esse ano...através das atividades...das brincadeiras...do oral... então eles se desenvolveram muito...tanto em casa quanto aqui...porque eu tô sempre conversando com os pais...no decorrer do ano todo eu vou conversando com os pais...até mesmo porque eu tenho que saber se está dando certo...se eu tenho que mudar alguma coisa...porque eles são muito dependentes ainda né...depende de tudo..."

Contudo, se sobressai na interação com a família uma atitude de ensiná-los e avaliá-la em termos de contribuições para a saúde da criança.

"com os pais também...a gente está sempre pedindo pra eles olharem o cabelo...vê se não tem piolho...é mais essa parte assim, de ensinar, de falar para eles o que fazer."

"porque tem criança que não...que traz tudo...na questão de higiene...traz a roupinha...traz tudo impecável...só que já tem outras que você vê que já traz a roupa toda suja...a mesma camiseta a semana toda...sabe...tá suja...tá imunda e o pai e a mãe não estão nem aí."

Os pais trazem concepções e ações vinculadas à saúde que, por vezes, confrontam-se com as do educador ou da escola. Não existir a congruência promove conflitos e uma relação não-harmônica, onde as cobranças e avaliações se sobressaem. As discordâncias parecem ser sobressalentes no âmbito da higiene, ora por diferentes concepções, ora por não realização da prática.

“ Na parte de higiene...as vezes você tem o apoio do pai...as vezes você não tem...as vezes você ensina pra ele que ele tem que escovar o dentinho né...só que as vezes chega a criança aqui e traz a escova do pai ou da mãe pra escovar o dente..”

Assim, os educadores afirmam existir situações em que a família cobra deles questões vinculadas à higiene, gerando descontentamentos quando tal expectativa não é atendida.

“E os pais agora também tão cobrando mais essa questão da higiene...eu acho que por ser um assunto que tá ficando mais visado...mais falado...os pais também cobram bastante...e reclamam quando percebem que não foi feito o que eles esperavam...”

“Eu acho que se conseguisse unir a escola com os pais melhoraria e muito... porque eles só sabem aparecer aqui pra reclamar... e eu acho que não deveria ser assim... deveria ter essa relação entre pais e escola porque tudo seria melhor...nosso trabalho...mesmo pras crianças...eles acham que a gente tem que fazer tudo com as crianças e quando não é feito...tem reclamação.”

Não afirmam haver associação deste conflito com a condição econômica da família, mas nas entrevistas prevaleceram exemplos articulados à família de baixa renda.

“ ... eu principalmente sempre pego no pé né...falo...olha, tem que trazer a criança limpa... e tem mãe que manda a criança suja...que a gente tira a roupa suja hoje e amanhã volta na bolsa...é que aqui ainda não aconteceu isso...mas no X (bairro de baixa renda) quando eu trabalhava lá...a criança voltava com a mesma fralda que ia embora...toda suja...que nem...a fralda que colocava a tarde limpa...voltava no outro dia...a mesma...toda suja!”

“Ah...eu acho que é boa sabe...na verdade meio a meio...tem aquelas mães que você falou...foi uma vez só...e tem aquelas mães que é a mesma coisa que não falar com ninguém...depende muito de cada pessoa...”

“a diferença (entre estar no serviço privado ou público) pode ser as vezes na parte assim da família...é...como a parte pública né então as vezes envolve uma população mais carente...a criança muitas vezes não tem estímulo dentro de casa...o que já na particular...eles já são mais estimulados né...mas isso não é uma regra geral não viu...”

A relação com a família interfere diretamente na forma como a parceria se estabelece. Há educadoras que significam a família como o grande entrave para a abordagem da saúde e promoção de bons hábitos de saúde junto à criança. Não conseguem a parceria com a família e isto tem desdobramentos na extensão de suas ações, no sentido de não serem duradouras e efetivas. A maioria dos exemplos citados remete a percepções diferentes entre elas e a família no que concerne um problema de saúde. A pediculose foi fortemente mencionada neste cenário. As suas falas denotam que elas fazem, ou seja, suas ações diante do problema, já a família não. Isto promove distanciamento entre ambas as partes, além do sentimento no educador de estar sozinho diante da luta por saúde. Chega a vir à tona um entendimento de que, sem a parceria da família, é impossível.

“eu acho que o que mais dificulta mesmo...que a gente deveria ter é o apoio da família né...só que a gente sabe que isso muitas vezes é difícil...porque que nem as vezes você pede ajuda pro pai e pra mãe com relação a piolho...você manda bilhete e a criança não vem...eu tenho um aluno que você manda bilhete...você fala...a gente chega a limpar a cabeça aqui na escola...só que ae a hora que vem...tá cheio de novo...e o pai e a mãe falam que não...que ele não tem nada...então eles são meio relutantes quanto a isso...eles não estão conscientes que é perigoso pra criança...que tá fazendo mal pra criança...e que isso pode virar uma epidemia e que todas as crianças podem

pegar...então se tivesse um pouquinho mais de apoio deles..seria bem melhor pro nosso trabalho. (silêncio) O que precisa mesmo é o apoio dos pais”

“ vem com a unha suja...não limpa o ouvido...piolho... você fala o ano inteiro...pro pai...pra mãe... e o pai e a mãe não cuida...sabe...aquilo tá prejudicando o próprio filho e a pessoa não cuida...e aí a gente acaba cuidando...porque você vê lá o aluno com a unha grande...aí a gente vai dar o banho e o que a gente faz? A gente pega a tesourinha lá e já corta a unha dele...já limpa o ouvido dele...e isso sabe... é fundamental vir de casa e não fazer na escola..”

A formação de hábitos saudáveis é concebida por muitas educadoras como responsabilidade da família, os quais elas deveriam apoiar, mas não promover.

“ Então nós estamos ensinando a cortar unha, a tomar banho, isto é da família. O grande problema da educação é que nós estamos aqui para ensinar e não para educar...a educação já vem de berço...é o que eu penso entendeu...”

Apesar de serem minoria, havia educadoras que concebiam o espaço de educação infantil como receptáculo de crianças de famílias que desejavam livrar-se dos filhos. Neste sentido, a relação já se iniciava com pré-concepções que representavam barreiras para o sucesso desta.

“ A relação com os pais é péssima...de verdade...a creche é um depósito...tem mãe que não trabalha...porque a gente tem na mente que a creche é pra mães que trabalham e na verdade não é isso...tem um monte de mãe que não trabalha e deixa o filho aqui as 7 e vem buscar as 17h da tarde...tudo bem cuidado né... a gente dá banho...comida...roupa...fralda...”

“Eu acho que se conseguisse unir a escola com os pais melhoraria e muito...porque eles só sabem aparecer aqui pra reclamar...e eu acho que não deveria ser assim...deveria ter essa relação entre pais e escola porque tudo seria melhor...nosso trabalho..”

Os educadores concebem que, na atualidade, a criança permanece grande parte de sua vida na escola, especialmente quando frequentam o espaço de educação infantil, mas reconhecem o contexto familiar como relevante. As crianças são pessoas ativas que estão a explorar o mundo, porém com diferenças entre aquelas ditas por eles como menores e as maiores.

