

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
ESCOLA DE ENFERMAGEM E FARMÁCIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM (MESTRADO)

ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA NA CRECHE E PRÉ-ESCOLA:
SABERES E PRÁTICAS DE EDUCADORES

Mariana Gomes de Oliveira

Maceió
2015

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
ESCOLA DE ENFERMAGEM E FARMÁCIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM (MESTRADO)

Mariana Gomes de Oliveira

ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA NA CRECHE E PRÉ-ESCOLA:
SABERES E PRÁTICAS DE EDUCADORES

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Alagoas, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Ingrid Martins Leite Lúcio

Maceió
2015

Catálogo na fonte
Universidade Federal de Alagoas
Biblioteca Central
Divisão de Tratamento Técnico Bibliotecária
Bibliotecário: Valter dos Santos Andrade.

- O48a Oliveira, Mariana Gomes de.
Atenção à saúde da criança na creche e pré-escola: saberes e práticas de educadores / Mariana Gomes de Oliveira. – 2015.
126 f. : il.
- Orientadora: Ingrid Martins Leite Lúcio.
Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Alagoas. Escola de Enfermagem e Farmácia. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Maceió, 2015.
- Bibliografia: f. 109-120.
Apêndices: f. 121-130.
1. Enfermagem. 2. Saúde da criança. 3. Creches. 4. Pré-escola. I. Título.

CDU: 616-083

Folha de Aprovação

AUTOR: Mariana Gomes de Oliveira

Atenção à saúde da criança na creche e pré-escola: saberes e práticas de educadores /
Dissertação de Mestrado em Enfermagem, da Universidade Federal de Alagoas.

Dissertação submetida ao corpo docente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem e Farmácia da Universidade Federal de Alagoas, Área de Concentração: enfermagem no cuidado em saúde e na promoção da vida, Linha de Pesquisa: enfermagem, vida, saúde, cuidado dos grupos humanos, aprovada em 24 de abril de 2015.

Prof.^a Dra. Ingrid Martins Leite Lúcio, UFAL, Orientadora

BANCA EXAMINADORA:

Prof.^a Dr.^a Telma Vitória, CEDU/UFAL, Examinador Externo

Prof.^a Dra. Leila Pacheco Ferreira Cavalcante, ESENFAR/UFAL, Examinador Interno

DEDICATÓRIA

A Deus, pelo seu amor infinito e presença gloriosa. A Ele toda honra!

À minha família, pelas suas orações, amor, apoio, presença e entusiasmo;

Aos meus amigos, pelas conversas engraçadas e conselhos sábios;

Às crianças, pela beleza da vida.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, pela saúde, coragem, amizade e pela realização de mais um sonho.

A minha família, pela força, cuidado diário e, principalmente, pelo exemplo.

A minha orientadora, Profa. Dra. Ingrid Martins Leite Lúcio. Obrigada pela gratificante contribuição nesta jornada de amadurecimento profissional e pessoal. Admiro o seu compromisso e envolvimento com a pesquisa, ensino e extensão na busca da qualidade do cuidar e educar.

À Escola de Enfermagem e Farmácia da Universidade Federal de Alagoas (EENFAR/UFAL), por mais essa oportunidade na minha formação.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - CAPES, pelo financiamento deste estudo e incentivo à produção científica.

À Secretaria Municipal de Educação de Maceió - SEMED, pela autorização e atenção nos momentos em que estive na instituição.

Aos educadores das creches e pré-escolas, que me acolheram com muito respeito e foram essenciais para a realização desse estudo.

À Profa. Dra. Telma Vitória, pela gentileza, apoio e pelas contribuições importantes na construção e na finalização deste trabalho.

À Profa. Dra. Leila Pacheco Cavalcante, pela atenção, serenidade e empenho dedicado e pelas contribuições importantes na construção e na finalização deste trabalho.

Minha gratidão a todos que direta ou indiretamente colaboraram para a execução deste estudo.

**“Tudo tem seu tempo determinado,
e há tempo para todo propósito
debaixo do céu”
Eclesiastes 3:1**

RESUMO

A Educação Infantil tem por objetivo o desenvolvimento integral da criança em seus aspectos físico, afetivo, psicológico, intelectual e social, complementando a ação da família e sociedade em um período singular de formação de hábitos. O período de vida no qual as crianças frequentam instituições de educação infantil (creches e pré-escolas) constitui um momento de formação de hábitos que poderão permanecer durante toda a vida. A creche/pré-escola representa um equipamento social importante para a promoção da saúde da criança contribuindo para a adoção de hábitos saudáveis desde a infância. A atenção à saúde da criança inserida na Educação Infantil sob a ótica dos saberes e práticas dos educadores constitui o objeto deste estudo. Trata-se de uma pesquisa qualitativa que estabelece como questão norteadora: Como se caracteriza a atenção à saúde da criança na creche e na pré-escola à luz dos saberes e práticas do educador infantil? Objetiva-se analisar a atenção à saúde da criança na educação infantil à luz dos saberes e práticas do educador infantil. O local da pesquisa são instituições de educação infantil inseridas no VII distrito sanitário do município de Maceió. Os sujeitos do estudo são os educadores, caracterizados pelos professores da educação infantil, coordenadores, diretores e auxiliares de sala. A coleta foi realizada por meio da observação qualitativa, registro fotográfico e entrevista com roteiro semiestruturado com informações sobre características operacionais, estrutura física; práticas de cuidado; saúde e segurança da criança. Os dados foram analisados a partir da análise temática de conteúdo, que consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação, cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objetivo analítico visado. Esta pesquisa evidencia saberes e práticas de educadores na atenção à saúde da criança enquanto atividade essencial para o crescimento e desenvolvimento saudáveis, contribuindo para a reflexão sobre o cuidado integral à saúde da criança na educação infantil, configurando-se como uma ação básica de saúde e importante cuidado de enfermagem.

Descritores: Enfermagem. Saúde da Criança. Creches. Pré-escola.

ABSTRACT

The Early Childhood Education aims at the integral development of children in their physical, emotional, psychological, intellectual and social aspects, complementing the action of the family and society in a unique period of habit formation. The life span in which children attending early childhood institutions (kindergartens and preschools) is a moment of formation of habits that may remain throughout life. The nursery / preschool is an important social facilities for the promotion of child health contributing to the adoption of healthy habits from childhood. Health care of the child inserted in Early Childhood Education from the perspective of knowledge and practices of educators is the subject of this study. It is a qualitative research that establishes the guiding question: How is characterized the health care of children in day care and preschool in the light of the knowledge and practices of child educator? The objective was to analyse the health care of children in early childhood education in the light of the knowledge and practices of child educator. The research site is educational institutions entered into VII health district of the city of Maceio. The study subjects are educators, characterized by teachers of early childhood education, coordinators, directors and living aids. Data collection was conducted through qualitative observation, photographic records and interviews with semi-structured with information about operational characteristics, physical structure; care practices; health and child safety. Data were analyzed from the thematic content analysis, which consists in discovering the units of meaning that make up a communication, whose presence or frequency mean something to the targeted analytical objective. This research demonstrates knowledge and practices of educators in health care of the child as an essential activity for the healthy growth and development, contributing to the reflection on comprehensive care to children's health in early childhood education, configured as a basic health action and important nursing care.

Keywords: Nursing. Child Health. Day care centers. Preschool.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1: Mapa ilustrando a VII Região Administrativa de Maceió-AL119

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Caracterização dos educadores inseridos nas creches e pré-escola	32
Quadro 2 - Creches e pré-escolas inseridas no VII Distrito Sanitário do município de Maceió/AL	118

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAAE - Certificação para Apresentação de Apreciação Ética
CONEP - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
CNS - Conselho Nacional de Saúde
DCNEI - Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação Infantil
ECA - Estatuto da Criança e do Adolescente
ESENFAR - Escola de Enfermagem e Farmácia
ESF - Estratégia Saúde da Família
FUNDEB - Fundo de Manutenção e Desenvolvimento da Educação Básica e de Valorização dos Profissionais da Educação
FSSO - Faculdade de Serviço Social
GEPESMI - Grupo de Estudos e Pesquisas em Enfermagem na Saúde Materno Infantil
LDB - Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional
MEC - Ministério da Educação
MS - Ministério da Saúde
OMS - Organização Mundial de Saúde
PNPS - Política Nacional de Promoção da Saúde
PSE - Programa Saúde na Escola
RCNEI - Referencial Curricular Nacional para a Educação Infantil
SAE - Sistematização da Assistência de Enfermagem
SEMED - Secretaria Municipal de Educação de Maceió
SUS - Sistema Único de Saúde
TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFAL - Universidade Federal de Alagoas
UNICEF - Fundo das Nações Unidas para a Infância

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	10
CAPÍTULO I – OS PRESSUSPOSTOS TEÓRICOS	16
1.1 Fundamentos teóricos e metodológicos da Educação Infantil.....	16
1.2 A creche e a pré-escola: espaços de Atenção e promoção da saúde.....	18
1.3 Atenção integral á saúde da criança na Educação Infantil: cuidar e educar.....	21
CAPÍTULO II – PERCURSO METODOLÓGICO	32
2.1 Tipo de estudo.....	32
2.2 Local da pesquisa.....	32
2.3 Sujeitos do estudo.....	33
2.4 Critérios de Inclusão.....	35
2.5 Coleta de dados.....	36
2.6 Instrumentos de coleta de dados.....	37
2.7 Aspectos éticos.....	39
CAPÍTULO III - RESULTADOS E DISCUSSÃO	40
3.1 Saberes e práticas do educador infantil.....	40
3.2 O cuidar-educar a criança na creche/pré-escola: a inseparabilidade do ato.....	57
3.3 Educação infantil: espaço social para promover crescimento e desenvolvimento saudáveis.....	68
CONSIDERAÇÕES FINAIS	101
REFERÊNCIAS	103
APÊNDICES	114
ANEXOS	120

INTRODUÇÃO

Esta pesquisa traz como objeto de estudo **a atenção à saúde da criança na Educação Infantil sob a ótica dos saberes e práticas dos educadores**. A escolha do objeto foi motivada pela minha formação, enfermeira especialista em Saúde da Família na modalidade Residência Multiprofissional, quando vivenciei ações de cuidado à saúde da criança na comunidade, especificadamente àquelas em instituições de educação infantil (creches e pré-escolas), onde observei como os saberes e práticas dos educadores influenciam as intervenções desenvolvidas.

Durante a referida especialização participei do processo de territorialização, por meio do qual foi identificado o perfil epidemiológico e social da comunidade. Tais dados possibilitaram a elaboração do planejamento estratégico situacional, resultando em ações dentro da comunidade, tais como grupos de educação em saúde. Dentre estes, destacou-se o grupo com as crianças nas creches e escolas, onde desenvolvíamos rodas de conversas abordando temáticas referentes à saúde da criança.

Assim, ao longo dos encontros com as crianças nas instituições de educação infantil percebi que a saúde da criança não era contemplada pelos educadores como também sendo de sua responsabilidade. Entretanto, o objetivo fundamental desta etapa da educação é o desenvolvimento integral da criança, além de que, a responsabilização desta envolve a família, comunidade e o Estado.

Ademais, a escolha pelo objeto de estudo foi se consolidando quando participei do Grupo de Estudos e Pesquisas em Enfermagem na Saúde Materno Infantil (GEPESMI/CNPq), vinculado ao curso de graduação em enfermagem da Escola de Enfermagem e Farmácia (EENFAR) da Universidade Federal de Alagoas (UFAL), coordenado pela orientadora desta pesquisa.

Por fim, durante o estágio de docência desenvolvi um Curso de Extensão intitulado “Curso Introdutório de Práticas de Cuidados direcionados a crianças inseridas em creches e pré-escolas”, além da atuação na disciplina Intervenção de Enfermagem no Processo Saúde – Doença da Criança e do Adolescente da referida universidade.

De acordo com as Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação Infantil (2010b) a Educação Infantil é definida como a

primeira etapa da educação básica, oferecida em creches e pré-escolas, às quais se caracterizam em espaços institucionais que constituem estabelecimentos educacionais públicos ou privados que educam e cuidam de crianças no período diurno, em jornada integral ou parcial (DCNEI, 2010b, p.16).

A Educação Infantil tem por objetivo o desenvolvimento integral da criança até 5 anos de idade, em seus aspectos físico, afetivo, psicológico, intelectual e social, complementando a ação da família e da sociedade (BRASIL, 2013a). Entretanto, Oliveira (2013) afirma que a Educação Infantil, sozinha, não consegue abranger todos esses aspectos de atenção integral à criança, sem deixar lacunas, existindo, pois, a necessidade de estabelecer parceria com outros setores sociais, como por exemplo, a saúde.

Assim, na especificidade do cuidado em saúde na instituição educacional não é possível separar as atitudes e os procedimentos dos cuidados que visem à educação, das atitudes e conhecimentos que visem à promoção da saúde, assim como não é possível separar o biológico, do cultural e do afetivo (MARANHÃO, 2000).

O enfermeiro, como 'profissional do cuidado', historicamente vem desempenhando importante papel no cuidado de crianças em creches e pré-escolas. A literatura tem demonstrado as possibilidades e os limites desta inserção, apontando à necessidade deste profissional nortear sua prática, nestes locais, em referenciais atuais da Educação Infantil e da promoção da saúde (TONETE; PARADA, 2008).

Considerando que, no Brasil, os cursos de graduação conferem ao enfermeiro a qualificação para o cuidado integral da criança desde a sua concepção, atuando na avaliação de crescimento e desenvolvimento, assistindo à criança e sua família na promoção da saúde, prevenção de doenças e educação em saúde, a creche representa um local com grandes potencialidades para a atuação do enfermeiro, visto que no contexto das ações que envolvem o cuidar e o educar na instituição infantil, faz-se necessário que o planejamento e a supervisão das ações sejam fruto de um trabalho coletivo de natureza multiprofissional (OLIVEIRA, 2013).

Partindo-se desta abordagem, acredita-se que os educadores são potentes aliados, visto que a qualidade do cuidado infantil é refletida pelos conhecimentos e práticas corretas e atualizadas do cuidado à infância, seja na prevenção da doença, promoção ou reabilitação da saúde, em que a união de esforços vai ao encontro das metas para redução da morbidade infantil (GABANI; MAEBARA; FERRARI, 2010).

Entretanto, para alcançar tal desafio é preciso que os cuidados com as crianças não sejam desenvolvidos com base numa concepção que tem como enfoque principal os fatores biológicos, restringindo-se as ações ao acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, ao controle nutricional e das doenças transmissíveis, à elaboração de normas de higiene ambiental, alimentar e medidas de prevenção de acidentes. Tais ações são importantes indicadores de qualidade do serviço prestado às crianças e principalmente dos cuidados oferecidos, mas não bastam para um desenvolvimento integral das crianças (MARANHÃO, 2000).

A educação infantil é um direito humano e social de todas as crianças, sem distinção alguma decorrente de origem geográfica, caracteres do fenótipo, da etnia, nacionalidade, sexo, de deficiência física ou mental, nível socioeconômico ou classe social. O atendimento na educação infantil deve, portanto, observar leis e normas municipais, estaduais e federais, como o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), as Diretrizes Curriculares Nacionais para Educação Infantil (MEC/CNE 2009), a Lei Orgânica Municipal, as exigências referentes à Construção Civil e ao Código Sanitário. Desta forma, com vistas a contribuir com a implementação da política municipal de educação infantil, o Ministério da Educação (MEC) publicou documentos orientadores, tais como Parâmetros Nacionais de Qualidade para a Educação Infantil e Parâmetros Básicos de Infra-Estrutura para Instituições de Educação Infantil (BRASIL, 2013b).

A proposta pedagógica das instituições de Educação Infantil deve ter como objetivo garantir à criança acesso a processos de apropriação, renovação e articulação de conhecimentos e aprendizagens de diferentes linguagens, assim como o direito à proteção, à saúde, à liberdade, à confiança, ao respeito, à dignidade, à brincadeira, à convivência e à interação com outras crianças (Res CNE/CEB nº 5/2009, art.8º).

As propostas pedagógicas da Educação Infantil deverão considerar que a criança, centro do planejamento curricular, é sujeito histórico e de direitos que, nas interações, relações e práticas cotidianas que vivencia, constrói sua identidade

pessoal e coletiva, brinca, imagina, fantasia, deseja, aprende, observa, experimenta, narra, questiona e constrói sentidos sobre a natureza e a sociedade, produzindo cultura (BRASI, 2013b).