As crianças menores têm a mão e a boca como grandes meios de contato com o mundo. Por esse motivo levam objetos e a própria mão corriqueiramente à boca. Além disso, uma boa parcela delas utiliza a chupeta. Tal objeto de uso infantil é visto de forma dual: quando na boca, impede um pouco a criança de levar objetos até a mesma, e, fora dela, constitui-se em uma fonte de contaminação.

“...porque os pequenos principalmente estão numa fase de que tudo é a boca...tudo é a mão...então a primeira tendência deles é colocar na boca...e...geralmente quando já tá indo pra escola tira a chupeta...porque a chupeta ainda trava um pouco o meio de colocar na boca...mas quando tá sem chupeta...tudo na boca...E mesmo com a chupeta né...empresta pro amigo, cai no chão, põe na boca...”

Para a maior parte dos educadores ouvidos neste estudo, crianças menores não estão prontas para receber informações associadas à saúde em suas interações com os mesmos. Assim, eles centram no desempenho das ações e pouco dialogam com as crianças sobre as ações relacionadas à saúde que estão a desempenhar. Denotam a saúde como tema complexo para ser introduzido à criança menor.

“Como eles são pequenos sabe... não tem como trabalhar projetos... que nem tem com os maiores... não dá pra ir trabalhando muito com eles essas coisas de saúde porque eles são muito pequenos e ainda não entende né... porque eles ainda não entendem muito... é mais cuidar deles mesmo... dar o banho... trocar a fralda...”

“ ... porque eles (crianças menores) não entendem.”

Contudo, há outros que entendem que a criança pequena também aprende e investem neste processo, principalmente tentando tornar compreensível o conceito que estão veiculando. Para tanto, uma estratégia é tornar tal conceito concreto ao máximo.

“... com os bebês o que dá pra trabalhar mais são cantigas né... então a gente trabalha muito cantiga que é o que dá pra eles memorizarem, mas... aí depois tem o que...na hora do banho a gente também fala...’olha eu vou lavar sua mãozinha...tem que lavar...’ a gente vai ensinando passo a passo...o cabelinho...vamos por xampu no cabelinho...porque com os bebês é cantiga...orientação na hora do banho...no almoço a gente sempre incentiva...’olha vamos papar...são alimentos saudáveis’... por exemplo...tem muitos legumes na sopinha deles...’olha a cenourinha...faz bem pra saúde’...então é dessa forma que a gente trabalha mais...”

“ tudo você tem que levar pra vivência...tudo você tem que colocar assim...coisas práticas pra eles poderem entender...então vai fazer um passeio..vai fazer um piquenique... é...no dia da árvore vai mostrar árvores que tem aqui próximo da escola... diversos tipos de árvores...pra que a árvore serve...né...aí a gente já vai colocando isso...já vai trabalhando sucata com eles...porque a idade deles tem que ser coisas bem práticas pra eles poderem entender... então a gente trabalha sucata com eles...faz objetos com sucata...mostra pra eles que aquilo lá pode ter algum aproveitamento...na parte da alimentação...é...por exemplo...a gente tá trabalhando formas geométricas agora e cada forma geométrica a gente pinta de uma cor... e essa cor a gente leva pra uma fruta... então já leva a fruta pra dentro da sala de aula... e através daquela forma

geométrica e da cor que ele aprendeu...vermelho...ele vai aprender que a fruta morango é vermelha também...quais são as propriedades da fruta...a vitamina...pra quê que ela serve... pro desenvolvimento dos ossos...do corpo...então é dessa forma que a gente trabalha...como eles são pequenos a gente tem que levar dessa forma pra eles...pra eles entenderem melhor... aí se torna mais fácil...pra compreensão deles...pra eles estarem aprendendo...aí a gente coloca historinha...trabalha na rodinha uma historinha...em cima disso...tudo na vivência deles...”

A criança menor precisa de explicações simples, repetidamente.

“É... nessa faixa etária de 2 anos e meio você tem que várias vezes trabalhar a mesma atividade até eles aprenderem né...”

Para os educadores, trabalhar com a criança pequena tem íntima articulação com a relação estabelecida entre educador e família. Entendem a família como contexto relevante para esta criança.

“Acho que nessa faixa etária... depende muito dos pais... da relação nossa com os pais...”

Os educadores ouvidos neste estudo entendem as crianças maiores como pessoas que estão a desenvolver sua autonomia: andam, pulam, correm, caem, tropeçam, e pouco gostam de receber ajuda do adulto. Lutam pela sua independência. Possuem um pensamento de compreensão que exige o elemento concreto. Isto dificulta trabalhar questões de saúde com as mesmas, pelo fato de que a explicação passa por elementos abstratos.

Investir na criança significa promover consciência dos hábitos saudáveis, bem como contribuir para a saúde. Percebem que ela, ao acomodar e compreender o

conhecimento disseminado pelo educador, exerce controle social em relação a este aspecto.

“ Eu acho que pelo menos a gente pensa que tá no caminho certo...trabalhando com eles assim...porque tá gerando um retorno...um resultado positivo...e por eles serem pequenos...né...eles vem te cobrar isso...eles vem te cobrar...ó...se você fala pra eles...ah...hoje tá frio e não vai ter o banho... não...eles querem o banho...o dia que acontece algum imprevisto e que eles não tomam o banho...eles ficam incomodados... eles pedem pra isso...então...eles vem te falar...ó falei com a mamãe...ó...não pode deixar...se eles veem o amigo fazendo alguma coisa de errado...eles falam...ó você tem que comer isso...isso é bom pra saúde...então eles falam sabe...e isso é legal...então eu acho que a gente tá no caminho certo... “

“ o aluno chega em casa e fala...mãe você precisa cortar minha unha...mãe a professora falou pra limpar meu ouvido...eu tô com piolho... ele leva a educação pra casa”

7. Discussão

Este estudo apresentou como objetivos o de analisar como os educadores abordam a saúde nos espaços de educação infantil e o de descrever as ações voltadas à abordagem da saúde prospectadas e desenvolvidas por estes atores sociais. Apesar das dificuldades encontradas e já mencionadas no início deste estudo, como o pequeno número de educadoras dispostas a participar e o difícil acesso às creches, podemos concluir que tais objetivos foram atingidos.

É preciso ressaltar que um dos grandes eixos que conduziu a realização deste estudo foi o Referencial Curricular Nacional para a Educação Infantil - RCNEI (1998), documento oficial que contém a articulação da educação e saúde nos espaços de educação infantil. Nenhuma das educadoras integrantes deste estudo remeteu-se a ele. Suas falas centraram-se nas ações cotidianas desempenhadas, em que as justificativas predominam na necessidade de formação de bons hábitos de higiene, e da criança ser cuidada, especialmente em relação à sua higiene. Os bons hábitos de higiene são pertinentes, mas sugerem uma limitada amplitude do conceito saúde, bem como a não incorporação do que está posto na RCNEI.

Outro aspecto que chama a atenção é o de que o significado de abordagem da saúde nestes espaços tem forte articulação com o cuidar, quase que sendo entendidos como sinônimos. Assim, o cuidado é mote central de seu fazer, e, ao ter este entendimento, as educadoras correm o risco de chamar a responsabilidade para si de cuidados que estão para além de suas competências profissionais. Frente a isto, lançam mão do conhecimento popular que detém e tentam fazer o melhor que podem. Contudo, isto não as satisfaz plenamente e, simultaneamente, as deixam confusas quanto a estarem de fato desempenhando seu papel. E, na atualidade, ao se defrontarem com a política da inclusão, esta questão fica ainda mais ameaçada ao entrarem em contato com crianças que podem vir a ter demandas de cuidados complexas, cujo conhecimento popular oferta bases muito frágeis para tais cuidados. Destaca-se que uma educadora chegou a fazer esta articulação entre a criança de inclusão e o cuidado.

Fruto desta concepção de que abordar saúde é cuidar, as educadoras preocupam-se e centram-se em atender as necessidades básicas da criança e em socorrê-la nas situações de acidentes ou intercorrências de saúde. Ficam inseguranças diante do desempenho destas ações pelo fato de existir um despreparo das mesmas que têm que conviver com o fato de ser o cuidado um construtor da pessoa humana.

Não há dúvidas de que o histórico da instituição “creche” tem íntima correlação com este achado, uma vez que, quando era conectada à Secretaria de Assistência Social, a questão do assistencialismo era foco e, ao ser transferida para a Secretaria da Educação, o educar ocupe este espaço central. Talvez estejamos a compartilhar de um movimento de transição, o qual ainda parece estar na negativa do assistencialismo e com uma concepção limitada de educação.

Contudo, a RCNEI não fala de substituição, mas sim de integração; não fala de negar em prol de, mas sim de integrar. E, apesar da RCNEI datar de 1998, ainda parece ser atual a discussão acerca da abordagem da saúde nos espaços de educação infantil.

Percebe-se, em paralelo, a forte influência dos princípios higienistas na Saúde. Todas as educadoras ouvidas neste estudo trazem em seu discurso a questão da higiene, seja cuidar para manter a criança limpa, sejam preocupações com a limpeza do ambiente, ou o desenvolvimento de ações educativas para a conscientização da importância da higiene. Esta temática é relevante, mas a intensidade com que predominou nas falas das educadoras traz preocupações, pois quase que induz significarmos o papel da educação infantil limitado à formação para bons hábitos de higiene. A RCNEI traz um conceito mais amplo de Saúde, mas os educadores afirmam que a gestão dos espaços tem na higiene um parâmetro que remete a qualidade. Isto justifica e potencializa a ênfase e cobranças em relação à higiene do espaço físico e as rotinas de higiene da criança na unidade.

Outro aspecto que se depreende diz respeito à prevenção da transmissão de doenças e o atendimento aos acidentes ou ferimentos ocorridos no cotidiano destas unidades. O educador demonstrou cobrar habilidades e conhecimentos para atuar nestas situações. Será que cabe ao educador? Até que grau? Que autonomia profissional o mesmo possui para tais ações? Isto não está contido na RCNEI. Contudo, são problemáticas reais e que precisam ser acolhidas no âmbito da gestão.

Nas falas dos educadores identificaram-se poucos elementos que integram saúde e desenvolvimento infantil. O conceito de saúde dos educadores está restrito à ausência de doenças, e isto precisa ser revisto. Há necessidade de discussões e reflexões acerca de um conceito mais ampliado de saúde, de um conceito mais articulado com as tendências mundiais do que vem a ser *saúde*, e sua íntima correlação com bem-estar e qualidade de vida.

Segundo a Organização Mundial de Saúde - OMS, saúde é o estado do mais completo bem-estar físico, mental e social, e não se resume apenas à ausência de enfermidade. A OMS traz ainda um conceito ampliado onde saúde pode ser traduzida como a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde (Sciliar, 2007).

A afirmativa abaixo, de Maranhão (1998), permite associações com o apontado acima em relação à Saúde:

“O cuidado, embora seja muitas vezes efetivado por procedimentos com o corpo e com o ambiente físico, expressa intenções, sentimentos, significados, de acordo com o contexto sociocultural. O cuidado tem muitos sentidos e, dependendo do sentido que se atribui ao ato de cuidar e a sua finalidade, podemos enfatizar alguns aspectos do desenvolvimento humano em detrimento de outros”.

A autora aponta como uma primeira dificuldade de compreensão do cuidado na educação infantil sua vinculação apenas ao corpo, desconsiderando a totalidade do ser humano (MARANHÃO,1998). Na fala das educadoras, a justificativa para o cuidado existir neste espaço está no fato de ser uma necessidade da criança pela dependência que ela tem. Isto é confirmado por Veríssimo (2001). Contudo, vale evidenciar a existência de questionamentos a respeito.

De acordo com as falas, as educadoras afirmam saber que “têm que cuidar e educar”, já que se trata de crianças pequenas e de não existir neste espaço outras pessoas para fazê-lo. Porém, questionam se isto é de fato de sua competência, uma vez que associam o educador à educação, e não ao cuidado, apesar de fazê-lo mesmo assim. Ficam reflexões acerca da necessidade de outros profissionais além do educador, bem como se educar e cuidar estão desintegrados.

Defendemos a ideia de que educar e cuidar precisam ocorrer de forma interligada e intergrada. E a experiência nos permite apontar como grande desafio a incorporação da temática saúde no projeto político pedagógico das escolas de educação infantil, para que esta seja incorporada de forma mais plena e transversal no bojo das

ações cotidianas. Isto permitiria o rompimento com a concepção de que a saúde é tema de inserção pontual, com dia e hora marcada, e executada necessariamente por um profissional da saúde (SANTOS, 2007). Assim, transformações ideológicas estão postas no sentido de abarcar toda a proposta que sustenta a Iniciativa da Escola Promotora da Saúde, o conceito de Promoção de Saúde e a RCNEI, com destaque para os aspectos da interdisciplinaridade e da intersetorialidade.

Fica claro que a promoção e a educação em Saúde na educação infantil não podem ficar restritas aos limites do setor saúde e serem responsabilidade exclusiva do profissional da saúde; é preciso estabelecer parcerias com distintos profissionais, principalmente entre aqueles da saúde e da educação, para potencializar o espaço social escola como promotor de saúde (SANTOS, 2007; ROCHA, 2002; IERVOLINO, 2005). Tal fato contribuiria para que as parcerias não fossem entendidas apenas como assessorias ou transferência de responsabilidades.

“No enfoque deste Programa serão desenvolvidos vários projetos, entre eles a Escola Promotora de Saúde que vem ratificar a importância do impacto da correção dos problemas de saúde sobre o aprendizado, demonstrado em várias experiências internacionais” (São Paulo, 2005).