Sabendo que toda instituição implementa uma proposta pedagógica por meio de práticas e ações, destaca-se que

intencionalmente planejadas e permanentemente avaliadas, as práticas que estruturam o cotidiano das instituições de Educação Infantil devem considerar a integralidade e indivisibilidade das dimensões expressivo-motora, afetiva, cognitiva, linguística, ética, estética e sociocultural das crianças, apontar as experiências de aprendizagem que se espera promover junto às crianças e efetivar-se por meio de modalidades que assegurem as metas educacionais de seu projeto pedagógico (Parecer CNE/CEB nº 20/2009, pág. 6).

Ademais, de acordo com a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência, o educador infantil caracteriza-se como um recurso humano fundamental na promoção da saúde, devendo buscar a adoção de hábitos e estilos de vida saudáveis e contribuir com a criação de ambientes seguros e favoráveis à saúde (BRASIL, 2003). Segundo Vieira et al (2009) o educador infantil representa um elo entre a criança e a família, orientando, durante toda a infância, principalmente quanto aos riscos e à prevenção dos acidentes domésticos mais comuns.

Além do investimento em políticas públicas que respondam ao desafio da redução dos acidentes, é necessário, também, que os educadores sejam capazes de reconhecer tais riscos, propondo soluções em tempo hábil para evitar acidentes, sequelas e óbitos. Trata-se, pois, de uma educação básica em rede, em que esses profissionais devem identificar as fases de desenvolvimento da criança que favorecem a assimilação de novos conteúdos e vivências, para que elas sejam agentes multiplicadores de conhecimento e atitudes preventivas para a família e a comunidade (VIEIRA et al, 2009).

Assim, destaca-se a importância de melhorar a habilidade dos educadores para medidas de promoção de saúde e prevenção de agravos, bem como identificação precoce de sinais de gravidade com o objetivo, por exemplo, de evitar mortes de menores de dois anos nas creches decorrentes de infecções respiratórias agudas. Tais habilidades podem ser promovidas mediante a educação em saúde, cuja efetividade depende da compreensão das concepções, atitudes e práticas da população (VERÍSSIMO; ALVES; MARTINS, 2005).

Assim, destaca-se que cabe aos educadores o cuidado com a saúde infantil para além da abordagem tradicional do processo saúde-doença, centrado em práticas curativas e higienistas, devendo estes profissionais estar preparados a desenvolver suas ações tendo por base o referencial da promoção da saúde, especialmente porque os primeiros anos de vida da criança constituem um período de formação de hábitos que poderão se tornar permanentes (TONETE; PARADA, 2008).

Desta forma, a escola se caracteriza como um espaço social oportuno para o desenvolvimento de ações de promoção da saúde, em que é possível gerar autonomia, participação crítica, partindo de uma visão integral e multidisciplinar que considera o indivíduo em seu contexto familiar, comunitário e social (OLIVEIRA, 2013).

Nesse contexto, a instituição educativa se constitui um excelente lugar para aplicação de ações para a promoção da saúde, contribuindo para a melhoria das práticas de cuidado diretamente oferecido às crianças, bem como para estimular a adoção de hábitos saudáveis desde a infância (MARTINS; VERÍSSIMO, 2006), visto que as creches e pré-escolas têm como objetivo central apoiar as famílias em relação a um crescimento e desenvolvimento integral e harmonioso à criança (ARAÚJO; PEREIRA, 2009).

Portanto, ao entender a promoção da saúde como uma meta que pode ser alcançada somente com a definição de políticas que extrapolem o setor saúde, uma das frentes de atuação dos profissionais da área de saúde deve ser formar parcerias com instituições com as quais possam ampliar seu campo de ação e contribuir para a melhoria do cuidado à saúde da população (ALVES; VERÍSSIMO, 2007).

Desta forma, como se organiza e operacionaliza o cuidado das crianças na educação infantil configura-se como um relevante objeto de atenção dos profissionais de saúde, não resumido aos procedimentos específicos em torno dos chamados riscos físicos, químicos e biológicos, e sim para que as crianças tenham acesso a creches e pré-escolas de boa qualidade, não só do ponto de vista pedagógico, mas também em relação às práticas de cuidado, de forma a contribuir para um cuidado integral (BARROS et al, 1999).

Alves e Veríssimo (2007) ao reforçarem o papel das creches e pré-escolas no cuidar e educar evidenciam que sua efetivação é determinada por várias

condições, dentre elas, as concepções que orientam as práticas dos educadores no cotidiano.

Neste sentido, sendo a integração cuidar-educar o núcleo do trabalho pedagógico com a criança, a creche assume, em parceria com a família, a formação da criança, a transformação do ser natural em um ser social, um cidadão. Assim, uma alternativa para essa questão é pensar a definição da creche como 'um contexto de vida num espaço educativo' ou como 'um ambiente de cuidado e educação num contexto educativo' (VERÍSSIMO; FONSECA, 2003a).

Para que essas definições se concretizem, faz-se pertinente a contribuição da Enfermagem na construção de um marco referencial que fundamente as ações de cuidado realizadas pela creche, fortalecendo a ideia do cuidado como elo entre a saúde e a educação. Assim, atuando nesse processo como sujeitos ativos, faz-se necessário que os profissionais da educação e da saúde desenvolvam práticas proativas no atendimento aos indivíduos das creches, partindo do pressuposto de que as políticas públicas mundiais de saúde apostam em modelos de promoção da saúde (VIEIRA et al, 2009).

Portanto, aponta-se como relevante a caracterização da atenção a saúde da criança, no âmbito das creches e pré-escolas, sob a ótica dos saberes e práticas dos educadores, visto que possibilitará a aproximação da saúde com a educação quanto à atenção integral à saúde da criança. Desta forma, estabelece-se como questão norteadora desta pesquisa: Como se caracteriza a atenção à saúde da criança na creche e na pré-escola à luz dos saberes e práticas do educador infantil?

Nesse sentido e a partir do que preconizam as políticas direcionadas à saúde e à educação infantil, o estudo delineia como **objetivos**:

Geral:

- Analisar a atenção à saúde da criança na educação infantil à luz dos saberes e práticas do educador infantil.

Específicos:

- Caracterizar o perfil dos educadores inseridos na creche e na pré-escola;
- Relacionar saberes e práticas do educador infantil com a perspectiva da promoção do crescimento e desenvolvimento saudáveis.

CAPÍTULO I – OS PRESSUSPOSTOS TEÓRICOS

1.1. Fundamentos teóricos e metodológicos da Educação Infantil

Segundo Paschoal e Machado (2009), a concepção de creche como instituição educativa é recente na história do Brasil. Criada exclusivamente com caráter assistencialista tinha como função primordial a guarda e a proteção infantil, particularmente das crianças pobres, para as quais os cuidados eram extremamente vinculados à esfera médica (sanitaristas e higienistas) com o objetivo de nutrir as crianças e promover aspectos ligados à saúde das mesmas.

Nas décadas de 60-70, a creche passou a ser considerada um local de promoção de educação, já que se considerava que determinadas famílias eram incapazes de educar a criança. Só mais recentemente, a creche passou a ser concebida como uma instituição que atua em parceria com os pais e compartilha com eles a responsabilidade da educação de crianças, buscando-se alcançar cuidados integrais (AMORIM; FERREIRA, 1999).

A partir dos anos 70, a sociedade civil passou a lutar organizadamente em defesa de novas propostas para a creche e pré-escola. Assim, o direito da criança à educação infantil foi oficializado como um dever do Estado pela Constituição Federal de 1988, sendo destacado também em 1990, quando o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) entrou em vigor, estabelecendo como dever do Estado assegurar às crianças de zero a seis anos de idade o atendimento em creches e pré-escolas (BRASIL, 2008).

Em 1996, a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB) decretou a atenção gratuita em creches, para crianças de zero a três anos, e em pré-escolas, para escolares de quatro a seis anos. Ressalta-se que dez anos depois, foi aprovada a Emenda Constitucional Nº 53 de 19 de dezembro de 2006, que alterou a faixa etária a ser atendida pela educação infantil, que passou a ser de 0 a 5 anos de idade. Com isso as crianças de seis anos passaram a fazer parte da segunda etapa da educação básica (BRASIL, 2006).

Entre os acontecimentos importantes oriundos da LDB/96, destacam-se: a qualificação do educador, o registro na Secretaria de Educação e o credenciamento de todos os equipamentos de Educação Infantil e o Referencial Curricular Nacional

para a Educação Infantil. Atualmente, as creches são de responsabilidade da Secretaria de Educação dos municípios, pertencendo aos sistemas municipais de ensino, podendo ser mantidas tanto pelo Poder Público quanto pela iniciativa privada (OLIVEIRA, 2013).

A forma de organização das instituições de Educação Infantil é variada, podendo, seguindo o proposto na Lei nº 11.494/2007 inserida no Fundo de Manutenção e Desenvolvimento da Educação Básica e de Valorização dos Profissionais da Educação (FUNDEB), ser em jornada integral de, no mínimo, 7 horas diárias, ou parcial de, no mínimo, 4 horas, sempre no período diurno, devendo o poder público oferecer vagas próximo à residência das crianças de acordo com a Lei nº 8.069/90. Independentemente das nomenclaturas diversas que adotam (Centros de Educação Infantil, Escolas de Educação Infantil, Núcleo Integrado de Educação Infantil, Unidade de Educação Infantil, ou nomes fantasia), a estrutura e funcionamento do atendimento deve garantir que essas unidades sejam espaço de educação coletiva (BRASIL, 2013a).

Desde então, o cuidado e a educação das crianças em creches vêm sendo apontados como dimensões indispensáveis e indissociáveis que devem complementar as ações da família e da comunidade (GOMES, 2004).

Ressalta-se também que em 1988, o Ministério da Saúde (MS) lançou a Portaria 32, que se encontra em vigor até a presente data. Nela são estabelecidos os requisitos gerais de projetos arquitetônicos para construção, instalação e funcionamento de creches, assim como fixadas medidas de segurança para a criança que convive nesses ambientes, procurando proporcionar condições ideais para o seu crescimento e desenvolvimento (Portaria 321, de 26 de maio de 1988).

De igual maneira, o Referencial Curricular Nacional para a Educação Infantil (RCNEI), elaborado em 1998 pelo Ministério da Educação (MEC), propõe a indissociabilidade das ações de cuidar e educar crianças de 0 a 6 anos de idade; além de que, determina que as creches devam dispor de um serviço, não somente de cuidados básicos essenciais, mas, sobretudo, da complementariedade entre os conceitos de saúde e de educação como pilares para atenção à criança, que tem esse ambiente como segundo lar (BRASIL, 1998).

Conforme o dispositivo normativo supracitado educar significa propiciar situações de cuidados, brincadeiras e aprendizagens orientadas de forma integrada, que possam contribuir para o desenvolvimento das capacidades infantis de relação

interpessoal, de ser e estar com os outros em uma atitude básica de aceitação, respeito e confiança, e o acesso, a educação poderá auxiliar o desenvolvimento das capacidades de apropriação e conhecimento das potencialidades corporais, afetivas, emocionais, estéticas, na perspectiva de contribuir para a formação de crianças felizes e saudáveis.

O referido dispositivo ainda conceitua cuidar como parte integrante da educação, embora exija conhecimentos, habilidades e instrumentos que extrapolam a dimensão pedagógica, ou seja, cuidar de uma criança em um contexto educativo demanda integração de vários campos de conhecimentos e a cooperação de profissionais de diferentes áreas (BRASIL, 198).

Destaca-se também no contexto da normatização e operacionalização da Educação Infantil, as Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação Infantil (2010b), em que a criança é considerada como sujeito histórico que, nas interações, relações e práticas cotidianas que vivencia, constrói sua identidade pessoal e coletiva, brinca, imagina, fantasia, deseja, aprende, observa, experimenta, narra, questiona e constrói sentidos sobre a natureza e a sociedade, produzindo cultura.

1.2. A creche e a pré-escola: espaço de Atenção e promoção da saúde

A creche e a pré-escola são equipamentos importantes para a socialização de crianças pequenas, contribuindo para práticas de prevenção e promoção da saúde. Representa, portanto, um espaço privilegiado para a promoção do crescimento e desenvolvimento saudáveis, redução de vulnerabilidades e riscos à saúde da criança.

Acreditamos que experiências de hábitos saudáveis significam uma promoção da saúde e bem-estar durante a infância. Vivências do cuidado de si e do outro nos primeiros anos de vida podem ser incorporados e assim mantidos pelos anos que se estendem.

Nessa perspectiva, o MS define creche como uma instituição social, dentro de um contexto de socialização complementar ao da família, que deve proteger e propiciar cuidados integrais de higiene, alimentação, educação e saúde, estimulante e seguro às crianças inseridas nesse contexto (BRASIL, 2013a).

Nesta conjuntura, Alves e Veríssimo (2007) colocam as creches e pré-escolas como cenários de destaque, referindo ser comum que as crianças

permaneçam grande parte do dia em instituições de educação infantil, justificando-se compreender como a questão da saúde é garantida na creche.

Nesse sentido, destaca-se que o saber teórico e prático sobre saúde e doença no espaço escolar foi sendo construído de acordo com o cenário ideológico da época e as questões sobre saúde abordadas com base no referencial teórico de cada momento. Assim, segundo a Organização Pan-americana de Saúde (OPS), a promoção da saúde no âmbito escolar parte de uma visão integral e multidisciplinar do ser humano, considerando o contexto familiar, comunitário, social e ambiental do indivíduo (GONÇALVES et al, 2008).

Desta forma, a importância de considerarmos a promoção da saúde e bem estar das crianças como uma responsabilidade das instituições educativas em parceria com familiares e serviços de saúde começa pela aceitação do fato de que é impossível cuidar e educar crianças sem influenciar ou ser influenciado pelas práticas sociais relativas à manutenção e recuperação da saúde e bem-estar dos envolvidos neste processo (MARANHÃO, 2010).

Mas para que esta influência seja promotora do crescimento e desenvolvimento saudáveis em cada contexto sociocultural, é preciso que os professores reflitam criticamente sobre o processo saúde-doença das crianças, conscientes de que as escolhas individuais e coletivas relativas às atitudes e aos procedimentos dos cuidados, às brincadeiras e atividades educativas, podem influenciar as práticas culturais de cuidado infantil e a saúde individual e coletiva das crianças e da comunidade onde estão inseridas (MARANHÃO, 2010).

Corroborando com esse aspecto, Gonçalves et al apontam que as práticas no contexto escolar devem ser desenvolvidas em defesa da promoção da saúde; da valorização da subjetividade e intersubjetividade no processo de conhecimento da realidade, privilegiando o diálogo como expressão da comunicação; o estímulo à participação como algo inerente ao viver coletivo; a utilização de estratégias que permitam a coexistência da interface de várias áreas do conhecimento; o reconhecimento da dimensão afetiva no processo de transformação e tomada de decisão, e o incentivo e fomento de parcerias por meio de redes sociais de apoio.

Sendo assim, em 2006, o MS criou a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) para promover a qualidade de vida, reduzir a vulnerabilidade e riscos à saúde, relacionados aos seus determinantes e condicionantes - modos de viver,

condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais (BRASIL, 2010c).

Nesse sentido, a escola, como equipamento social, deve interagir e articular estratégias de promoção à saúde produzindo possibilidades geradoras de mudanças pessoais e sociais, promovendo sentido à vida. Assim, com a PNPS o tema da promoção da saúde na escola deixa clara a visão de que esta é um espaço de ensino-aprendizagem, convivência e crescimento no qual se adquirem valores fundamentais (GONÇALVES et al, 2008).

Desta forma, as instituições de educação infantil que possibilitam que as crianças interajam e tenham acesso a aprendizagens significativas e cuidados profissionais de boa qualidade são possibilidades inegáveis de promoção do desenvolvimento integral e relações sociais saudáveis. Assim, é preciso que os profissionais da educação reconheçam seu papel na promoção de saúde da criança e que os profissionais de saúde ultrapassem o discurso sobre a creche como fator de risco e a reconheçam como rede de apoio efetiva para a infância brasileira (MARANHÃO, 2010).