Como visão tradicional, referimo-nos ao que Silva (2005) diz:

“Os modelos higienistas de Saúde Escolar (...) não atenderam, de fato, às necessidades de saúde dessa população e criaram a equivocada tarefa da Saúde de ter que responder pelo processo de aprendizagem de crianças e adolescentes, medicalizando as questões da educação e privilegiando a prática terapêutica como modelo de intervenção junto ao sujeito e a sociedade”

Sugerimos que um dos pontos de partida possa ser a revisão das propostas curriculares dos centros de formação de educadores e de profissionais de saúde, no sentido de incluir e ampliar a discussão sobre a potencialidade da escola na formação

em saúde para qualquer cidadão, especialmente nos primeiros anos de vida apontados como centrais para o aprendizado (CYPEL, 2011).

Outro ponto importante de se considerar nestas reflexões diz respeito ao uso do senso comum, da experiência materna e do conhecimento popular no cuidado (abordagem da saúde) desenvolvido no espaço de educação infantil pelas educadoras. Elas relataram não respaldar suas ações de cuidado em saberes científicos, o que também contribui para o sentimento de insegurança verbalizado.

Outro aspecto que se soma a este quadro é a lacuna/ ausência na formação dos educadores do tema saúde. A saúde contribui e integra o desenvolvimento da criança, assim como a educação. Portanto, necessita estar minimamente presente nos currículos de Pedagogia, uma vez que a RCNEI, por exemplo, explicita a saúde como integrante do cotidiano na educação infantil.

Maranhão (2005) chega a sugerir que os cuidados na primeira infância exercem duplo papel: manter sua saúde, conforto e bem-estar e oferecer à criança referências sobre si mesma, o outro e o ambiente, o que é obtido por meio do toque, da linguagem, da expressão facial do cuidador, e da regularidade com que é atendida em suas necessidades. Necessidades estas que não se limitam ao corpo da criança.

Adiciona-se a tal discussão o fato de o cuidado da criança ser tradicionalmente atribuição materna e familiar, e entendido naturalmente como feminino, o que tem culminado na desvalorização do cuidado enquanto função profissional do educador (MARANHÃO, 2005; VERÍSSIMO, FONSECA, 2003). De acordo com Arce (2001), a função educativa na Educação Infantil é vista, de maneira semelhante, como algo natural e destituída de profissionalismo:

“A constituição histórica da profissional de educação infantil tem estado fortemente impregnada do mito da maternidade, da mulher como rainha do lar, educadora nata, cujo papel educativo associa-se necessariamente ao ambiente doméstico, sendo, assim, particularmente importante nos primeiros anos da infância”.

Segundo a autora, esse é um mito que perdura até os dias atuais graças à visão dos primeiros teóricos da educação infantil acerca das qualidades que deveria ter uma

educadora de crianças pequenas. Para eles, apenas o fato de ser mulher, preparada pela natureza para a maternidade, já a definiria como educadora nata. Estas influências apareceram nos resultados do presente estudo.

Diante do exposto, pode-se inferir que o fato de tanto a educação quanto o cuidado serem considerados capacidades inatas femininas, relacionadas à maternidade, impele ainda mais as educadoras a desejarem garantir para si um *status* profissional mediante rejeição a ações entendidas como maternas. Talvez resida neste ponto a pouca abertura para refletir acerca da abordagem da saúde nestes espaços, pois significa saúde como cuidado e cuidado é algo que não traz reconhecimento.

Nos discursos, observamos que as educadoras citam que sua função prioritária é o educar, fazendo uso das ferramentas pedagógicas. Queixam-se do tempo despendido com o cuidado e significam-no como limitador do tempo para o “educar”. Em contraponto, educadoras que trabalham com crianças maiores chegam a demonstrar certo reconhecimento de ações de educação para e na saúde.

O exposto acima vem de encontro com as afirmativas de Maranhão (1998):

“O cuidado, interpretado apenas como higiene, prevenção de acidentes e oferta de nutrientes, era “acusado” de “atrapalhar” o desenvolvimento da ação pedagógica, por despende tempo dos educadores e impor uma rotina rígida, que restringia as atividades educativas aos intervalos que “sobravam”. A grande dificuldade que estava por trás desse discurso e dessas “acusações” era a decorrente da falta de definição do que significava cuidar e educar bebês e crianças pequenas, da efetiva integração entre saúde e educação, e que denunciava uma restrição nas concepções tanto de cuidado quanto de educação da criança”.

Da mesma forma, Carvalho (1999) observou o enfrentamento de um dilema por parte desses profissionais no que diz respeito à dimensão de cuidado em suas práticas cotidianas:

“Se por um lado o cuidado é algo fortemente presente, por outro, ele é ora negado, porque tido como antiprofissional, ora visto como algo

característico ou mesmo inerente à condição feminina, materna; assim, em ambos os casos, o cuidado é compreendido não como uma característica ou atributo profissional típico daqueles que trabalham com crianças, mas, antes, como característica doméstica, situada no âmbito da vida privada, e, sobretudo, associada à condição feminina”.

Na busca de superar tal visão, autores como Campos (1994) e Rosemberg (1994) defendem a ampliação do conceito de educar. Ambos incluem em seu significado todas as ações voltadas às necessidades infantis de forma ampla, a fim de garantir a todas as crianças, independentemente de sua idade e condição social, seu atendimento. Dessa forma, criticam um dos rumos tomados na construção histórica da atenção pré-escolar, no qual a dimensão de cuidado parece ter sido simplesmente abandonada, tomada como algo de menor importância ou encarada como “assistencialismo” puro e simples.

Campos (1994) destaca que, a despeito dos educadores tentarem construir uma visão de profissionalismo rejeitando o cuidado e revestindo-se do papel de educador, toda relação entre educador e criança no âmbito pré-escolar é permeada por algum tipo de cuidado, seja ele explicitado e consciente ou não, seja ele mais ou menos adequado.

Esta relação está presente nas falas das educadoras entrevistadas neste estudo quando estas relatam que cuidar é inevitável, pois são crianças pequenas, e elas “*são as únicas que estão na linha de frente*”. Ao constatar este fato, um espectro de ações que seriam cabíveis na educação infantil é delimitado pelas educadoras. Dentre as ações entendidas por elas como cabíveis, exclui-se as que consideram específicas da família, da mesma forma como identificou Maranhão (2000):

“Mesmo quando os educadores reconhecem que o cuidado com a criança pequena é inerente à ação educativa, ainda são encontradas dificuldades em definir os cuidados que são de competência exclusiva da família e os cuidados que seriam da competência da instituição. Os cuidados com o corpo continuam sendo atribuídos à família, revelando dicotomias na forma de priorizar cuidados mais ou menos importantes. (...) São frequentes os conflitos entre família e creche sobre a quem compete dar o banho, cortar as unhas, remover os

piolhos, ainda que esses tenham sido adquiridos no convívio entre as crianças, no coletivo infantil”.

Existe a necessidade de vincular o cuidado/saúde a uma ação entendida como educativa. Quando isso não ocorre, as educadoras sentem que não estão atuando como professoras, e sim exercendo o papel de mãe. Questionam a presença do profissional de saúde no serviço que se incumbisse de acompanhar as ações que consideram específicas da saúde e, portanto, fora de sua competência. Não reclamam pela presença constante, mas sim pela parceria, seja com os profissionais, seja com a rede. Embora, efetivamente, algumas necessidades infantis correspondam a uma demanda de outros profissionais, cabe indagar se o cuidado diário deveria ser mesmo incluído nessa categoria.

Fica evidente a ambivalência na definição de funções relativas ao cuidado/saúde. A integração cuidar e educar aparece em alguns momentos no discurso, mas em outros é questionado e até rejeitado. Percebe-se nas falas que o discurso individual incorpora o que é posto oficialmente, da lei e da ciência, mas ainda não representa a incorporação dessa visão sobre a função da educação infantil.

Entender as ações de cuidado da criança como fatores de sobrecarga e prejuízos por redução do tempo de atividades pedagógicas é, por outro lado, um fator importante e deve ser considerado, uma vez que estudos demonstram que a alta qualidade na atenção à primeira infância compreende muito além do oferecimento de atividades pedagógicas (VANDELL, WOLFE, 2004).

É urgente retomar o sentido da integração do educar e cuidar na RCNEI, repensar a interface entre saúde e cuidado na educação infantil no intuito de tensionar estes nós críticos historicamente dados e reforçados pela mídia.

A literatura enfatiza que a escola é um ambiente propício para a educação em saúde, pois a mesma está inserida em todas as dimensões do aprendizado (FERNANDES, ROCHA, SOUZA, 2005), e isto serve para a educação infantil.

Esta ponderação crítica pode colaborar para desconstruir a significação de que saúde no espaço de educação infantil é algo para o profissional da saúde, bem como

refletir acerca dos limites da abordagem da saúde pelo educador no espaço de educação infantil.

Com base nos relatos apresentados e, sobretudo, quando são descritos aspectos específicos da prática diária (a exemplo dos projetos de trabalho com as crianças), identifica-se ser, no entendimento do educador, a práxis da saúde dos profissionais de saúde. Isto se deve à significação detida por eles. E é esta significação que coloca em vulnerabilidade os educadores e a abordagem da saúde nos espaços de educação infantil.

Desta forma, um desafio a se considerar é a necessidade de uma revisão das propostas curriculares dos centros de formação, sejam eles profissionais de saúde ou da educação. Tal medida objetiva a incorporação, nos diversos cursos, de um trabalho de conscientização sobre o desenvolvimento integral da criança e como a saúde e a educação potencializam este processo. Carece-se de reflexões sobre o que significa formar um cidadão e como educação e saúde no espaço de educação infantil podem contribuir para tanto.

Nessa linha de pensamento, encontra-se a necessidade de se promoverem espaços que favoreçam a troca de experiências tanto entre os profissionais integrantes da área pedagógica quanto entre os profissionais da saúde, para que promovam o intercâmbio de seus conhecimentos e habilidades. Barba, Martínez e Carrasco (2003) defendem que uma visão intersetorial poderá se constituir em um caminho, quando se objetiva a promoção da saúde e educação de crianças no Brasil. Saúde, educação e desenvolvimento são conceitos que não podem caminhar sozinhos.

As educadoras do presente estudo trazem evidências que articulam a inserção da saúde na educação infantil como algo que qualificaria estes espaços. Assim, cabem investimentos na inclusão da saúde nas discussões de planejamento pedagógico e da unidade, com vistas a identificar novas possibilidades na forma como a saúde é incluída nestes espaços. A necessidade de parcerias entendidas quase que na tônica da transferência de responsabilidade na abordagem da saúde poderia ganhar nova ênfase, no sentido de consumir-se de fato enquanto parceria.

O presente estudo teve como limites ter ouvido exclusivamente educadoras mulheres, o que potencializa as questões do feminino e do cuidado já apontadas e discutidas acima.

Ao longo do processo, ponderou-se que estratégias de pesquisa mais dialógicas provocariam produtos muito interessantes, mas identificou-se que só o fato de narrarem suas percepções já provocou, em todas as educadoras ouvidas, uma situação de instabilidade e questionamento acerca do que é abordar saúde na educação infantil. Questionar e estranhar concepções constituem-se em um primeiro passo para transformações.

Outra questão que surgiu é o que pensam os coordenadores pedagógicos a respeito da articulação *saúde e educação*, e como inserem isto em suas práticas enquanto coordenadores. E a família? O que será que ela acredita ser incluir saúde nos espaços de educação infantil? Quais são as suas expectativas? Sugerimos que pesquisas futuras venham a explorar tais aspectos, com vistas a permitir maiores compreensões deste contexto que possam transpor o atual cenário.

Outra vertente interessante de aprofundamento seria uma pesquisa documental que explorasse a forma como a saúde está concebida e veiculada em documentos oficiais e leis articuladas à educação infantil. E na saúde, como os documentos oficiais e leis inserem os espaços de educação infantil e a saúde neles? Reconhecem o mesmo como *lóccus* para a promoção da saúde?

Enfim, o estudo confirmou ser grande e atual o desafio de transformar a integração entre saúde e educação na educação infantil. Aponta ainda para a necessidade de tornar esta questão de mais valia para que a integração entre saúde e educação se consume com toda a potencialidade que possuí e venha a gerar desde tenros cidadãos a um compromisso com a vida humana.

O debate sobre o que vem a ser um bom cuidado e uma boa educação para as crianças permeia a definição de padrões de qualidade do serviço das creches. Não é fácil definir qualidade, pelo contrário. Trata-se de algo complexo e variável, dependente da ótica e dos interesses de quem participa da definição dos padrões e princípios dessa qualidade. De acordo com os estudos de Piotto et al. (1998), muitos são os envolvidos e interessados na educação infantil: crianças, famílias, educadores, pesquisadores,

governo e sociedade. Cada qual com sua própria compreensão sobre qualidade. Para complementar as necessidades das crianças, e não apenas o interesse isolado e parcial de qualquer um desses atores, é preciso que se contemple a participação dos envolvidos no processo.

O passo inicial é reconhecer a criança como parceiro social. Esta, através dos seus meios de ação, predominantes em cada fase do processo de crescimento e desenvolvimento, manifesta seus desejos e necessidades. A criança tem direito à creche. No entanto, antes de qualquer coisa, tem direito a condições de vida dignas, com atenção individualizada, cuidados e ternura, que, como mostra Piotto et al. (1996), são necessidades que podem ser consideradas em nossa cultura e que garantem, inclusive, a sobrevivência das crianças pequenas.

Com base no reconhecimento desses direitos, a formação do educador infantil deverá incluir as habilidades para atitudes e, porque não, procedimentos de cuidado, tanto no aspecto técnico quanto relacional, partindo de seus conhecimentos prévios e das práticas sociais de cuidado com a saúde e a educação que estão presentes na cultura e na instituição. Formar o educador para o cuidado exige construir uma prática de formação reflexiva e que integre educação e saúde, família e instituição.