Ademais, os Parâmetros Curriculares Nacionais sugerem que toda escola deve incorporar os princípios de promoção da saúde indicados pela Organização Mundial de Saúde (OMS), com os objetivos de fomentar a saúde e o aprendizado em todos os momentos; integrar profissionais de saúde, educação, pais, alunos e membros da comunidade, no esforço de transformar a escola em um ambiente saudável; implementar práticas que respeitem o bem-estar e a dignidade individuais e implementar políticas que garantam o bem-estar individual e coletivo, oferecendo oportunidades de crescimento e desenvolvimento em um ambiente saudável, com a participação dos setores da saúde e educação, família e comunidade (GONÇALVES et al, 2008).

Assim, as ações de promoção ao crescimento e desenvolvimento saudável das crianças constituem o eixo central de todas as demais ações de saúde. Para sua operacionalização, entre outras atividades, destacam-se as ações intersetoriais e interdisciplinares que evitem a fragmentação de políticas públicas que têm como finalidade o desenvolvimento humano integral (MARANHÃO, 2010).

Portanto, a promoção da saúde na creche e na pré-escola é intrínseca ao cuidar e educar e deve contar com a participação, não apenas, de Enfermeiros, mas,

também, dos Educadores, em ações compartilhadas entre profissionais, família e comunidade (OLIVEIRA, 2013).

1.3. Atenção integral à saúde da criança na educação infantil: cuidar e educar

A atenção integral à saúde na educação infantil se baseia na promoção, prevenção e diagnóstico precoce de situações que impliquem em prejuízos para o pleno desenvolvimento da criança. Para isso, torna-se imprescindível o esforço conjunto da família, dos profissionais da educação e da saúde e das diversas organizações, sejam elas governamentais ou não.

Nessa perspectiva a proposta pedagógica das instituições de educação infantil deve

garantir à criança acesso a processos de apropriação, renovação e articulação de conhecimentos e aprendizagens de diferentes linguagens, assim como o direito à proteção, à saúde, à liberdade, à confiança, ao respeito, à dignidade, à brincadeira, à convivência e à interação com outras crianças (DCNEI, 2010, p. 18).

Desta forma, sabendo que educar exige cuidado, as DCNEI (2010) ao conceituar cuidar e educar, colocar que

cuidar é educar, envolvendo acolher, ouvir, encorajar, apoiar, no sentido de desenvolver o aprendizado de pensar e agir, cuidar de si, do outro, da escola, da natureza, da água, do Planeta. Educar é, enfim, enfrentar o desafio de lidar com gente, isto é, com criaturas tão imprevisíveis e diferentes quanto semelhantes, ao longo de uma existência inscrita na teia das relações humanas, neste mundo complexo (DCNEI, 2010, p. 18).

Assim, nota-se que apenas pelo cuidado não se constrói a educação e as dimensões que a envolvem como projeto transformador e libertador (BRASIL, 2013a).

Percebe-se então que, as práticas de cuidado necessárias à manutenção e recuperação da saúde infantil devem ser implementadas na medida em que os profissionais tenham sido capacitados para isso, o que torna evidente a necessidade de que a formação das educadoras de creche e pré-escola contemple esse componente do cuidado (ALVES; VERÍSSIMO, 2007).

Desta forma, a concepção de educação como missão da creche ou pré-escola incorre em reducionismo, pois rejeita funções inerentes à creche e culminam

na atenção parcializada à criança, visto que a inserção da mesma em qualquer instituição torna essa instituição co-responsável por sua socialização, educação e cuidados (VERÍSSIMO; FONSECA, 2003a).

O processo educativo não comporta uma atitude parcial, fragmentada; inclui ampliação das dimensões pedagógicas, mediante condições de aprendizagem e busca de soluções junto à família e a diferentes segmentos da sociedade. É essa concepção de educação integral que deve orientar a organização da escola, bem como as políticas sociais que se relacionam com as práticas educacionais. Em cada criança há uma criatura humana em formação e, nesse sentido, cuidar e educar são, ao mesmo tempo, princípios e atos que orientam e dão suporte aos processos de ensino, de aprendizagem e de construção da pessoa humana em suas múltiplas dimensões (BRASIL, 2013a).

Assim, educar e cuidar são atividades imprescindíveis para o desenvolvimento cognitivo, afetivo, físico e linguístico da criança, sendo esta relação essencial para a formação da criança já nos primeiros anos de vida, visto que são determinantes de todo o processo físico, emocional, social e moral que cada um irá traçar no decorrer de sua história de vida (ROCHA et al, 2011).

Para Bento (2012), o trabalho realizado por creches e pré-escolas deve ser educativo e visa garantir também assistência, alimentação, saúde e segurança às crianças. Quando a criança adentra o espaço de educação infantil, traz consigo experiências ricas aprendidas com seus familiares e a comunidade em que vive.

Entretanto, é nesse espaço que passa a conviver com outras crianças e adultos até então desconhecidos. Cabe, entre outras atribuições, a esse espaço de educação cuidar do bem-estar da criança, desde sua higiene até seu emocional, visto que cuidar e educar nessa etapa da vida são dimensões inseparáveis e fundamentais para o pleno desenvolvimento e realização do ser humano (BENTO, 2012).

O cuidado na educação infantil também aparece como atenção com o corpo da criança, o que revela a dificuldade das práticas sobre a totalidade do ser humano. Embora seja muitas vezes efetivado por procedimentos com o corpo e com o ambiente físico, o cuidado expressa intenções, sentimentos, significados e sentidos de acordo com o contexto sociocultural (MARANHÃO, 2000).

Para Mayeroff (1994) a base do cuidado baseia-se na compreensão de como ajudar o outro a desenvolver-se como ser humano. Tal proposta sustenta-se na

concepção de que ser cuidada é uma necessidade primordial da criança, visto que através do cuidado o ser humano se torna humano, estando o cuidado na sua natureza e constituição. Assim, as relações de cuidado devem ocorrer na perspectiva sujeito/sujeito e não na perspectiva sujeito/objeto (BOFF, 1999).

Nessa perspectiva, é oportuno e necessário considerar as dimensões do educar e do cuidar, em sua inseparabilidade, buscando recuperar, para a função social da Educação Básica, a sua centralidade, que é o estudante.

Cuidar e educar iniciam-se na Educação Infantil e devem ser estendidas ao Ensino Fundamental, Médio e posteriores. Cuidar e educar significa compreender que o direito à educação parte do princípio da formação da pessoa em sua essência humana. Trata-se de considerar o cuidado no sentido profundo do que seja acolhimento de todos – crianças, adolescentes, jovens e adultos – com respeito e, com atenção adequada (BRASIL, 2013a, p.17).

Assim, cuidar da criança é compreender sua singularidade como pessoa e como ser, que está em contínuo processo de crescimento e desenvolvimento, assim como, ajudá-la a identificar suas necessidades humanas em cada fase e atendê-las (MARANHÃO, 2000).

Deve-se entender, portanto, que para as crianças de zero a cinco anos, independente das diferentes condições físicas, sensoriais, mentais, linguísticas, étnico-raciais, socioeconômicas, de origem, religiosas, entre outras, no espaço escolar, as relações sociais e intersubjetivas requerem a atenção intensiva dos profissionais da educação, durante o tempo e o momento de desenvolvimento das atividades que lhe são peculiares: este é o tempo em que a curiosidade deve ser estimulada, a partir da brincadeira orientada pelos profissionais da educação (BRASIL, 2013).

Nessa fase as brincadeiras são em grupo, mas sem organização ou regras rígidas, devendo proporcionar o desenvolvimento físico, social e mental, em que as crianças envolvidas não necessitam de brinquedos caros para mantê-los entretidos, e sim itens domésticos comuns, como cabos de vassouras, ou até mesmo itens que os adultos consideram lixo (palitos, pedras, sujeira e areia), visto que a mente imaginativa do pré-escolar gosta de brincar por brincar, além de que, a manipulação de brinquedos criativos, construtivos e educativos proporcionam atividades tranquilas, desenvolvimento motor e autoexpressão (BRASIL, 2012).

Ressalta-se que dentre os objetivos do Plano Nacional da Primeira Infância, destaca-se o de garantir que a ludicidade esteja sempre presente nas relações e ações educacionais, tanto na sua dimensão de cuidado quanto de educação, de modo que o processo educacional ocorra de forma prazerosa, considerando educação e cuidado como aspectos de uma mesma e única realidade e superando o velho conceito de que a creche existe para cuidar da criança e a pré-escola para ensinar (BRASIL, 2011a).

A relação entre cuidar e educar se concebe mediante internalização consciente de eixos norteadores, que remetem à experiência fundamental do valor, que influencia significativamente a definição da conduta, no percurso cotidiano escolar. Não de um valor pragmático e utilitário de educação, mas do valor intrínseco àquilo que deve caracterizar o comportamento de seres humanos, que respeitam a si mesmos, aos outros, à circunstância social e ao ecossistema. Valor este fundamentado na ética e na estética, que rege a convivência do indivíduo no coletivo, que pressupõe relações de cooperação e solidariedade, de respeito à alteridade e à liberdade (BRASIL, 2013a, p.18).

Desta forma, contemplar o cuidado na esfera da instituição de educação infantil significa compreendê-lo como parte integrante da educação. Além de que, o cuidar de uma criança em um contexto educativo demanda a integração de vários campos de conhecimentos e a cooperação de profissionais de diferentes áreas (BETELI, 2006).

O cuidado da criança inclui todas as atividades ligadas ao cotidiano: alimentar, lavar, curar, trocar, proteger, consolar, ou seja, todas as atividades que são integrantes ao educar. Significa, portanto, atitudes e procedimentos que tem como objetivo atender às necessidades da criança no seu processo de crescimento e desenvolvimento e que demanda conhecimento da área biológica e da área de humanas, possuindo relação com a saúde e com a educação (CAMPOS, 1994).

Assim, sabendo que o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança na faixa etária de 0 a 5 anos proporciona a compreensão do binômio saúde-doença, tanto em nível individual quanto coletivo da população infantil (VITOLLO, GAMA, CAMPAGNOLO, 2010), as instituições de educação infantil devem garantir qualidade não só no aspecto individual da educação e cuidados, mas também naqueles de ordem coletiva e epidemiológica que minimizem riscos à saúde e promovam o pleno crescimento e desenvolvimento da criança (MARTINS; VERÍSSIMO, 2006).

A atenção à saúde da criança, no Brasil, vem sofrendo transformações em cada período histórico, envolvendo avanços do conhecimento técnico-científico, das políticas públicas, e do envolvimento de vários agentes e segmentos da sociedade. Por exemplo, as políticas públicas de saúde têm focado, entre outros aspectos, a mortalidade infantil, a qual reflete não apenas o nível de saúde, mas a qualidade de vida das populações (SALES, 2013).

Para tanto, é indispensável a criação de vínculos entre os diversos atores, fato dificultado diante do atual modelo de atenção praticado na saúde suplementar. Dessa forma, a implementação de programas voltados às áreas de Atenção à Saúde, com a organização e o monitoramento por meio do estabelecimento de intervenções por linhas de cuidado, por constituírem-se em um novo modo de estruturar a atenção à saúde, no qual o beneficiário se encontra no centro da organização do sistema, podem contribuir para a adoção de uma prática mais cuidadora, integral e, portanto, mais efetiva (BRASIL, 2009b).

Assim, é necessário pensarmos a reorganização da atenção à saúde da criança tendo o conceito do cuidado como eixo principal de reorientação do modelo assistencial, respondendo a uma concepção de saúde holística, não centrada somente na assistência aos doentes, mas sobretudo na promoção da boa qualidade de vida e intervenção nos fatores que a colocam em risco, através da incorporação de ações programáticas multiprofissionais e do desenvolvimento de ações intersetoriais (BRASIL, 2009b).

Para a organização deste modelo é fundamental que sejam desenvolvidas ações voltadas para as linhas do cuidado, com a criação de fluxos que impliquem no redirecionamento do processo de trabalho, através de ações resolutivas centradas no acolher, informar, atender e encaminhar (referência e contra-referência), possibilitando o surgimento de laços de confiança e vínculo, indispensáveis para melhorar a qualidade dos serviços de saúde e aprofundar a humanização das práticas (BRASIL, 2009b).

Sendo assim, a proposta de intervenção por meio das linhas de cuidado constitui-se em modelos matriciais de organização da atenção à saúde que visem à integralidade do cuidado e integram ações de promoção, vigilância prevenção e assistência, voltadas para as especificidades de grupos ou necessidades individuais, permitindo não só a condução oportuna e responsável dos pacientes pelas diversas

possibilidades de diagnóstico e terapêutica em todos os níveis de atenção, como também uma visão global das condições de vida (BRASIL, 2006).

As linhas de cuidado comportam dupla dimensão: atenção à saúde e diretriz de gestão. Na dimensão de atenção à saúde significa cuidado integral, contínuo, articulado e oportuno, segundo as necessidades do indivíduo, até a sua recuperação ou melhoria de sua autonomia no cotidiano. Para organizar a atenção à saúde, as linhas de cuidado podem ser divididas e organizadas por vários critérios, tais como: por fase de vida, sendo criança (recém-nato, infantes, pré-escolar, escolar, adolescente), mulher (gestante, adulta, menopausa) e idoso; por agravos e por especificidades (BRASIL, 2009b).

Para promover a melhoria no campo da Atenção à Saúde da Criança, é necessário desenvolver um conjunto de ações de promoção, prevenção, e proteção da criança, considerando os aspectos epidemiológicos, sociais, culturais, ecológicos e psicológicos, visando à formulação e à construção de políticas saudáveis para esse segmento populacional. Os Programas de promoção e prevenção voltados à saúde da Criança devem deslocar o foco da assistência baseada em patologias para uma modalidade de atenção que contemple a criança no seu processo de crescimento e desenvolvimento e o direito à cidadania. Assim, destacam-se como eixos estratégicos: redução da mortalidade infantil, a humanização e promoção da qualidade da atenção prestada, a mobilização social e política, bem como o estabelecimento de parcerias e a promoção de vida saudável (BRASIL, 2009b).

Nesse contexto, reafirma-se que toda criança tem direito a atenção à saúde de acordo com as especificidades determinadas pelo ECA (BRASIL, 2008). Além de que, segundo o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), em sua publicação "Situação Mundial da Infância 2008 - Sobrevivência Infantil", o Brasil ocupa o segundo lugar no *ranking* de países capazes de atingir a meta de redução da mortalidade infantil em dois terços, de acordo com os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, da Organização Mundial da Saúde (BRASIL, 2009a).

Portanto, a promoção da saúde integral da criança e o desenvolvimento de ações de prevenção de agravos combinadas às de assistência são objetivos que, além da redução da mortalidade infantil, apontam para o compromisso de se prover qualidade de vida para a criança, ou seja, que esta possa crescer e desenvolver todo o potencial (BRASI, 2009b).

Diante desta perspectiva, a Agenda de Compromissos para Promoção da Saúde Integral da criança e redução da mortalidade infantil apresenta como desafio a conformação de uma rede única integrada de assistência à criança com ocorrência de estratégias e ações, conforme suas demandas e especificidades, que envolvam práticas entre educadores, familiares e profissionais da saúde (BRASIL, 2004).

Desta forma, o desafio de buscar novos paradigmas para a atenção à saúde da criança e do adolescente em idade escolar foi explicitado inicialmente na proposta contida nos Novos Parâmetros Curriculares Nacionais. Estes solicitam aos professores a inserção de conceitos de ética, saúde, meio ambiente, orientação sexual e pluralidade cultural. Evidenciando que a formação dos professores deve ser multidisciplinar, atenta ao desenvolvimento integral da criança. Considerando que a visão multiprofissional deve ser construída de tal forma que cada profissional seja capaz de ter uma concepção integral do indivíduo e saber identificar quando há realmente necessidade de atuação conjunta com profissional de outra área (SANTOS 2004 apud BRASIL 2013).

Assim, sendo os educadores agentes centrais do ensino, aprendizagem e cuidado à saúde por desenvolverem ações cotidianas no interior da creche ou da pré-escola, faz-se necessário, a partir do olhar de diferentes áreas, o desenvolvimento de observações, discussões e reflexões sobre a prática realizada (VIEIRA, 2009).

A gestão da convivência e as situações em que se torna necessária a solução de problemas individuais e coletivos pelas crianças devem ser previamente programadas, com foco nas motivações estimuladas e orientadas pelos professores e demais profissionais da educação e outros de áreas pertinentes, respeitados os limites e as potencialidades de cada criança e os vínculos desta com a família ou com o seu responsável direto (BRASIL, 2013a).