O cuidado cotidiano da criança, base da promoção de sua saúde, inclui atividades que integram igualmente sua educação: acolher, alimentar, limpar, confortar, proteger, consolar e prover ambiente lúdico e interações, que lhe propiciam situações de aprendizagem sobre si mesma, o outro e a cultura onde está inserida. Os cuidados infantis implicam interação constante entre adultos e crianças, durante o processo de ensino-aprendizagem de regras sociais e práticas culturais de atendimento das necessidades humanas básicas. Assim, cuidar é o elo que integra saúde e educação infantil (Maranhão, 2000 a).

Cuidar da criança é compreendê-la em sua singularidade como ser que está em contínuo processo de crescimento e desenvolvimento, assim como é ajudá-la e ensiná-la a identificar e atender suas necessidades em cada fase e situação, possibilitando que constitua sua identidade, adquira gradativa autonomia e se socialize (Veríssimo, 2003; Maranhão, 2000 a).

Compartilhar cuidados infantis demanda dos profissionais preparo e disposição para escutar crianças, pais, avós, comunidade, em sua alteridade, constituindo um fórum de reflexão sobre o que seja o melhor cuidado e a melhor educação para esse grupo específico, em seu contexto histórico, social e cultural. Nessa tarefa, a concepção de participação dos pais é a de co-contrutor do projeto de educação e cuidado infantil, pela definição conjunta de concepções, normas e regras. Isto implica uma atitude de profissionalismo, considerando o arsenal dos saberes acumulados sobre desenvolvimento, educação e cuidado infantil e sobre os padrões do que seja uma boa creche, bem como conhecê-los, problematizá-los, refletir sobre sua aplicabilidade em um contexto específico. Implica, ainda, a abertura aos conhecimentos “não científicos”, que iluminam as práticas familiares, constituindo, também, formas de saber.

Portanto, a abordagem da saúde é intrínseca às interações com ela estabelecidas. A concepção equivocada e de certa forma inocente da dicotomia entre saúde e educação na creche conduz ao descuido e desamparo desta criança em seu processo de desenvolvimento. Os resultados do presente estudo denotam a existência desta concepção, contudo silenciada de alguma forma pela preocupação do eco na historicidade das lutas sociais dos educadores. Assim, questionam a explicitação de reconhecimento da complexa teia que une e integra educação e saúde nos espaços de educação infantil/creche. E, fica posto a necessidade de interpretar as Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação Infantil (Brasil, 2009) à luz desta complexidade, sem tendência de valorizar educação em detrimento à saúde ou vice e versa.

Os termos educar e cuidar, comumente adotados para traduzir ações próprias à Educação e à Saúde, respectivamente, sofrem na sociedade a tendência de serem interpretadas como ações “populares”, passíveis de serem realizadas por quem não detém formação específica àquela Ciência. E, de fato o são, contudo quando executadas por profissionais ganham influência diferenciada no processo de formação das pessoas enquanto cidadãos. Assim, a luta deve voltar-se a um contexto promotor do desenvolvimento da criança cidadã e, não uma competição do que é de maior valia para esta fase da vida. Já está posto pelos estudos de desenvolvimento infantil a relevância de ambas (Cypel, 2011).

Com isto, os resultados deste estudo evidenciam a necessidade de integração da Saúde e Educação nos espaços de educação infantil/creche e, denotam potencialidades do educador para ser também cuidador. Desmerecer o cuidado é desprezar a criança e sua infância.

8. Considerações Finais

O estudo caracterizou como insegura a abordagem da saúde nos espaços de educação infantil. Tal fato relaciona-se com o significado desta ação ser entendido como cuidar da criança e atender as intercorrências ocorridas com a mesma na escola.

A abordagem da saúde descrita pelas educadoras trouxe forte influência da perspectiva higienicista, o que determina que elas exerçam e priorizem ações neste âmbito. Assim, descrevem preocupações com higiene do ambiente e com a higiene da criança como centrais. Intervir sobre as mesmas é abordar saúde.

Além disso, o atendimento de acidentes e o atendimento das necessidades básicas da criança são entendidos como de sua responsabilidade, e a gestão destes espaços reforça esta concepção.

A abordagem da saúde, entendida como cuidado, não é promotora de reconhecimento e gera pouco ou escasso interesse em desempenhá-lo.

As parcerias são entendidas como solução para a melhoria da abordagem de saúde na educação infantil. Parcerias estas que signifiquem a transferência de responsabilidades para profissionais da saúde, seja por meio de assistência direta à criança, seja por meio de assessorias.

A reflexão acerca da RCNEI e sua proposição de integração da saúde e educação ainda é atual e precisa ser acolhida.

9. Referências

ABRAMOWICZ, A.; LEVCOVITZ, D.; RODRIGUES, T.C.. Infâncias em educação infantil. **Pro-posições**. Dez 2009, vol. 20, n.3, p.179-97.

ALENCAR, E. **Introdução à metodologia de pesquisa social**. Lavras: UFLA/FAEPE, 1999. 125p.

ALVES, R.C.P.; VERÍSSIMO, M.O.R. **Os educadores de creche e o conflito entre cuidar e educar**. Rev. Bras. Crescimento Desenvolv. Hum. 2007; 17(1):13 25. Disponível em: < http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822007000100003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 02 abr. de 2012.

ATKINSON, R.; FLINT, J. Accessing hidden and hardto-reach populations: snowball research strategies. Social Research Update [Internet]. 2001; 33. Disponível em: <http://sru.soc.surrey.ac.uk/SRU33.html>.

BLUMER, H. (1969). **Symbolic Interactionism: Perspective and Method**. The British Journal of Sociology (Vol. 39, p. 208). University of California Press. doi: 10.2307/590791.

BRASIL. **Programa de Atenção Integral a Saúde do Escolar**, 1980.

_____. **Lei n. 9.394**, de 20 de dezembro de 1996.

_____. **Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional nº 5692**. Brasília, 1996a.

_____. **Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional nº 9394**. Brasília, 1996b.

_____, Ministério da Educação e do Desporto. Secretaria da Educação Fundamental.

Referenciais Curriculares Nacionais para a Educação Infantil. Brasília, 1997a.

_____. **Parâmetros Curriculares Nacionais.** Brasília, 1997b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Promoção da saúde:** 1998. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/sps>>. Acesso em: 20 jun. 2011.

_____. **Portaria Interministerial 766/GM,** de 17 de maio de 2001.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Agenda de compromisso para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil.** Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

BRASIL. IEC/FIOCRUZ. **Promoção da saúde.** Declaração de Alma-Ata. Carta de Ottawa. Declaração de Adelaide. Declaração de Sundsvall. Declaração de Santafé de Bogotá. Declaração de Jacarta. Rede de Megapaíses. Declaração do México. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto de Promoção de Saúde. A construção de vidas mais saudáveis. 2002 16 p. – Serie F. Comunicação e Educação em Saúde; n. 24). Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/02_0178_M.pdf>. Acesso em: 02 de abr. de 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto de Promoção de Saúde. As cartas de promoção de saúde. Brasília. Ministério da Saúde. 2002 56 p.: il. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/02_1221_M.pdf>. Acesso em: 02 abr. de 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Escolas promotoras de saúde: experiências do Brasil. Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 272 p. (Série Promoção da Saúde; nº 6). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/escolas_promotoras_saude_experiencias_brasil_p1.pdf>. Acesso em: 02 de abr. de 2012.

BRASIL. Ministério da Educação e do Desporto. Conselho Nacional de Educação. Parecer CNE/CEB nº 20/2009. Brasília: MEC/CNE/CEB, 2009.

CAMPOS, M. M.; FÜLLGRAF, J. e WIGGERS, V. A Qualidade da Educação Infantil Brasileira: Alguns Resultados de Pesquisa. **Cadernos de Pesquis**, v. 36, n. 127, jan/abr. 2006, p. 87-128.

CANDEIAS, N. M. F. Conceitos de educação e de promoção em saúde: mudanças individuais e mudanças organizacionais. **Revista de Saúde Pública**, v. 31, n. 2, p. 209-213, 1997.

CHARON, J.M. **Symbolic interactionism**: an introduction, an interpretation, an integration. 2.ed. Englewood Cliffs: Prentice Hall; 1985.

CYPEL S. (org.). Fundamentos do desenvolvimento infantil: da gestação aos 3 anos. São Paulo: Fundação Maria Cecília Souto Vidigal, 2011.

FERRIANI, M.G.C.; GOMES, R. **Saúde Escolar**: contradições e desafios. Goiânia: Editora AB, 1997.

FIGUEIREDO, T. A. M., MACHADO, V.L.T., ABREU, M. M. S. A saúde na escola: um breve resgate histórico, **Ciência & Saúde Coletiva**, 15 (2), p. 397-402, 2010.

FONTANELLA, B.J.B.; RICAS, J.; TURATO, E. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cad. Saúde Pública** 24(1):17-27, 2008.

FREIRE, P. **Extensão ou Comunicação?** Tradução de Rosisca Darcy de Oliveira, prefácio de Jacques Chonchol. 7ª. ed. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1983. 93 p. (O Mundo, Hoje, v. 24). Disponível em:< http://www.bonato.kit.net/Extensao_ou_Comunicacao.pdf >. Acesso em: 10 abr. 2012.

GONÇALVES, F.D. et al. Health promotion in primary school. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.12, n.24, p.181-92, jan./mar. 2008.

GONÇALVES, F. R., et al. A promoção da saúde na educação infantil, **Interface – Comunic., Saúde, Educ.**, v.12, n.24, p. 181-92, 2008.

IERVOLINO, S.A.; PELICIONI, M.C.F. Capacitação de professores para a promoção e educação em saúde na escola: relato de uma experiência. *Rev. Bras. Crescimento*

Desenvolv. Hum; 15(2):99-110,2005. Disponível em: < <http://www.revistasusp.sibi.usp.br/pdf/rbcdh/v15n2/11.pdf> >. Acesso em: 02 abr. de 2012.

MANZINI, E. J. **A entrevista na pesquisa social**. Didática, São Paulo, v. 26/27, p. 149-158, 1990/1991.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Metodologia científica**. 5ed. São Paulo: Atlas, 2007.

MARANHÃO, D. G. Reflexão sobre a participação dos profissionais de enfermagem nas creches. **Acta Paulista de Enfermagem**. São Paulo. v. 12, n. 2, p. 35-46, mai. /ago. 1999. Disponível em: http://www.unifesp.br/denf/acta/1999/12_2/pdf/art4.pdf. Acesso em: 03/07/2011.

MARANHÃO, D. G. **O cuidado como elo entre a saúde e a educação**. *Cad. Pesqui.*, Dez 2000, no.111, p.115-133.

MARANHÃO, D. G. **O processo saúde doença na perspectiva dos educadores infantis**. Cadernos de Saúde Pública (ENSP. Impresso), Rio de Janeiro, v. 16(4), p. 1143-114, 2000.

MARANHÃO, D. G.; SARTI, C. A. **Cuidado compartilhado: negociações entre famílias e profissionais de uma creche**. Interface. Comunicação, Saúde e Educação, v. 11, p. 257-270, 2007.

MARANHÃO, D. G.; SARTI, C. A. **Creche e família: uma parceria necessária**. Cadernos de Pesquisa (Fundação Carlos Chagas. Impresso), v. 38, p. 171-194, 2008.

MARANHÃO, D. G. **O conhecimento para preservar a vida: um tema delicado.** Veras Revista Acadêmica de Educação do ISE Vera Cruz, v. 1, p. 1-15, 2011.

MARANHÃO, D. G. **O cuidado de si e do outro.** Educação (São Paulo), v. 2, p. 14-29, 2011.

MENDES, I. A. C. Desenvolvimento e saúde: a declaração de Alma-Ata e movimentos posteriores. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Jun 2004, vol.12, no.3, p.447-448.

MENEZES, G A; ROSAS, R dos S. Práticas educativas em saúde: a Enfermagem revendo conceito na promoção do autocuidado. **Revista Mineira de Enfermagem**, vol 4, n°2, abr-jun 2004.

MEYER, D.E.E. Educação em saúde na escola: transversalidade ou silenciamento. IN: **Saúde e sexualidade na escola.** Porto Alegre: Editora Mediação, 1998. Cadernos de Educação Básica n°4.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 10 ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de Atenção Básica: Saúde na Escola.** Número 24. Brasília, 2009.

NASCIMENTO, M.A.G.; SILVA, C.N.M. Rodas de conversa e oficinas temáticas: experiências Metodológicas de ensino-aprendizagem em geografia. Disponível

em:<[http://www.agb.org.br/XENPEG/artigos/Poster/P%20\(36\).pdf](http://www.agb.org.br/XENPEG/artigos/Poster/P%20(36).pdf)>. Acesso em: 10 abr. 2012.

OLIVEIRA, H. M., GONÇALVES, M. J. F. Educação em saúde: uma experiência transformadora, **Rev. Bras. Enfermagem**, Brasília, vol. 57, s. 6, p. 761-763, 2004.

OMS. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Comissão de Especialistas em Educação em Saúde da Organização Mundial da Saúde**. Washington: OMS, 1954.

OMS. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Carta da Organização Mundial de Saúde, 1946.[citado 2009 out 18]. Disponível em <http://www.onuportugal.pt/oms.doc>.

OPS. ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. **Educación para la salud: um enfoque integral**. Washington: OPS, 1995. (Série HSS/SILOS, n. 37).

PELICIONI, C. **A escola promotora de saúde**. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1999. p.12. (Séries Monográficas)

PIOTTO, D. C. et al. Promoção da qualidade e avaliação na educação infantil: uma experiência. *Cadernos de Pesquisa*, n. 105, p. 52-77, nov. 1998.

REZENDE, M. A.; SILVA, C.V. Cuidado em creches e pré-escolas utilizando pressupostos de Mayeroff. **Acta Paul Enf.** v.15, n. 4, p. 73-78, 2002.