Assim, partindo da premissa de que para promover a saúde integral das crianças é importante prevenir doenças e promover saúde a partir da intersetorialidade entre saúde e educação em parceria com os equipamentos sociais, tais como as creches e pré-escolas, percebe-se que intervenções envolvendo o processo saúde-doença deve ser papel desempenhado por todos os cidadãos, e para isso é preciso compreendê-lo como resultado da relação do homem com o meio físico, social e cultural (MARANHÃO, 2000).

Nesta perspectiva, se faz necessário o conhecimento das especificidades das características da criança, sendo muito importante para isso a integração entre as áreas da saúde e da educação infantil a fim de que se constitua de fato em interdisciplinaridade (BRASIL, 2013a).

Desta forma, na história da atenção à saúde da criança no Brasil, destaca-se a puericultura como prática adotada oficialmente pelo governo, entretanto se traduz de forma reduzida através de normas e regras de higiene a serem cumpridas pelas mães. Corroborando com essa prática, ressalta-se que na área da Atenção Primária à Saúde, responsável pela prevenção, promoção e recuperação da saúde dos indivíduos em todas as fases da vida, a Estratégia Saúde da Família (ESF) vem se consolidando como um dos eixos estruturantes do Sistema Único de Saúde (SUS) (MONTEIRO; FERRIANE, 2000)

Na ESF, um dos instrumentos utilizados para o acompanhamento da saúde das crianças é o Programa de Puericultura, que tem como propósito acompanhar o crescimento e desenvolvimento, observar a cobertura vacinal, estimular a prática do aleitamento materno, orientar a introdução da alimentação complementar e prevenir as doenças que frequentemente acometem as crianças no primeiro ano de vida, como a diarreia e as infecções respiratórias (MONTEIRO; FERRIANE, 2000).

Destaca-se como atribuições do enfermeiro no Programa de Puericultura a realização do exame físico da criança; identificação de riscos em seu crescimento e desenvolvimento; preencher o gráfico de peso e altura no cartão da criança; verificar e administrar as vacinas conforme o calendário básico de vacinação das crianças; incentivar o aleitamento materno exclusivo; orientar sobre prevenção de acidentes de acordo com a faixa etária; avaliar o desenvolvimento neuropsicomotor; entre outras (MONTEIRO; FERRIANE, 2000).

Para Silva et al (2010), o papel do enfermeiro destaca-se dentro dessa ótica, a partir da aproximação da promoção da saúde com o processo de vida, o ato de cuidar das condições de saúde e doenças dos indivíduos e da comunidade, visando um enfoque integral e não meramente assistencial, em que as práticas de saúde não se restringem aos serviços de saúde.

Dentro desta perspectiva, o enfermeiro desempenha seu trabalho com ações não apenas clínicas, mas com uma concepção epidemiológica e social, relacionado-as intimamente com o complexo saúde-indivíduo-família-comunidade, visto que a puericultura consiste em uma ferramenta oportuna para a realização de educação

em saúde e para o acompanhamento integral do crescimento e desenvolvimento infantil (MONTEIRO; FERRIANE, 2000).

Assim, a maneira como a criança cresce e se desenvolve é um importante indicador de suas condições de saúde. Por isso, faz-se necessário entender que a promoção da saúde infantil compreende todas as ações diretas e indiretas que favorecem a criança a atingir seu potencial de crescimento e desenvolvimento. Assim, entre as ações que competem ao enfermeiro destaca-se o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, que foi definido como uma das cinco ações básicas de saúde que possuem comprovada eficácia (BETELI, 2006).

Embora tradicionalmente preconize-se a avaliação do desenvolvimento da criança quando a mesma comparece a uma consulta de saúde, o desenvolvimento infantil não pode ser considerado somente neste momento, mas também em instituições de educação, onde as crianças permanecem por um longo período (REZENDE et al., 2003).

Sobre a atuação do enfermeiro na Educação Infantil, Oliveira (2013) afirma que, atualmente, é comum encontrar enfermeiros que permeiam suas práticas de trabalho com características parecidas ou influenciadas pelas práticas biomédicas. Assim, as intervenções sanitárias, no espaço da creche/pré-escola, limitam-se à vacinação, desparasitação, controles médicos, consulta com finalidade de triagem de doenças ou agravos, medicalização e palestras sobre temas de saúde.

Entretanto, destaca-se que o profissional de Enfermagem vem ganhando espaço cada vez maior no contexto da saúde em creches e pré-escolas, principalmente dentro de programas do MS (BRASIL, 2009c).

Nessa perspectiva, destaca-se o Programa Saúde na Escola (PSE), instituído pelo Decreto Presidencial Nº 6286 de 05 de dezembro de 2007. Consiste em uma política intersetorial entre o Ministério da Saúde e da Educação na perspectiva da atenção integral para a melhoria da qualidade de vida da população (BRASIL, 2011c).

O público beneficiário do PSE são os estudantes da Educação Básica (Educação Infantil Ensino Fundamental e Ensino Médio), gestores e profissionais de educação e saúde, comunidade escolar e, de forma mais ampliada, estudantes da Rede Federal de Educação Profissional e Tecnológica e da Educação de Jovens e Adultos (EJA) (BRASIL, 2010a).

Nesse contexto, o PSE busca ultrapassar o cuidado centrado na doença e dar preferência àquele que contextualiza a saúde em um espaço físico e social, a partir da articulação intersetorial das redes públicas de saúde e de educação e das demais redes sociais para propiciar a sustentabilidade das ações a partir da conformação de redes de corresponsabilidade para promover saúde e educação integral e o desenvolvimento da cidadania (BRASIL, 2011).

Com a finalidade de contribuir para a formação integral dos estudantes da rede pública de educação básica, por meio de ações de prevenção, promoção e atenção à saúde, o PSE estabelece como objetivos: promover a saúde e a cultura da paz, reforçando a prevenção de agravos à saúde, bem como fortalecer a relação entre as redes públicas de saúde e de educação; articular as ações do SUS às ações da rede de educação básica pública, de forma a ampliar o alcance e o impacto de suas ações aos estudantes e suas famílias; contribuir para a formação integral de educandos; contribuir para a promoção da cidadania e dos direitos humanos; fortalecer o enfrentamento das vulnerabilidades, no campo da saúde, que possam comprometer o pleno desenvolvimento escolar; promover a comunicação entre escolas e unidades de saúde; fortalecer a participação comunitária nas políticas de educação básica e saúde (BRASIL, 2010c).

Ademais, para abordar algumas questões relativas à assistência à saúde, na creche e instituições similares, parte-se inicialmente, da Legislação que normatiza seu funcionamento. A Portaria GM/MS Nº321, de 26 de maio de 1988 dispõe que a relação mínima de funcionários para uma creche de 50 crianças é de dois Auxiliares de Enfermagem, e este é o único profissional de saúde que está especificado.

Além dessa Portaria, é importante considerar a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, regulamentada pelo Decreto nº 94.406 de 08 de junho de 1997 que dispõe sobre o exercício da Enfermagem em todo o território nacional. Ainda, é fundamental lembrar a Resolução nº 146 de 1992, sobre a presença do enfermeiro, em todas as unidades de serviço, onde são desenvolvidas ações de Enfermagem. Assim, vale observar que, na vigência da Lei nº 7.498 e da Resolução acima, o Auxiliar de Enfermagem só pode atuar sob a supervisão, orientação e direção de um Enfermeiro, tornando imperativa a presença desse profissional no âmbito da creche, e, não apenas, do Auxiliar de Enfermagem, como mencionando na GM/MS Nº321/88 (OLIVEIRA, 2013).

Nessa perspectiva, o papel do enfermeiro nas creches e pré-escolas, foi analisado pela Câmara dos Deputados em um projeto de Lei (PL 1616/11) que obrigaria o Poder Público a contratar, pelo menos, um profissional da área de enfermagem para cada unidade da rede pública de Educação Infantil. Esse Projeto de Lei foi vetado em junho de 2012, destacando em seu parecer que, há no país, segundo dados do Educacenso de 2010, um total de 45.938 creches e 106.436 estabelecimentos de pré-escola, num total de 152.374 instituições, e com tal proposta implantada, haveria um gasto adicional de quase quatro bilhões de reais anuais, o que, ainda segundo o parecer, representaria um impacto enorme nas contas municipais (BRASÍLIA, 2012, p.03).

Oliveira (2013) afirma ser lamentável que um Projeto de Lei, que beneficiaria tantas creches e pré-escolas, tenha sido vetado por motivo inditoso, pois dentre as competências do Enfermeiro, nessas instituições, destaca-se a Consulta de enfermagem e o Diagnóstico de Enfermagem que integram a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), garantindo à criança, à família e à comunidade um atendimento de acordo com as suas necessidades biológicas, psicológicas, sociais, culturais e espirituais.

Portanto, as práticas de educação e saúde devem considerar os diversos contextos com o objetivo de realizar construções compartilhadas de saberes, sustentados pelas histórias individuais e coletivas, com papéis sociais distintos – professores, educandos, merendeiras, porteiros, pais, entre outros sujeitos – formando cidadãos críticos e informados com habilidades para agir em defesa da vida e de sua qualidade (BRASIL, 2011c).

CAPÍTULO II – PERCURSO METODOLÓGICO

2.1. Tipo de estudo

Trata-se de uma pesquisa qualitativa. A pesquisa qualitativa busca compreender um fato, fenômeno, experiência de vida, baseada na perspectiva dos sujeitos que a vivenciam, envolvendo valores, atitudes, crenças, emoções, sentimentos e desejos. Em geral esse método valoriza o tipo de interação entre o pesquisador e o depoente (LEOPARDI et al, 2011).

O método qualitativo é o que se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam (MINAYO, 2010, p.57).

A abordagem qualitativa parte do fundamento de que há uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, uma interdependência viva entre o sujeito e o objeto, um vínculo indissociável entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito (CHIZZOTI, 2001).

As pesquisas qualitativas são entendidas como aquelas capazes de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações, e as estruturas sociais, sendo essas últimas tomadas tanto no seu advento quanto na sua transformação, como construções humanas e significativas (MINAYO, 2008).

2.2. Local da pesquisa

A pesquisa foi desenvolvida nas instituições de educação infantil (creches e pré-escolas) inseridas no VII Distrito Sanitário do município de Maceió, correspondente a Região Administrativa 7 de acordo com a Secretaria Municipal de Educação de Maceió (SEMED).

Desta forma, o VII Distrito Sanitário de Maceió, composto por cinco bairros (Cidade Universitária, Santos Dumont, Tabuleiro dos Martins, Clima Bom e Santa Lúcia), totaliza uma quantidade de treze instituições de educação infantil inseridas nesta região.

A escolha deste cenário foi motivada pelas características socioeconômicas desta região, visto que há uma superposição de violação de direitos sociais e econômicos, verificados, dentre outros aspectos, pelo alto índice de violência nos bairros supracitados. Tais aspectos podem ser comprovados conforme estudo realizado pela Faculdade de Serviço Social (FSSO) da Universidade Federal de Alagoas em 2014.

Ademais, ressalta-se que a referida região encontra-se no entorno da universidade promotora desta pesquisa, o que contribuirá para o desenvolvimento de ações de intervenção a partir da intersectorialidade entre saúde e educação.

2.3. Sujeitos do estudo

Os sujeitos selecionados neste estudo foram os educadores, caracterizados pelos profissionais que atuam na creche/pré-escola: diretor (a), coordenador (a), professor (a) e auxiliar de sala da Educação Infantil.

Salienta-se que os sujeitos foram identificados com letra e número (S1, por exemplo) e que foram citados de forma aleatória, não sendo utilizada a mesma identificação nas falas, no intuito de proteger a sua identificação em relação à função exercida.

2.4. Critérios de Inclusão

Profissionais que atuam na creche/pré-escola do VII Distrito Sanitário do município de Maceió/AL, inseridos nas seguintes categorias: Diretor(a), Coordenador(a), Professor(a) e Auxiliar de sala da Educação Infantil – independente do sexo, idade e vínculo empregatício.

2.5. Coleta de dados

O processo de aproximação com os sujeitos seguiu uma sequência de etapas. Inicialmente, fizemos contato com os diretores das instituições através de informações disponibilizadas pela SEMED, quanto à quantidade de instituições, endereços, telefones e representantes da direção. Posteriormente, ocorreram os primeiros encontros presenciais com os diretores de cada instituição, quando

fizemos uma explanação sobre a pesquisa e esclarecimentos sobre os objetivos do estudo, assim como, a entrega da autorização emitida pela SEMED.

Em um segundo momento, os diretores se reuniram com professores e auxiliares de sala para repassarem as informações sobre a pesquisa. Após o consentimento para participação, iniciou-se a coleta de dados propriamente dita.

Ressalte-se que o número de encontros em cada instituição variou entre dois e quatro, de acordo com o horário de trabalho, visto que na maioria das instituições não havia auxiliar de sala para que o professor participasse da coleta durante a jornada de trabalho, o que exigiu uma maior flexibilidade e persistência da pesquisadora para que o desenvolvimento das atividades não fosse prejudicado.

Igualmente, destaque-se que apenas uma das instituições obteve-se autorização da direção para a participação de todos os professores e auxiliares. Nas demais, a direção especificou o número de sujeitos que poderiam participar da pesquisa.

Quanto à participação da direção ou coordenação, destaca-se que apenas três diretoras aceitaram participar, enquanto que os demais se recusaram, justificado pela sobrecarga de trabalho. Durante o contato com as instituições houve recusa de uma instituição, não permitindo a participação da instituição na pesquisa, sendo esta decisão tomada pela direção e coordenação da mesma, ficando os professores e auxiliares impendidos de decidirem sobre sua participação, visto que não houve possibilidade de informá-los quanto à pesquisa.

Na pesquisa qualitativa, a coleta de dados é concluída quando os dados fornecem garantia de que o fenômeno foi compreendido, sendo assim, quando ocorre saturação das informações, ou seja, a repetição dos dados coletados observada pelo pesquisador (MEIRA, 2004).

Assim, a saturação dos dados foi o critério utilizado para delimitação do número de sujeitos desta pesquisa, o que aconteceu ao totalizar 19 sujeitos participantes, conforme ilustrado no Quadro 1 referente à caracterização profissional dos sujeitos da pesquisa.

2.6. Instrumentos de coleta de dados

A realização de entrevista e a observação qualitativa serviram de base para a produção de dados, sendo que esta última permitiu o registro de informações por

meio de anotações em diários de campo e o registro fotográfico da estrutura física das creches e pré-escolas.

A coleta realizada por meio desse desenho metodológico permite o estabelecimento de inter-relação entre os fatos, as falas e as ações dos indivíduos, o que permite uma compreensão mais abrangente dos significados construídos socialmente na relação dos sujeitos com o meio (SOUZA; ZIONE, 2003).

A observação qualitativa permite a exploração de ambientes e contextos; a descrição das atividades e das pessoas envolvidas; a compreensão dos processos, inter-relações, contextos sociais e culturais onde acontecem as experiências humanas e a identificação de problemas. A observação qualitativa não é mera contemplação (“sentar e ver o mundo e fazer anotações”), pois implica estar atento aos detalhes de fatos e interações, em que o observador utiliza todos os sentidos para captar os ambientes e seus atores (SAMPIERI; COLLADO; LÚCIO, 2006).

Assim, na busca de uma abordagem que garanta uma compreensão mais ampla do objeto de estudo, a partir da utilização de multimeios, a observação participante suscita uma variedade de situações ou fenômenos que não são obtidos por meio de perguntas, visto que permite a obtenção do maior número de informações sobre o cotidiano em estudo e os indivíduos aí inseridos (MINAYO, 2008).

A observação qualitativa constitui uma técnica de coleta de dados, também denominada observação de campo, que permite a exploração de ambientes e contextos; a descrição das atividades e das pessoas envolvidas; a compreensão dos processos, inter-relações, contextos sociais e culturais onde acontecem as experiências humanas; a identificação de problemas e hipóteses para futuros estudos (SAMPIERI; COLLADO; LÚCIO, 2006).

Contudo, acredita-se que a utilização apenas da observação participante não reúna condições para apreensão integral da realidade, isto porque induz a explicações elaboradas a partir de categorias interpretativas criadas pelo pesquisador, que tem como base a valorização de determinados aspectos da dinâmica social em detrimento de outros (SOUZA; ZIONE, 2003).

Portanto, as informações obtidas através da observação e dos contatos desenvolvidos durante essa fase pode ser registrada através de anotações em diário de campo, gravações em áudio e recursos com vídeos ou fotografias. A realização desta fase permite a delimitação do campo propriamente dito, ou seja, o recorte

espacial a partir das concepções teóricas que fundamentam o objeto de investigação (SOUZA; ZIONE, 2003).

Assim, os educadores participaram de uma entrevista com roteiro semiestruturado (Apêndice A) composta por duas partes, sendo a primeira referente aos dados de identificação (nome, idade, endereço, nível de escolaridade, formação, cargo ocupado, tempo de trabalho na instituição e contato eletrônico), e a partir deste, construiu-se o Quadro 1 referente à caracterização dos sujeitos participantes desta pesquisa.

A segunda parte deste instrumento caracteriza-se pela entrevista com roteiro semiestruturado, a qual possibilitou a gravação de áudio. Segundo Minayo (2006), a entrevista caracteriza-se como o instrumento de coleta de dados mais usual no trabalho de campo, visto que o pesquisador busca obter informações contidas na fala dos autores sociais por meio da entrevista.

Ainda segundo a mesma autora, a entrevista que inclui questões abertas, onde o sujeito tem liberdade total para abordar o assunto sob o seu ponto de vista, permite a obtenção de informações mais objetivas, como outras de caráter mais subjetivo, referentes às atitudes, opiniões e valores dos indivíduos entrevistados.

Salienta-se que em todas as instituições foi disponibilizado um espaço mais reservado para a realização da entrevista, visto que as perguntas possibilitaram aos sujeitos discorrer sobre a temática de forma livre e espontânea, produzindo dados subjetivos que envolvem crenças e atitudes.

Desta forma, seguiram-se os cuidados recomendados por Chizzotti (2001), que recomenda uma escuta atenta, uma intervenção com discretas interrogações de conteúdo ou com sugestões que estimulem a impressão mais circunstanciada de questões que interessem a pesquisa, de forma a manter um diálogo descontraído que deixe o sujeito livre para expressar-se, sem constrangimentos, sobre seus atos ou ideias.

2.7. Aspectos Éticos

Esta pesquisa garantiu os princípios éticos que envolvem seres humanos de acordo com as normas da Plataforma Brasil, Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde (CNS) e da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), visto que o projeto com Certificação para Apresentação de Apreciação Ética (CAAE)

23294413.1.0000.5013 foi aprovado em 27 de maio de 2013, com número de parecer 560.971.

Dentre os princípios éticos adotados nesta pesquisa, consta a não identificação do nome do educador entrevistado, garantindo-se o anonimato das informações por meio da escala de S1 (Sujeito 01) até S19 (Sujeito 19) referente às falas obtidas nas entrevistas.

O levantamento de dados respeitou a disponibilidade dos participantes em responderem as perguntas da entrevista. Os participantes foram previamente informados sobre seus direitos e, os dados foram colhidos ou utilizados sob expresso consentimento por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (Apêndice B) conforme Resolução 466/2012 estabelecida pelo Conselho Nacional de Saúde.

Preservando-se os princípios da autonomia e o respeito à autonomia, garantiu-se a liberdade para integrar o grupo de participantes, bem como a liberdade de se recusar a participar ou retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma.

A autorização da Secretaria Municipal de Educação de Maceió (SEMED) para realização da pesquisa foi submetida à Plataforma Brasil, além de que, a cópia da mesma foi entregue a direção de todas as instituições participantes.

CAPÍTULO III - RESULTADOS E DISCUSSÃO

O estudo foi realizado com 19 educadores que atuam nas creches e pré-escolas, sendo 02 diretores, 01 coordenador, 11 professores e 05 auxiliares de sala.

A caracterização dos sujeitos (idade, escolaridade, tempo na instituição, formação, função exercida e se participou de treinamento específico no contexto da Educação Infantil) encontra-se no Quadro 1.

Quadro 1 – Caracterização dos educadores inseridos nas creches e na pré-escola

Sujeito	Idade	Escolaridade	Tempo na instituição	Formação	Função exercida	Treinamento específico
S1	35	Pós-graduação	11 anos	Pedagogia	Diretor	Sim
S2	33	Superior Completo	8 anos	Pedagogia	Coordenador	Não
S3	53	Doutorado	6 meses	Psicologia	Diretor	Sim
S4	28	Pós-graduação em Gestão Pública Mestrado	1 mês	Pedagogia	Professor	Sim
S5	30	Pós-graduação em Educação Infantil	3 anos	Letras	Professor	Sim
S6	37	Pós-graduação	12 anos	Pedagogia	Professor	Não
S7	32	Superior Completo	7 anos	Pedagogia	Professor	Não
S8	45	Superior Completo	9 anos	Pedagogia	Professor	Não
S9	38	Pós-graduação	7 anos	Pedagogia	Professor	Não
S10	40	Superior Completo	7 anos	Pedagogia	Professor	Não
S11	38	Magistério	4 anos	Magistério	Professor	Não
S12	54	Pós-graduação	12 anos	Pedagogia	Professor	Não
S13	34	Mestrado	4 anos	Pedagogia	Professor	Sim
S14	50	Superior Completo	4 anos	Educação Física	Auxiliar de sala	Não
S15	24	Superior Completo	2 anos	Pedagogia	Auxiliar de sala	Sim
S16	24	Ensino Médio Completo	3 anos	-----	Auxiliar de sala	Sim
S17	39	Superior Completo	6 anos	Pedagogia	Auxiliar de sala	Não
S18	27	Superior Completo	2 anos	Pedagogia	Professor	Não
S19	40	Superior Completo	8 anos	Pedagogia	Auxiliar de sala	Não

Fonte: Entrevista realizada com educadores inseridos no VII Distrito Sanitário de Maceió/AL.

Os 19 educadores que participaram da pesquisa compreendem a faixa etária entre 24 e 54 anos de idade. Destes, três (15,78%) estão inseridos na gestão da instituição, sendo duas (10,52%) na função de diretoria e uma (5,26%) na coordenação; onze (57,89%) exercem a função de professor e cinco (26,31%) auxiliam o professor.

Quanto ao tempo de atuação dos educadores nas instituições pesquisadas, dois (10,52%) atuam há dois anos; dois (10,52%) três anos; três (15,78%) quatro anos; um (5,26%) seis anos; três (15,78%) sete anos; dois (10,52%) oito anos; um (5,26%) nove anos; um (5,26%) onze anos e dois (10,52%) doze anos, e, por fim, dois deles, (10,52%) possuem menos de um ano na instituição.

Sobre a formação dos educadores: seis (31,57%) possuem pós-graduação (*lato sensu*), sendo que destes, apenas um (5,26%) especializou-se na área da educação infantil; dois (10,52%) possuem pós-graduação em educação (*stricto sensu*) na modalidade mestrado e um (5,26%) na modalidade doutorado; sete (47,36%) possuem o nível superior completo. Ademais, um concluiu o nível médio e outro o magistério com formação profissional.

A esse respeito, as Diretrizes Curriculares Nacionais (BRASIL, 2013a) dispõe que as creches e pré-escolas se constituem em estabelecimentos educacionais, públicos ou privados, que educam e cuidam de crianças de zero a cinco anos de idade, por meio de profissionais com a formação específica legalmente determinada, a habilitação para o magistério superior ou médio.

Sendo assim, o professor da Educação Infantil é, ou deveria ser, um especialista em infância, conforme vem defendendo Miguel Arroyo (2000), isto é, condutor e educador responsável, em sentido mais amplo, por esses sujeitos e pela qualidade de sua relação com o mundo. Tal proposição implica um redimensionamento dos cursos de licenciatura e da formação continuada desses profissionais (BRASIL, 2013a).

Segundo a Resolução CNE/CEB Nº 5/2009, programas de formação continuada dos(as) professores(as) e demais funcionários(as) integram a lista de requisitos básicos para uma educação infantil de qualidade.

Tais programas são direito dos(as) professores(as) previsto no art. 67, inciso II, da LDB 9394/96. Eles devem promover a construção da identidade profissional, bem como o aprimoramento da prática pedagógica, possibilitando a reflexão sobre

os aspectos pedagógicos, éticos e políticos da prática docente cotidiana (BRASIL, 2013b).

Sabendo que a instituição de Educação Infantil é responsável pelo desenvolvimento integral da criança no que se refere ao cuidar e educar, ressalte-se que dez (58,82%) sujeitos referiram não ter recebido treinamento específico. Os demais afirmam ter participado de treinamentos promovidos pela SEMED e Instituições de Ensino Superior.

Assim, a realidade aponta para a necessidade de uma formação continuada, haja vista que mais da metade dos entrevistados afirma não ter recebido nenhum treinamento. Nesse sentido, Prietsch et al (2002) colocam que o educador infantil esteja em constante processo de aprendizado, principalmente quanto à prevenção de doenças e promoção da saúde.

Findada a caracterização dos sujeitos desta pesquisa, realizou-se a Análise Temática de Conteúdo, que consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação cuja presença ou frequência produz significado para o objetivo analítico visado (MINAYO, 2008).

A análise das falas dos sujeitos é realizada através da identificação de núcleos estruturadores recorrentes nos discursos. Busca-se, a partir destes núcleos ou temas, a explicitação do sentido contido nos conteúdos das diversas falas, de forma a permitir a compreensão das representações sociais (SOUZA; ZIONE; 2003).

Essa fase da pesquisa diz respeito ao tratamento dos resultados, inferência e interpretação; ocorre nela a condensação e o destaque das informações para análise, culminando nas interpretações inferenciais. Segundo Bardin (1977), “é o momento da intuição, da análise reflexiva e crítica”.

Assim, com base nos dados das entrevistas, foram identificados os núcleos de sentido que traziam o significado convergente aos objetivos do estudo, constituindo três Categorias de análise:

- Saberes e práticas do educador infantil;
- O cuidar-educar a criança na creche/pré-escola: a inseparabilidade do ato;
- Educação infantil: espaço social para promover crescimento e desenvolvimento saudáveis.

3.1. Saberes e práticas do educador infantil

Partindo de uma concepção ampla do processo saúde-doença e de seus determinantes, a promoção da saúde propõe a articulação de saberes técnicos e populares e a mobilização de recursos institucionais e comunitários, públicos e privados para seu enfrentamento e resolução. A promoção da saúde surge como reação à acentuada medicalização da saúde na sociedade e no interior do sistema de saúde, associando um conjunto de valores: vida, saúde, solidariedade, equidade, democracia, cidadania, desenvolvimento, participação e parceria. Refere-se também a uma combinação de estratégias: ações do estado (políticas públicas saudáveis); da comunidade (reforço da ação comunitária); de indivíduos (desenvolvimento de habilidades pessoais), do sistema de saúde (reorientação do sistema de saúde), e de parcerias intersetoriais, isto é, trabalha com a ideia de responsabilização múltipla, seja pelos problemas, seja pelas soluções propostas para os mesmos (CZERESNIA; FREITAS, 2009).

Contrapondo-se a esta perspectiva, no espaço da creche/pré-escola, alguns educadores permeiam suas práticas de trabalho influenciadas pelo modelo assistencial denominado historicamente como biomédico, visto que o processo saúde-doença-cuidado prioriza a higiene e a alimentação da criança como foco de atenção à saúde.

Tal prática remete à origem das creches no Brasil, visto que surgiram gradativamente a partir do século XIX, tendo como referência as instituições asilares e religiosas da época e como função principal evitar a morte de crianças por meio do fornecimento de abrigo, alimentação e assistência em higiene e saúde (ZEITOUNE et al, 2003).

Neste aspecto, as falas dos sujeitos do estudo nos trazem a ideia de que os determinantes supracitados, higiene e alimentação, caracterizam a base para a atenção à saúde das crianças:

O cuidado é a higiene né, a alimentação e fazer com que ele interaja socialmente com as outras crianças (S9).

[...] eu acho que a função da creche, além do cuidado né, é a higienização, alimentação né? [...] (S3)

[...] a gente aqui se preocupa muito e tem muito cuidado com a higiene, lavar as mãos antes de comer (S15).

A atuação sob a lógica biomédica também é evidenciada quando os educadores descrevem a higiene e alimentação das crianças como práticas relevantes que influenciam a saúde das crianças, como pode ser percebido na fala dos seguintes sujeitos:

[...] eu acho que a alimentação influencia bastante na saúde dela e também os cuidados com higiene, os cuidados né? Essas coisas influenciam bastante [...] (S8)

[...] a gente cuida deles na questão da higiene, da educação, aí a gente ensina eles a se limpar. A gente diz pra eles: 'lava o bumbum, lava o piu-piu' [...] a alimentação é muito importante, a higiene e também os cuidados em casa (S7).

A questão da higiene é muito importante né? Quando vai ao banheiro lava as mãos antes de ir né? Eles brincam muito na areia, principalmente no recreio, aí quando eles voltam já lavam as mãos; antes de ir no refeitório eles também lavam. Tudo eles já sabem que tem que ir na pia de lavar as mãos (S6).

[...] nessa parte de saúde, 'vamos dizer assim', sem dúvida o aspecto que mais preocupa e que mais a gente dedica a atenção é a alimentação. E aí a questão da alimentação tem que estar junto com o aspecto educacional [...] se essa criança não come o profissional fica ansioso, preocupado se alguma coisa está errada. Então é a primeira preocupação [...] a gente tem que ensinar a criança construir hábitos de higiene (S4).

Observa-se, nos discursos dos sujeitos, que a higiene e a alimentação são colocadas como as principais influências na saúde das crianças; o que revela, na prática, um enfoque à parte física da criança em relação aos cuidados relativos a aspectos emocionais ou de estímulo ao desenvolvimento infantil, saúde da família e da comunidade, saúde do ambiente, segurança e proteção.

Corroborando com este aspecto, Gonçalves et al. (2008) explicam que o trabalho de formação de hábitos de higiene, realizado com crianças, deve ter um caráter totalmente pedagógico e não assistencial.

Entretanto, depreende-se na fala do educador infantil uma prática que remete ao caráter assistencial:

[...] eles brincam, aí voltam pra sala, aí tem toda aquela questão de higiene. Aí eles tomam banho, penteiam o cabelo, vestem a roupa, quando sabem, se arrumam, ficam cheirosos e vão almoçar. Aí almoçam, depois lavam as mãozinhas, aí vão dormir. Na creche tem várias pessoas, aí um cuida da higiene, outra cuida da educação [...] (S8).

[...] eles almoçam, tem o processo de higiene bucal e eles dormem [...] À tarde é o mesmo processo, quando eles acordam, eles lancham, a gente tem esse mesmo momento coletivo ou de atividade individual direcionada; o recreio, depois tomam o jantarzinho, tomam banho, pra ir embora às 17:00, de modo geral é essa a rotina semanal (S1).

À luz dessas afirmações, percebe-se como a função da creche tem sido permeada por uma prática higienista e assistencialista, o que torna necessário a mudança do processo de trabalho a partir de uma concepção de prática integral e interdisciplinar do ser humano, para que a condição de saúde da criança não seja limitada a necessidades de banho, alimentação e repouso, ou seja, que essa criança não seja vista enquanto objeto e, sim, enquanto sujeito.

Corroborando com esse aspecto, Remor et al (2009) apontam que na área de educação, parece evidente que o enfoque do termo cuidar limita-se ao aspecto físico, estando associado fundamentalmente à higiene, alimentação e sono da criança. Entretanto, o cuidado com a criança é influenciado por todos os determinantes, não se restringindo à alimentação e higiene, mas também aos aspectos oriundos da família ou comunidade a qual está inserida, tais como violência, moradia, lazer, que também interferem no processo saúde-doença do mesmo.

A gestão da educação infantil é citada como a responsável pelo retrocesso ao assistencialismo; o discurso abaixo traz o desejo do educador em ver uma prática diferente da atual:

Eu acho que a creche hoje, devido à cabeça dos dirigentes, ainda está muito no assistencialismo. Aos poucos é que a gente vê que a gente tá mudando um pouco, nessa creche mesmo a gente vê claramente isso (S1).

Contudo, os educadores destacam a preocupação da família com a alimentação da criança, assim, ratificam o caráter assistencial como ainda sendo a forma como a creche é vista.

A família deposita no espaço da creche a possibilidade de inserção no mercado de trabalho com a garantia de que a criança encontra-se em um lugar que atenderá as suas necessidades básicas, tais como alimentação, higiene; o que revela o seu desinteresse quanto à formação de vínculo com a creche, visto que seu real interesse, o assistencialismo, foi atendido.