ROCHA, D.G.; MARCELO, V.C.; PEREIRA, I.M.T.B. **Escola promotora da saúde: uma construção interdisciplinar e intersetorial**. Rev. bras. crescimento desenvolv. hum;12(1):57-63, jan.-jul. 2002.

SAMICO, I.; HARTZ, Z.M.A.; FELISBERTO, E. et al. Atenção à saúde da criança: uma análise do grau de implantação e da satisfação de profissionais e usuários em dois municípios do Estado de Pernambuco, Brasil. **Saúde Matern Inf.** 2005;5(2):229-40.

SANTOS, K.F.; BÓGUS, C.M. A percepção de educadores sobre a escola promotora de saúde: um estudo de caso. Rev. Bras. Crescimento Desenvolv. Hum. 2007, 17(3): 123-133. Disponível em: <www.revistasusp.sibi.usp.br/pdf/rbcdh/v17n3/12.pdf>. Acesso em: 10 abr. de 2012.

SCLIAR M. História do Conceito de Saúde. **Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 17(1):29-41, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v17n1/v17n1a03.pdf>. Acesso em: 14. abr. 2012.

SISTON A. N., Vargas, L. A. O Enfermeiro na escola: práticas educativas na promoção da saúde de escolares. **Revista Eletrônica Semestral de Enfermería** (on line), vol. 11, novembro, 2007. Disponível em: <<http://revistas.um.es/eglobal/article/viewFile/409/521>>. Acesso em: 27 de jun de 2011.

SZYMANSKI, H. **A relação família/escola – desafios e perspectivas**. 2.ed. Brasília: Líber Livro, 2010.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987.

UNESCO. Organização para a cooperação econômica e o desenvolvimento. Ministério da Saúde. **Educação e cuidado na primeira infância: grandes desafios**. Brasília: Unicef, 2002.

UNICEF. **Situação da infância brasileira**. Brasília: UNICEF, 2001.

VERISSIMO, M. D. L. O. R., FONSECA, R. M. G. S. O cuidado da criança segundo trabalhadoras de creches. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. 2003, vol. 11, n. 1, pp. 28-35.

VERISSIMO, M. D. L. O. R., FONSECA, R. M. G. S. Funções da creche segundo suas trabalhadoras: situando o cuidado da criança no contexto educativo, **Rev. Esc. Enfermagem da USP**, vol. 37, s. 5, p. 25-34, 2003.

VIANA, A. C. R.; SANTOS, T. M. S.; SANDOS, H. F. L.; MORAES, K. F.; BRASILEIRO, M. E. A importância da atuação do enfermeiro na assistência a crianças em creches municipais de Goiânia. **Revista Eletrônica de Enfermagem**: 2009. Ago – Dez. 1(3) 1 – 17. Disponível em: <http://www.ceen.com.br/revistaeletronica>.

ZANATTA, E.A.; Motta M.G.C. Saberes e práticas de mães no cuidado à criança de zero a seis meses. **Rev Gaúcha Enferm**. 2007; 28(4):556-63.

WIKLUND L, LINDHOLM L, LINDSTROM UA. Hermeneutics and narration: a way to deal with qualitative data. **Nursing Inquiry** . 2002; 9(2): 114 – 125.

10. Anexos e Apêndices

ANEXO 1

**FACULDADE DE MEDICINA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO**

Autarquia Estadual - Lei n.º 8899 de 27/09/94
(Reconhecida pelo Decreto Federal n.º 74.179 de 14/06/74)

Parecer n.º 343/2011

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

O Protocolo CEP n.º 5160/2011 sob a responsabilidade de **Karina Rumi de Moura** com o título "Saúde na Educação Infantil: Percepção de Educadores" está de acordo com a Resolução do CNS 196/96 e foi **aprovado por esse CEP.**

Lembramos ao senhor(a) pesquisador(a) que, no cumprimento da Resolução 251/97, o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP) **deverá receber relatórios semestrais sobre o andamento do Estudo**, bem como a qualquer tempo e a critério do pesquisador nos casos de relevância, além do envio dos relatos de eventos adversos, com certeza para conhecimento deste Comitê. **Salientamos ainda, a necessidade de relatório completo ao final do Estudo.**

São José do Rio Preto, 13 de setembro de 2011.


Prof. Dr. Fernando Batigália
Presidente do CEP/FAMERP

APÊNDICE 1

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

PARTICIPAÇÃO EM PESQUISA CIENTÍFICA

Meu nome é Karina Rumi de Moura, sou pesquisadora do Programa de Pós-Graduação pelo Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos. Estou a desenvolver um estudo que busca compreender a percepção de educadores de espaços de educação infantil sobre a abordagem da saúde nos mesmos. Para tanto, estou entrevistando educadores da educação infantil que possam, de forma livre, contribuir com suas experiências. Para o desenvolvimento do estudo conto com uma pesquisadora colaboradora que participa como aluna do programa de pós-graduação, Juliana de Moraes Baldan.

Vocês, educadores, estão sendo convidados a colaborar com esta pesquisa. Para tanto, precisarão contribuir da seguinte forma: concedendo uma entrevista. Vocês serão entrevistados e, caso exista a necessidade, mais de uma vez. Todas as entrevistas serão gravadas em áudio para evitar a perda de dados significativos ditos por vocês. Após a gravação o material será transcrito e analisado para identificar aspectos relevantes de suas experiências e que nos ajudem a apontar possibilidades de inserção do enfermeiro no ambiente estudado.

As entrevistas serão desenvolvidas em local, data e horário escolhidos em comum acordo. Porém, deverá ser um local que garanta conforto, privacidade e tenha o mínimo de interferências possíveis. Os arquivos das entrevistas permanecerão guardados comigo, e somente eu e os pesquisadores auxiliares teremos acesso a seu conteúdo.

É garantido sigilo das informações, o anonimato das pessoas entrevistadas, bem como a possibilidade dos entrevistados deixarem de permitir o uso de seus dados a qualquer momento da pesquisa, mesmo após ter assinado este termo. Para tanto, basta entrar em contato com a pesquisadora através do seguinte contato: kr_moura@yahoo.com.br ou (16) 3361-7391. Os resultados obtidos com a pesquisa serão divulgados em eventos, publicações e outras formas de divulgação científica.

Entendemos que os riscos da participação são mínimos e estão relacionados à exposição de como percebem a abordagem sobre saúde em seus espaços de atuação, cansaço ou fadiga. E, esclarecemos não existir ônus ou remuneração financeira aos que aceitarem participar deste estudo.

PARTICIPAÇÃO NA PESQUISA

Eu, _____, declaro que tomei conhecimento e ciência da pesquisa e dos procedimentos acima descritos relacionados a ela. Concordo em participar da entrevista. Sei que, em caso de dúvida sobre a pesquisa ou o não-desejo de continuar cedendo os dados e seu respectivo uso na pesquisa, entrarei em contato com a pesquisadora nos contatos acima mencionados.

Este termo de consentimento possui duas vias, sendo que uma ficará em poder do pesquisado e outra arquivada com a pesquisadora.

São Carlos, ____ de _____ de 20__.

Assinatura da entrevistada

Assinatura da pesquisadora