Nessa perspectiva, destaca-se que o mesmo cenário de mercado de trabalho que impulsiona a criança para a creche afasta a família desse cuidado,

sendo necessária uma aproximação de todos os agentes (creche, família e unidade de saúde) na elaboração de estratégias de cuidado à saúde da criança (FARIA; WICHR, 2014).

[...] a maior parte das questões que as mães repassam pra professora é com a alimentação, tipo 'ah meu filho não come bem, então procure incentivar mais, pois ele tá fraco' [...] (S3).

Como na creche as crianças vêm pra cá, mas porque as mães trabalham e não podem ficar com os filhos em casa, a função da creche seria mais pra dar esse suporte entendeu e fazer com que a criança se sintam bem, porque quando ela tá em casa ela tá bem e na escola ela tem que se sentir bem também (S9).

[...] às vezes os pais não tem condição né? Tem que trabalhar e não tem com quem deixar e mesmo que tivesse de pagar alguém para cuidar, eu acho que é meio complicado, pois na creche tem várias pessoas pra cuidar né, se tá em casa, aí a criança chora, mas aí não é seu filho né, aí a pessoa pode pensar em bater né [...] (S8).

[...] de modo geral os pais estão preocupados em ter alguém pra deixar os filhos. Eles perguntam muito pouco sobre como foi o dia da criança. Tem vez que a gente vai falar, aí eles dizem 'depois a gente conversa, que eu tô com pressa'. Eu sei que eles passam o dia fora, tem vez que precisam fazer alguma coisa em casa, mas isso não justifica. Eles estão estritamente preocupados em saber se vão ou não ter com quem deixar os filhos, justamente porque ainda passamos pra eles né, nós enquanto instituição, que a nossa função é de assistencialismo [...] (S1).

Toda a responsabilidade é do professor. O pai tem muito disso, que a escola é lugar de proteção, de alimentação, despeja toda a responsabilidade em cima da escola. Não é essa a função da escola, tem coisas que cabem à família. Tinha um que dizia 'tia, manda ele cortar a unha aí, que ele não quer cortar; corta a unha dele aí'. Aí deixa toda a responsabilidade pra escola (Sujeito 17).

Ao acompanhar as necessidades sociais e de saúde da criança, contribui-se para um desenvolvimento e crescimento harmonioso e prepara-se a criança para o futuro (OLIVEIRA, CADETTE, 2009). Assim, durante o processo de trabalho, percebeu-se que as atividades são voltadas para o coletivo, o que é muito positivo, visto que propicia o desenvolvimento social da criança.

Nas creches, as crianças tem a oportunidade de iniciar experiências interpessoais, noções de cooperação grupal, compreensão e adequação, mediante diferenças socioculturais, além de começarem a lidar com as experiências de frustração, podendo perceber e adquirir sentimentos de sucesso e autoconfiança (ARAÚJO et al, 2006).

Entretanto, destaca-se que um dos educadores relata que o tempo que sobra após os cuidados direcionados à higiene e à alimentação da criança é

destinado a atividades que envolvem o coletivo, questionando que não há um tempo destinado ao desenvolvimento individual:

[...] nesse momento nós estamos com as três turmas que formam o maternal I e II. Aí pode ser uma contação de estória, uma pintura coletiva, pode ser um vídeo, 'pode ser um momento de fazer nada', sem fazer nada é engraçado né? Mas eles gostam bastante. 'Que horas acontece o individual?' (S1).

Destaca-se a preocupação do educador abaixo com a adaptação inicial da criança no espaço da creche, visto que esta passará a maior parte do dia neste espaço.

[...] a matrícula é feita em janeiro e as aulas começam em fevereiro, então, a gente pede para as mães irem preparando os filhos nesse intervalo, porque eles vão passar o dia todinho na creche, chegando de 7h da manhã, saindo de 5 horas. É praticamente começar do zero aqui na escola. Eu vejo que os pais deixam muito pra gente porque é assim, sabe, a gente deixa entrar a chupeta. A mãe pergunta se pode, a gente deixa, porque assim, tem criança que só dorme se for com a chupeta, às vezes até vem com um paninho, outras com ursinho, com seu travesseiro [...] eu tenho até uma criança que a avó chegou aqui reclamando, porque quando coloca na porta a criança chora, aí ela quer levar até a sala, aí a gente tem assim tipo uma regra, deixe na porta e a gente leva, porque a mãe leva até lá e fica lá, aí junta um monte de mãe na porta, e os meninos não param de chorar (Sujeito 10).

Salienta-se que, independente da idade em que a criança ingressa em uma creche/pré-escola, a qualidade do atendimento constitui um importante fator mediador da adaptação. Os pais, mesmo sabendo que os referidos espaços têm a missão de acolher a criança, apresentam muitas preocupações na fase de ingresso do filho na instituição, principalmente relacionadas à separação temporária do filho, à continuação dos cuidados relativos à alimentação, higiene, conforto e segurança da criança (MARANHÃO, 2008).

Assim ressalta-se que tanto a instituição como as famílias precisam participar ativamente na adaptação da criança, repassando informações sobre as atitudes e vivências da criança durante todo o processo de adaptação, de modo a facilitar a criação do vínculo e a garantia da segurança dos cuidados prestados (BHERING; DE NEZ, 2002).

A família fica receosa sobre a percepção das necessidades do filho em meio à coletividade, ou seja, os pais ficam temerosos ao pensar que o seu filho estando entre tantas outras crianças poderá não ser notada sempre e não ter atendidas as suas necessidades humanas básicas no momento necessário, e que desta forma não esteja recebendo um cuidado adequado (MARANHÃO, 2008).

Desta forma, para permitir o desenvolvimento integral e harmonioso das crianças, é necessário que a creche apresente profissionais atentos e capazes de intervir e prevenir situações associadas ao equilíbrio saúde-doença, já que entre as diversas fases de vida de um indivíduo a primeira infância é uma das mais vulneráveis às condições do meio e aos agravos à saúde como as doenças infectocontagiosas, sobretudo as de repetição de ordem respiratória, gastrintestinais e cutâneas, justificando-se a necessidade de mais atenção nas creches (FARIA; WICHR, 2014).

Segundo Barbosa et al (2010) a prevenção dessas doenças pode reduzir os índices de mortalidade infantil, denotando a importância da inserção do profissional de saúde na creche, atuando tanto na assistência à saúde quanto na capacitação da equipe, já que, desenvolvendo o processo de educação, o cuidado se torna mais efetivo, beneficiando a condição de vida, trabalho e saúde (BARBOSA et al, 2010).

Desta forma, os principais agravos de saúde identificados pelos educadores são aqueles em que a transmissão é influenciada pelo ambiente coletivo, o que pode ser visualizado nas seguintes falas:

[...] eu percebo algumas viroses, principalmente as conjuntivites, gripe, aí é aquela agonia na escola né. O surto de piolho, por exemplo, quando uma tinha aí era um enxame na escola [...] (S2).

Os principais problemas de saúde aqui nas crianças são as viroses, tosse, problemas respiratórios [...] eles chegam cansados, às vezes nem vem. Esses são os principais problemas, além de piolhos, problemas de pele [...] também tem a questão da alimentação, a criança que se alimenta mal, a imunidade fica um pouco baixa, né, aí tem aluno que adocece com mais frequência (Sujeito 13).

De acordo com a fala do Sujeito 03 a estrutura física inadequada da instituição infantil, principalmente no que se refere às condições em que a criança dorme, revela um ambiente propício para a disseminação dos agravos:

[...] quando estão gripadinhas, meio febril tem pais que trazem né. Aqui não tem uma estrutura pra dar esse apoio. As crianças que ficam tempo integral dormem lá na sala, então não tem essa estrutura, porque é o colchão no chão, e, assim, era pra troca de lençol acontecer durante duas vezes na semana, mas muitas vezes os pais também não trazem, aí só troca uma vez e como o colchão fica no chão aí o lençol fica cheio de areia, aí pra saúde da criança não é bom né (S3).

Embora o Sujeito 04 identifique os problemas de saúde mais frequentes na creche/pré-escola, não há o relato de ações de educação em saúde para prevenir doenças e promover saúde.

O mais comum é o problema da alimentação, é essa ansiedade dos pais pra criança comer bem, enfim. E de doenças, as ites de maneira geral, respiratórias e digestivas (S4).

Essa mesma prática, que pressupõe que a instituição de educação infantil não é reconhecida como um espaço promotor de saúde, também é observada no discurso abaixo:

Às vezes a barriguinha tá meio grande, ou então o cocô fica estranho, não é muito normal esse cocô assim pra uma criança dessa idade, entendeu? Ou então tá coçando a cabeça, ou então a pele tem alguma coisinha, ou então coçando o bumbum, aí a gente observa e informa a mãe, fazer o que né? (Sujeito 02).

Entretanto, Joventino et al (2011) colocam que a adequação do cuidado pode depender das habilidades do educador que cuida da criança e da intersubjetividade as quais está inserido; necessitando de estratégias educativas que auxiliem a empoderar-se de maneira que possa desenvolver hábitos saudáveis.

Nesse contexto, Neves e Cabral (2008) apontam que ao se tornar empoderado, o educador pode executar um cuidado de qualidade para a criança, bem como promover a sua saúde por meio de uma responsabilidade compartilhada com os profissionais da área. Nesse contexto, o indivíduo empoderado possui liberdade para tomar suas próprias decisões, baseadas em conhecimento crítico, capacitando-o para promover a melhoria das suas condições de saúde (NEVES; CABRAL, 2008).

Ressalta-se que a educação em saúde constitui um conjunto de saberes e práticas que visam à prevenção de doenças e promoção da saúde, auxiliando os indivíduos e a coletividade a produzirem saúde, por meio da obtenção de melhores condições de saúde, intermediado pelos profissionais de saúde. Dessa forma, a disseminação de informações, sobretudo por meio de atividades de educação em saúde, consiste em estratégia sine qua non para mudanças comportamentais visando hábitos saudáveis do indivíduo e da comunidade, visto que atingem o cotidiano das pessoas (ALVES, 2005).

Corroborando com este aspecto, destaca-se que a construção de práticas de qualidade, que incorporem cuidados de promoção e manutenção de saúde na creche/pré-escola, depende do desenvolvimento de ações de educação em saúde como parte integrante da formação de professores, como uma forma de superação dos limites desta (IPPOLITO-SHEPHERD, 2005). Assim, o fortalecimento dos saberes e práticas que integram o cuidar e educar na atenção infantil é um grande desafio, a ser superado com o apoio das várias disciplinas que se incumbem de estudar, refletir, construir, propor e avaliar os conhecimentos e as ações voltadas à promoção do desenvolvimento infantil (SILVA, 2005).

Em contrapartida, percebe-se que, na maioria dos casos, quando o educador identifica algum sinal de doença na criança, a instituição entra em contato com a mãe para que a mesma venha buscar a criança, não aproveitando esse momento como oportunidade para a produção da educação em saúde, como pode ser observado quando os educadores mencionam que:

Os principais problemas de saúde aqui é mais assim, quando adocece de disenteria, febre, virose, essas coisas assim, alergia, que fica corizando. Geralmente, a gente liga pra o pai vir pegar, mas a gente nunca medica. Eu já notei criança com catapora aqui, com bolhinhas que às vezes os pais não percebem (Sujeito 19).

Quando a criança apresenta alguma coisa, a gente liga e chama a mãe. Pra mãe vir buscá-la, porque a gente não medica. Quando a gente também percebe que a criança tá se coçando muito a gente comunica pra mãe [...] é mais gripe e disenteria. O que a gente mais nota aqui é isso, gripe com tipo uma febre. Quando é gripe, geralmente a mãe já sabe por que já vem de casa assim. A disenteria quando já vem de casa também, mas quando acontece aqui, a gente liga e diz 'venha buscar pra você tratar em casa'. Tem umas que até perguntam 'Num tem um remedinho aí não?', mas nós não temos medicamento aqui (S5).

Se for um problema que surgiu naquele momento e não der pra criança ficar até o final, tipo uma dor de barriga, disenteria a gente já liga pra mãe. Quando tem uma febre, a gente liga pra mãe [...] aí quando as mães mandam remédio pra gente dar a criança, a gente não dá (S7).

Os principais problemas de saúde aqui nas crianças são as viroses, tosse, problemas respiratórios [...] além de piolhos, problemas de pele [...] também tem a questão da alimentação, a criança que se alimenta mal, a imunidade fica um pouco baixa, tem aluno que adocece com mais frequência [...] quando a criança tá doente a gente comunica a mãe pra que leve ao médico para fazer o tratamento, porque às vezes, a mãe quer trazer a criança doente, aí a gente breca (Sujeito 13).

Queiros e Jorge (2006) apontam que estes relatos evidenciam a necessidade de que os profissionais de saúde estejam atentos para identificar oportunidades de educação para a saúde e, conjuntamente com as famílias, reconhecendo seu contexto socioeconômico e cultural, aperfeiçoar e/ou adaptar o seu saber científico, por meio da valorização do saber desses sujeitos.

Os discursos dos educadores pressupõe que os mesmos sabem que não podem medicar, entretanto ao afirmar tal proibição não se imaginam diante de outras possibilidades de atuação nesse processo saúde-doença, o que demonstra a confiança no remédio como única medida de tratamento, o que vem a ratificar uma prática sob a lógica biomédica. Tal perspectiva também pode ser observada na seguinte fala “que a gente percebe mais aqui é a escabiose, piolho, criança que não toma banho, germe. A gente sempre orienta ‘mãe, não traga pra escola se a criança tiver doente’. Porque a gente não medica” (Sujeito 18).

As crianças que frequentam a educação infantil situam-se na faixa etária que compreende o ciclo de desenvolvimento e de aprendizagem dotada de condições específicas, que são singulares a cada tipo de atendimento, com exigências próprias. Tais atendimentos carregam marcas singulares antropoculturais, porque as crianças provêm de diferentes e singulares contextos socioculturais, socioeconômicos e étnicos. Por isso, os sujeitos do processo educativo devem ter a oportunidade de se sentirem acolhidos, amparados e respeitados pela escola e pelos profissionais da educação, com base nos princípios da individualidade, igualdade, liberdade, diversidade e pluralidade (BRASIL, 2013a).

O contexto da comunidade em que a criança está inserida, como as condições de moradia, saneamento e acesso a bens e serviços, segurança, assim como o aspecto família, foi identificado pelos educadores como um fator determinante e condicionante da saúde da criança, conforme aponta o Sujeito 16 ao discorrer que “o que acontece aqui, o que acontece lá fora, tá tudo interligado. A alimentação que foi dada em casa, porque muitos não têm o mínimo em casa. Muitos vêm sem escovar os dentes. Geralmente, aqueles que têm mais problemas, são os as famílias nunca aparece”. O que também é identificado pelos sujeitos abaixo:

O ambiente influencia na saúde deles [...] aqui mesmo tem crianças que moram em uma casa de um quarto só, onde todas as crianças dormem na mesma cama. Aí quando um tá ficando bom, o outro já voltou a ficar doente [...] se a criança não tá bem com a família; se a família não dá atenção, a criança também adocece. Vai ficando triste e acaba adoecendo (Sujeito 11).

[...] acredito que a comunidade em que essas crianças moram influencia a saúde delas, porque a gente sabe que eles não têm saneamento adequado, a maioria delas mora em casa que passa a semana sem água, a maioria delas mora em lugar que, infelizmente, o esgoto aberto corre perto, a presença de ratos, de insetos, dos vetores de doenças. A família não tem esse apoio de médico [...] (Sujeito 01).

Nós temos um índice de drogas muito grande. Quando o helicóptero da polícia passa, eles já sabem o que é, é cada comentário que você não queira nem saber. Tem muitos aqui que o pai tá preso. Tem algumas crianças que eram tranquilas e, de repente, ficam agressivas. Alguma coisa tá errada! A criança sinaliza muita coisa pra gente (Sujeito18).

Tem um menino aqui que botou um verme pra fora. Outro, tava com uma mosca no nariz que fedia, mas o problema é que ele não tinha residência, ele morava debaixo de uma árvore numa casa de papelão, vivia numa situação totalmente vulnerável e precária. Aí quanto à questão da higiene, não era nem que a mãe era suja, não tinha água pra eles tomarem banho. As crianças não queriam ficar perto dele. Ele tinha gripe o ano inteiro, não melhorava (Sujeito 16).

A despeito dessa última citação, Heukelbach e Feldmeier (2003) apontam que muitas doenças caracterizadas como marcas de um país subdesenvolvido, como verminoses, escabiose, miíase, tungíase e pediculose, já não apresentam percentuais significativos em determinadas regiões, mas que em outras, encontram-se mais evidentes no público infantil carente e se não prevenidas podem levar a graves consequências capazes de pôr em risco desenvolvimento e crescimento saudável das crianças (HEUKELBACH; FELDMEIERS, 2003).

Dentre essas se ressalta a pediculose, visto que ao longo dos séculos continua sendo um problema de saúde pública, principalmente nos aglomerados populacionais, como nos Centros de Educação Infantil (CEI), pela inexistência de ferramentas sistemáticas instituídas para interromper sua cadeia de infestação (GABANI et al, 2010).

Nesse sentido, destaca-se que para o crescimento e desenvolvimento saudável da população infantil, é essencial organizar e planejar ações educativas voltadas à promoção do cuidado em saúde. Contudo, uma das dificuldades enfrentadas no ambiente de trabalho dos educadores se refere à definição das responsabilidades, ou seja, quais são de competência da família, da instituição educacional ou do serviço de saúde (MARANHÃO, 2000).

Assim, como na infância ocorrem várias modificações, particularmente físicas e psicológicas, que caracterizam o crescimento e o desenvolvimento da criança; considera-se que os principais problemas decorrem da sua vulnerabilidade

a elementos do ambiente em que esse processo ocorre. Desta forma, torna-se mais agravante quando as crianças vivem em comunidades de baixa renda onde, frequentemente, são encontradas famílias com dificuldade de acesso aos recursos de saúde e à educação e com acentuada limitação dos recursos econômicos. Para essas famílias, as creches comunitárias proporcionam um suporte considerável, amenizando algumas dificuldades relacionadas à alimentação e contribuindo para a educação e promoção de hábitos de vida saudáveis (REMOR et al, 2009).

Entretanto, destaca-se que mesmo com a identificação do aspecto emocional como influente na saúde da criança, os determinantes físico e nutricional foram repetidamente citados. Tal fato evidencia que a perspectiva sob a lógica biomédica ainda embasa fortemente a prática dos educadores, mas já se percebe uma mudança de paradigma, visto que ao se colocar o emocional como um aspecto relevante, há indícios de que a criança esteja sendo vista de uma forma integral, ainda que a visão fragmentada da mesma seja preponderante: “o ambiente influencia, às vezes, o cuidado é pouco. Muitos são cuidados por avós. A questão da alimentação, o risco com pai e mãe ausentes, o risco psicológico, a agressividade” (Sujeito 15).

[...] o que influencia a saúde é o estar bem, quer emocional, quer físico, estar feliz onde você está. No caso das nossas crianças se elas estão bem no ambiente onde elas estão, se elas dormem bem, se comem bem, se elas se sentem á vontade, naturalmente elas vão ter um bem estar que talvez eu possa colocar isso como saúde. É claro que a gente vai ter a saúde física, não sei se é física, de uma nutrição que às vezes elas não têm em casa [...] (S1).

[...] a segurança emocional também né, a gente pode tá identificando algum tipo de ação que ela evidencia algum tipo de racismo, de preconceito em geral, de gênero, de religião, então assim, eu tenho que ter esse tipo de observação para que assim que seja identificado algo já agir (S2).

[...] a gente vê normalidade ou anormalidade no comportamento. E a gente observa, olha se essa criança é assim desde que chegou; ou era uma muito agitada e agora a gente tá notando que tá quieta. Aí a gente observa se tá com algum problema, se tá febril, se aconteceu alguma coisa em casa, porque às vezes é emocional, às vezes é físico (Sujeito 12).

Corroborando com este aspecto, Oliveira (2013) coloca que promover ações de higiene e cuidado corporal, dentro do cenário da creche, é inerente aos temas de saúde que devem ser abordados, nas Instituições de Educação Infantil, na perspectiva da promoção da saúde. No entanto, faz-se necessário o desenvolvimento de atividades que objetivem o crescimento e o desenvolvimento da criança de forma integral, compreendendo que o conceito de promover a higiene vai

além da prevenção de doenças, mas inclui, também, a saúde física e mental de cada indivíduo.

A partir do momento que a criança é vista para além do aspecto físico, ou seja, quando há uma visão holística sob a ótica da integralidade, faz-se necessário que a instituição de educação infantil, enquanto equipamento social que é, estabeleça uma atenção integral por meio da continuidade dos cuidados, ou seja, desenvolva ações extramuros, visto que a instituição, junto com a família e a comunidade, também é responsável pela formação, proteção e segurança da criança.

Desta forma, destacam-se, especificamente, alguns relatos dos educadores sobre crianças em situação de violência, o que evidencia que a criança é vista para além da higiene e da alimentação, e sim, ao aspecto emocional. Esse olhar sensível, ou seja, que enxerga o ser que carrega uma história e não apenas um corpo, já é uma mudança significativa quanto à concepção de saúde restrita a ausência de doença, o que traduz uma mudança de paradigma na concepção dos educadores, ainda que pulverizada.

A gente já teve caso de umas crianças que eram espancadas, aí chegavam aqui rochinhas. A creche é totalmente omissa. É omissa no sentido de não querer comprar briga. Não se envolve. Às vezes chama a família, pergunta, mas não enfrenta. Embora a gente tem o disque 100 né, essas coisas todas, mas aqui a gente é aconselhado a não fazer pra justamente não comprar briga, o discurso é que a gente tá numa comunidade perigosa, que isso, que aquilo, então a direção fala que a gente não tome partido. Eu até entendo, porque a gente trabalha numa região bastante insegura e como você percebeu aqui a gente não tem segurança na entrada da creche, nos não temos porteiro, nós não temos nada, e nesse sentido eu até entendo o medo, mas não a omissão (S1).

Nesse sentido, a concepção ampliada de saúde, como 'o resultado dos modos de organização da produção, do trabalho e da sociedade em determinado contexto histórico' coloca em perspectiva uma multiplicidade de determinantes e condicionantes, para cujo enfrentamento o setor sanitário necessita atuar intersetorialmente (BRASIL, 2006).

Assim, para resolver os problemas de saúde e melhorar a qualidade de vida, a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) destaca que o compromisso do setor saúde na articulação intersetorial é tornar cada vez mais visível que o processo saúde-adoecimento é efeito de múltiplos aspectos, sendo pertinente a todos os setores da sociedade e devendo compor suas agendas (BRASIL, 2010c).

Sob esse aspecto, salienta-se que quanto aos fatores relacionados como determinantes do adoecimento das crianças, os educadores possuem um conceito de saúde multicausal, que envolve desde aspectos biológicos até sociais e psicológicos. Existe a percepção de que as crianças adoecem quando entram na creche e que o contato com outras crianças, citado anteriormente, é um dos fatores importantes para tal. Porém, contrapondo-se a isso, os educadores atribuem tal fato aos hábitos das crianças e aos cuidados que elas recebem em casa. Exime-se não associando o adoecimento aos cuidados recebidos na creche, na tentativa de responsabilizar unilateralmente a família por cuidados que poderiam contribuir para a redução desses agravos à saúde.

A visão de saúde para além da simples ausência de doença, determinada pela ideia hegemônica de caráter genético e biológico, evidencia outros fatores determinantes relacionados ao modo de viver das pessoas; o que pressupõe que interferir no processo saúde-doença deve ser papel desempenhado por todos os cidadãos, e para isso é preciso compreender que este processo é fruto das relações do homem com o meio físico, social e cultural (ALVES; VERÍSSIMO, 2007).

Entretanto, ao compreender que a saúde vai além do biológico é preciso não apenas identificar os fatores emocionais, sociais ou ambientais que influenciam a saúde, mas também que os atores envolvidos no processo de formação das crianças sintam-se corresponsáveis pelas mesmas e promovam ações de transformações em busca da qualidade de vida. Desta forma, destaca-se, em um dos discursos dos sujeitos, a negligência da creche na abordagem a criança em situação de violência.

Portanto, depreende-se no relato supracitado que a creche referida também produz uma violência contra a criança, que neste caso configura-se como negligência, visto que esta se concretiza na irresponsabilidade dos pais ou responsáveis pelas crianças, ou seja, na omissão dos cuidados: falta de atenção, desconhecimento da figura de pais, atitudes que causam danos físicos e psicológicos (ATAÍDE; SILVA, 2014). Corroborando com esse aspecto, Volic e Baptista (2005, p.151) afirmam que “as pessoas só são passíveis de ser responsabilizadas por negligência quando possuírem as condições para atender às necessidades daqueles que estão aos seus cuidados e voluntariamente se omitirem”.

Diante de tal prática evidenciada nesse estudo, faz-se necessário fazer uma ressalva quanto à atenção à saúde da criança em situação de violência, tanto por se tratar de um problema de saúde pública, que neste cenário é frequentemente apontado pelos educadores, quanto pela evidência de que a instituição infantil não se encontra qualificada para enfrentar tal situação, visto que não basta identificar a violência como um problema que prejudicará o desenvolvimento da criança sem que os educadores se sintam responsáveis para intervir e promover segurança e proteção deste indivíduo.

A negligência pode ser detectada principalmente quando existe uma dependência de cuidados e de proteção, ou seja, quando ocorre uma relação de dependência, na qual necessidades específicas de uns só podem ser supridas por seus cuidadores. O sujeito da negligência é aquele – a pessoa, a família, o Estado, a sociedade, as instituições – a quem é atribuída a responsabilidade dos cuidados (VOLIC; BAPTISTA, 2005, p.150).

É fato que crianças e jovens que vivem em um contexto de violência não possuem nem o ‘direito a ter direito’, o que possuem são diversas privações mediadas, em primeiro lugar, pelo Estado, que não lhes concede os mínimos direitos sociais; em segundo lugar, pela sociedade civil, que, na perspectiva de irresponsabilidade do Estado, atuará por meio de políticas seletivas e pontuais; e, em terceiro lugar, pela família que além de serem vítimas na falta de políticas públicas, violam também os direitos de crianças e adolescentes, possibilitando-lhes a entrada no mundo do crime, das drogas, da prostituição, podendo chegar até a morte (ATAÍDE; SILVA, 2014).

Um dos educadores expressa a naturalidade da criança em vivenciar situações de violência ao declarar que “a gente sabe que tem problemas de droga na família, muitos assassinatos aqui e eles contam direitinho. Quando o pai bate na mãe elas contam direitinho e isso sempre acontece, aí elas contam naturalmente. Porque eu acho que como vê direto né, aí nem se assusta mais” (Sujeito 06).

A negligência está intrinsecamente ligada à sociedade vigente, às condições estruturais, pois este tipo de violência relaciona-se às necessidades básicas, como alimentação, saúde, moradia, educação, segurança, profissionalização, cultura e lazer, necessidades que não dependem apenas da família, mas dos poderes públicos, em criar políticas públicas para a população infanto-juvenil e garantir com absoluta prioridade seus direitos fundamentais (ATAÍDE; SILVA, 2014).

Não obstante, a fala abaixo também traduz a imparcialidade da instituição enquanto equipamento social também responsável pelo desenvolvimento e proteção desta criança:

Uma coisa que é bem marcante aqui é quando eles vêm com marcas. Eu tava contando, tem uma menina que é linda, chegou com marca de cigarro. Eu perguntei o que foi, aí ela disse 'foi minha mãe'. Chega menino arranhado, que diz que foi o namorado da mãe (Sujeito 15)

Prática essa que também é ratificada pelo Sujeito 05 ao relatar que “uma vez uma mãe veio pedir ajuda, porque a criança tinha sido estuprada. Mas, nesse caso tinha muita coisa envolvida, a família toda estava envolvida no tráfico”.

O relato supracitado confirma que, no âmbito da população infanto-juvenil, foram desenvolvidas e/ou aprimoradas novas formas de violência, violando assim os direitos de crianças e adolescentes, desprotegendo-os socialmente, negando sua condição de pessoas em desenvolvimento e seres em formação mental, social, física e psicológica (ATAÍDE; SILVA, 2014).

O que se tem percebido é que cada vez mais a problemática da violência sobrepuja o silêncio da esfera familiar, tornando-se, então, uma evidência na sociedade, principalmente nas instituições hospitalares e educacionais – virando, desse modo, notícia diária na mídia (SCHERER E SCHERER, 2006, p.02).

Diante de tal cenário, a violência entre a população infanto-juvenil passou a ser vista por integrantes da sociedade civil na óptica da prevenção, devendo, portanto, ser “prioridade das políticas públicas, com programas e ações específicos para essa faixa etária e, principalmente, para os segmentos populacionais mais vulneráveis” (ÍNDICE DE HOMICÍDIOS NA ADOLESCÊNCIA – IHA, 2010, p.71). Na perspectiva de proteção aos direitos de crianças e adolescentes, destacam-se os Centros de Defesa, com o objetivo de contribuir para efetivação dos direitos de crianças e adolescentes, bem como para defender de toda e qualquer forma de violação (ATAÍDE; SILVA, 2014).

A atenção integral à saúde da criança em situação de violência demonstra que os diferentes saberes conduzem a resolutividade do caso em prol da promoção da segurança da criança e em defesa da vida. Nesse contexto, um dos sujeitos destaca o apoio da equipe multidisciplinar como essencial para o enfretamento desta situação.

A minha conduta seria recorrer, inicialmente, a assistente social e a psicologia para pensar realmente como intervir nessa realidade, porque

muitas vezes a gente acaba se antecipando e recorrendo a família [...] porque eu já vi uma família que estava sendo conivente e quando o educador colocou a situação junto à família, esta culpou educador e tirou a criança da escola. Então não é isso que a gente quer, a gente quer resolver e não se livrar dele (Sujeito 02).

Entretanto, depreende-se, neste mesmo discurso, que deve haver um aprimoramento na formação dos educadores quanto à abordagem com a família da criança em situação de violência, para que haja parceria em prol da criança e não a produção de mais conflitos que acabariam prejudicando ainda mais a criança.

Vale destacar que o sujeito abaixo acredita que, se a criança ou alguém do seu convívio encontra-se em situação de violência, esta não necessariamente influenciará no comportamento da mesma, e que, caso apresente algum problema no comportamento, este será resolvido na própria instituição, não necessitando da participação da família.

O contexto de vida da criança é uma questão muito polêmica. É lógico que tem coisas da vida dela fora que influenciam no desenvolvimento dela [...] eu sou uma pessoa que não acredita, que se uma criança sofreu violência ou tem outra pessoa na família ou em casa desestruturada, que isso justifica que a criança seja mal criada, agressiva ou arteira dentro da creche. Se ela está mal criada, agressiva ou arteira dentro da creche, alguma coisa nesse código de conduta da creche não está sendo eficiente com essa criança. É a gente que precisa resolver aqui dentro, não é família que tem que mudar sabe? É a minha opinião. Agora, que tem coisas que vão marcar o indivíduo a vida inteira, não é? Mas, no que diz respeito ao comportamento, se você tiver profissionais bons, competentes, a gente consegue com que a criança, aqui, tenha oportunidade de viver um ambiente saudável (Sujeito 04).

Assim, diante de tal concepção, salienta-se a necessidade de engendrar inquietações nos educadores, para que o contexto da criança seja refletido como um aspecto essencial para uma prática que promova o desenvolvimento de uma atenção integral à saúde da criança.

Depreende-se no discurso abaixo que há uma preocupação com a abordagem que o professor terá frente às informações recebidas, oriundas da família ou da própria criança, sobre o contexto de vida desta, em que o sujeito 04 alega que a forma como essas informações serão conduzidas poderá rotular a criança podendo chegar ao ponto de produzir seu fracasso escolar:

[...] eu tenho muito medo quando o professor tem informações da privacidade da família, e isso acaba mesmo que, inconscientemente, sendo usado de maneira a marcar aquela criança, eu me preocupo, eu vivo dizendo 'gente, a gente tem que tomar cuidado, porque aqui na educação infantil a gente pode tá começando a produzir o fracasso escolar desta

criança', porque se ela ficar rotulada aqui, ela vai ficar o resto da vida dela rotulada e a gente não pode permitir isso. E como eu te disse, o bom professor conhece a criança dele no ambiente dele. Ele não precisa ficar sabendo o que tá acontecendo, se a criança vier contar alguma coisa, ele pode dar apoio, ele pode dar ouvido se ele achar que precisa de uma informação a mais, às vezes pode até acontecer, mas eu tomo muito cuidado com essas questões entendeu? (S4).

O referido sujeito esclarece no discurso abaixo que para que o educador saiba conduzir a situação diante das informações recebidas sobre o contexto de vida da criança e que tais informações requeiram alguma atitude deste, é necessário que a ética esteja presente em sua formação e, conseqüentemente, em sua prática:

[...] é importante que o educador tenha informações sobre a vida da criança. Na verdade, eu acho que não é tudo que a gente precisa informar pra o professor não, a não ser que fosse um professor muito bem eticamente formado para lidar com a situação [...] (S4).

O caso descrito abaixo comprova a importância de uma prática embasada pela ética com que o educador conduz as suas intervenções, visto que um despreparo na sua atuação poderá repercutir não apenas no período de formação de hábitos e desenvolvimento da criança, mas também a longo prazo, principalmente, quanto ao aspecto emocional e as atitudes deste futuro adulto:

Eu tenho uma aluna que a mãe dela está presa, ela é presidiária, e ela convive com a vó e a vó é quem vem trazê-la todos os dias. Aí teve as férias e quando iniciou o primeiro dia de volta as aulas ela já estava aqui na escola, a menina, mas nesse dia eu cheguei atrasada e todas as crianças já estavam na sala me esperando, aí quando eu cheguei na sala, que eu fui entrando, aí todos gritaram: tia a vó da margarida [pseudônimo] tá presa também. A mãe já estava né e agora a vó (Sujeito 06).

4.2. O cuidar-educar a criança na creche/pré-escola: a inseparabilidade do ato

Os educadores defendem que a principal função da creche e da pré-escola é a ação do cuidar e do educar, entretanto visualizam tal ato de forma inseparável, em que um acontece ao mesmo tempo em que o outro, como coloca o Sujeito 03 concebendo que o alcance deste transfere a visão de assistencialismo para um sentido pedagógico da ação:

Eu acho que cuidado ele está muito vinculado com a educação, porque a gente vê que o cuidado envolve coisas aparentemente muito simples que fazem parte da nossa rotina, mas que não deixam de ser cuidado, como por exemplo, acompanhar a criança e orientá-la no momento da sua higienização, na sua higiene pessoal, no momento que ela faz xixi, que ela

faz cocô, no momento em que ela vai lavar sozinha as suas mãos, e nem por isso a gente tá deixando de educá-la da mesma forma (S2).

Eu posso desenvolver uma atividade que eu chamaria de pedagógica e promover o cuidado ao contar uma história pra um grupo de crianças sobre o cuidado, certo? E eu posso levar as crianças para uma refeição com mais ou menos consciência educacional, porque eu estou educando neste momento e eu estou cuidando (S4).

Nesse sentido e de acordo com a fala abaixo, percebe-se que a realização do banho é concebida como um momento de cuidado e de educação, especificamente a educação em saúde, em que a criança não recebeu apenas um banho, e sim, aprendeu durante o banho a identificar as partes do corpo, ou seja, deixa de ser uma ação meramente assistencial para uma ação pedagógica. Nesta prática o educador valoriza o ato de provocar a fome da descoberta e não de dar as respostas prontas:

Se eu tô dando um banho nos meninos e eu lavo a cabeça, eu fico mostrando ou meio que ajudando eles a descobrirem que no banho tem que lavar a cabeça [...] aqui não, a gente vai descobrir junto, eles vão descobrir com a gente também (S1)

Tal reflexão não desvaloriza a importância do estabelecimento de normas e rotinas que proporcionam a organização da instituição e do processo de trabalho, mas evidencia a importância de metodologias que estimulem o indivíduo enquanto sujeito que está se desenvolvendo não apenas fisicamente. Mas, imaginemos se uma daquelas crianças tem habilidade para a música, por que não pensar em transformar essa rotina, passando a criança de mero ouvinte para uma participação ativa, livre para manifestações artísticas, por exemplo.

No que se refere as brincadeiras, estas são destacadas pelos educadores como uma forma de promover o desenvolvimento cognitivo e motor da criança, de acordo com o que afirma o Sujeito 05: “porque a criança ela gosta muito de brincar e na pré-escola, através das brincadeiras, ela vem desenvolver o intelectual, desenvolver a coordenação motora e as nossas atividades são todas voltadas nesse foco, pra desenvolver a criança”, e o Sujeito 08:

[...] desenvolver as habilidades deles, porque não é só porque é pequenininho que é só brincar, não, a gente também vai desenvolver várias coisas nele, através das brincadeiras, através de participar na sala, envolve a escrita, a coordenação motora, várias coisas a gente desenvolve nele por meio do brincar [...] (S8).

A brincadeira tem uma função lúdica que estimula a imaginação da criança. Por meio do brincar é que a criança vai significar e ressignificar o real, tornar-se sujeito e partícipe. Ao brincar, as crianças exploram e refletem sobre a realidade e a cultura na qual vivem, incorporando-se e, ao mesmo tempo, questionando regras, papéis sociais e recriando cultura (BRASIL, 2013b).

A interação social e as brincadeiras também foram citadas como estratégias para articular o cuidar-educar e para identificar a singularidade da criança, o que é comprovado pelo Sujeito 11 ao contar que “quando a gente tá na sala, a gente tem habilidade pra perceber o jeito das crianças, as diferenças, pela fisionomia, pelas brincadeiras, pela conversa” (Sujeito 11) e na fala abaixo:

[...] nosso foco maior hoje de acordo com as diretrizes curriculares de educação infantil, que é justamente as brincadeiras e as interações que é o nosso foco maior e por meio delas é que a gente consegue articular o cuidar e o educar [...] (S2).

Em contrapartida, um dos educadores salienta que sendo o brincar seu principal instrumento de trabalho, as pessoas desmerecem a importância do trabalho desenvolvido na instituição de educação infantil.

Algumas pessoas não dão a credibilidade ao trabalho aqui na creche e na pré-escola, o valor necessário, acham que eles vêm só pra brincar. E não sabem também a importância do brincar (S15).

Uma escuta qualificada e um olhar sensível foram citados pelo educador como sendo essenciais para identificar o que se passa com a criança além do que está evidenciado fisicamente. Assim, tais abordagens caracterizam o uso de tecnologias leves na prática do cuidar-educar, o que representa uma atenção humanizada e integral à saúde da criança; o educador infantil também menciona que a criança expressa seus sentimentos ou seus sofrimentos de forma mais natural por meio do lúdico e da brincadeira.

[...] a escuta do educador ela é essencial porque muitas vezes uma criança está passando por maus tratos, aí ela começa a apresentar um comportamento diferente, aí você não vai perceber se você não tiver esse olhar sensível [...] no momento da nossa roda de conversa eles verbalizam muita coisa por meio do lúdico [...] com o brinquedo, com a massa de modelar eles reproduzem o que estão vivenciando; então eu vejo assim, que a dificuldade deles é expressa dessa forma. Então assim, é essencial

que a gente tenha esse olhar, de observação mesmo, de escuta (Sujeito 02).

Nesse contexto, a fase da educação infantil deve assumir o cuidado e a educação, valorizando a aprendizagem para a conquista da cultura da vida, por meio de atividades lúdicas em situações de aprendizagem (jogos e binquedos), formulando proposta pedagógica que considere o currículo como conjunto de experiências em que se articulam saberes da experiência e socialização do conhecimento em seu dinamismo, depositando ênfase na gestão das emoções; no desenvolvimento de hábitos higiênicos e alimentares; na vivência de situações destinadas á organização dos objetos pessoais e escolares; na vivência de situações de preservação dos recursos da natureza; no contato com diferentes linguagens e não apenas pelo desenvolvimento da prontidão para a leitura e escrita (BRASIL, 2013a).

O cuidar também aparece como uma atitude que necessita de afeto para ser realizada, devendo permear todas as ações que direta ou indiretamente envolve as crianças, como menciona o Sujeito 04:

O jeito que o educador organiza a sala, o horário das crianças, tudo isso pode ser um componente do cuidado. Eu costumava sempre brincar em muitas formações que eu já dei, que tinha uma música, que fala assim 'quando a gente gosta é claro que a gente cuida'. Então que cuidar é esse? É essa atenção que você dar pra todas as atividades que englobam a criança. (S4).

Na fala dos sujeitos o cuidado com a criança está associado há um sentimento de responsabilização e afeto pela criança, principalmente por ser uma fase de formação; entretanto, o educador revela que o cuidado é interpretado pela sociedade como um ato que não precisa de conhecimento para ser executado, o que remete a visão de um cuidado estritamente assistencialista, desvinculado do educar:

Cuidar de uma criança é uma responsabilidade muito grande, porque a gente tá lidando com a vida que está em processo de formação né, a formação de cada criança até os seis anos de idade, então é uma grande responsabilidade. É um trabalho muito sério e é uma pena que as pessoas não conseguem visualizar a seriedade dele. Ainda tem pessoas em pleno século XXI que acha que qualquer pessoa pode cuidar, porque acham que é uma espécie de babá (S2).

Em um dos momentos, a enfermagem é citada como uma profissão que, assim como a pedagogia, tem sua prática caracterizada pelo cuidar e educar; fato

este que, segundo o educador infantil, é responsável pela falta de reconhecimento destas categorias. Embora defenda que tal prática vai além da dimensão técnica é preciso lutar pela visibilidade da profissão:

A pedagogia e a enfermagem trabalham muito com o cuidar e o educar, por isso que muitas vezes não é reconhecida, mas precisa de um reconhecimento tanto quanto de um médico. A prática do professor e do enfermeiro vai muito além de uma atividade ou de um procedimento, mas a gente luta e vive numa sociedade ainda muito tradicional e preconceituosa (S2).

No campo da Enfermagem, o cuidar é percebido como um processo mais abrangente, que se destaca tanto por suas bases humanísticas e holísticas quanto pela articulação da ciência, arte e afeto, ou seja, o cuidado é descrito como um momento de encontro e de troca sob duas dimensões primordiais, ou seja, a dimensão instrumental ou técnica e a dimensão afetiva (GOMES, 2004).

O educador infantil afirma que a produção do cuidado é dada a partir da integração dos aspectos biopsicossociais, revelando uma visão holística do sujeito que receberá os cuidados; além de que, defende que para cuidar de uma criança é preciso estudar, visto que envolve a formação de um indivíduo:

[...] o educador infantil vai justamente atuar de uma maneira que ele consiga inserir no ambiente o pedagógico, que seria essa educação, e o cuidado, é sempre articulando assim: a formação humana, os fatores emocionais, o psicológico [...] E é justamente por isso que a gente tem que estudar bastante. Aí as pessoas questionam 'mas o que o pedagogo estuda tanto?', justamente porque você não pode dar conta de uma criança sem preparação, não vai ser uma simples recreador, não, não é isso, são vários aspectos que tratam da formação daquela criança né (S2).

Nesse sentido, Gomes (2004) aponta que o cuidado à criança em creches precisa ser revisto, visto que é indispensável que se distinga o simples procedimento técnico do verdadeiro cuidado. Enquanto o primeiro atende unicamente ao bem-estar físico, o segundo vai além. Para executá-lo, é indispensável perceber a criança como agente social em processo de crescimento e desenvolvimento, pertencente a uma família, possuidora de uma trajetória de vida e integrante de um contexto social.

Sob essa ótica, utiliza-se cada instante, cada ação, cada contato, para proporcionar à criança estimulação visual, olfativa, gustativa, tátil, auditiva, bem como proporcionar sua socialização. Assim, o educador precisa ter conhecimentos

técnicos e científicos para explorar o imenso cabedal de potencialidades de cada criança (GOMES, 2004).

Fazendo uma analogia com a integralidade do cuidado na perspectiva de uma visão holística, ressalta-se no discurso abaixo que, embora os educadores reforcem a necessidade de integrar o cuidar e o educar para dar sentido pedagógico à prática do educador infantil em contraposição ao caráter assistencial; reconhecem que na prática a hierarquia profissional entre os educadores que acompanham a criança na sala de aula pode revelar uma visão fragmentada da atenção à criança, o que pode ser inferido quando o sujeito coloca que o professor cuida da parte da educação, conotando o cuidar da cabeça à aprendizagem, enquanto que os auxiliares de sala, identificados pelo sujeito como educadores de apoio, restringem-se aos cuidados com o corpo da criança.

[...] historicamente se vê a necessidade de integrar o cuidado e educação. Embora que, existe uma concepção ainda muito errada, em muitos lugares, de que as ações de educação seriam aquelas que o professor cuida da cabeça das crianças e as ações de cuidado seriam aquelas que educadores de apoio cuidam do corpo da criança (S4).

As auxiliares ficam responsáveis mais por limpar, oferecer o alimento, levar ao banheiro; já as professoras ficam responsáveis pelo trabalho pedagógico (S10).

A fala dos educadores evidencia o cuidar e o educar como a principal função a ser desenvolvida na educação infantil, ao afirmarem que um acontece no mesmo momento que o outro e que não tem como separar uma ação da outra.

[...] pois é, a gente da educação infantil, seguindo orientações das diretrizes, não consegue conceber a educação nesse primeiro momento da criança ou da primeira infância desatrelada do cuidado, não tem como fazer uma coisa separando 'isso eu vou educar', 'isso eu vou ensinar' e 'isso eu vou cuidar'; é meio que misturado né, não tem como ser diferente, até porque eles ainda não têm autonomia pra saber se tão sujos, se precisam de um banho (S1).

Fica claro que os educadores não concebem a realização do cuidado separado do ato de educar, como, por exemplo, ao alegarem que durante a realização dos cuidados de higiene aproveitam este momento para explicar a anatomia do corpo:

Eu não consigo separar o cuidar do educar, porque eu acho que se eu tô dando um banho nos meninos e eu lavo a cabeça, eu fico mostrando ou meio que ajudando eles a descobrirem que no banho tem que lavar a

cabeça, que pra lavar o cabelo não é com sabonete é com shampoo, que a gente faz cocô e limpa o bumbum, que a gente tá ensinando que se fizer cocô antes de tomar banho é bom limpar (S1).

Destaca-se que na perspectiva da educação para a saúde, o banho é um cuidado importante que possibilita à criança tornar-se, gradualmente, autônoma e independente, aprendendo a cuidar do seu próprio corpo, identificando suas partes, suas funções, conhecendo-se. Além disso, é o momento em que algumas regras começam a ser trabalhadas, como a necessidade de trocar a roupa quando está suja (CADETE; MARTINS; VASCONCELOS; XAVIER, 2002).

Ainda no que se refere ao cuidado da criança na creche/pré-escola, o educador deixa claro o seu despreparo referente a habilidades que demandam conhecimento quanto aos primeiros-socorros, evidenciando que desconhecem até mesmo as manobras a serem realizadas em caso de uma criança ficar engasgada, reconhecendo que esta situação pode ser comum neste ambiente, principalmente por ser uma fase de descoberta:

[...] porque também a gente não sabe fazer os primeiros-socorros e coisas simples pra fazer mesmo a gente não sabe; às vezes eles engolem um objeto, mesmo que seja pequenininho, mas eles podem engasgar né! E o que acontece muitas vezes é que quando acontece uma situação assim, um acidente no caso, aí a mídia penaliza o professor. Quando a gente sabe que na realidade muitas vezes ele é vítima de todo um sistema! (S2).

[...] a gente tá sempre ali, porque eles não têm muita noção do perigo né, de se machucar, de machucar o colega, e às vezes quando até acontece alguma coisa a gente fica meio sem saber o que fazer, porque a gente não tem aquele preparo né. Porque uma coleguinha se cortou e a gente ficou maluquinha, ou então se machuca, machuca o joelho, a gente fica meio sem saber. Teve um dia aí que o menino teve uma convulsão, aí foi na hora de ir pra casa já. Às vezes né, tem coisas mais sérias, uma febre, um cocô muito né? Aí a gente fica sem saber o que fazer né? Aí liga pra mãe vim buscar (S8).

Eu acharia ótimo se viesse um profissional de saúde aqui, porque se acontecesse um acidente aqui eu nem sei direito o que fazer [...] imagina um problema mais grave, porque um problema de queda a gente consegue resolver, mas um problema mais grave, se um menino se engasgar. A gente não sabia como agir né? Aí se for dentro da escola a mãe pode até culpar a gente! A gente não tem noção nenhuma, eu acho assim, que pelo menos um curso de primeiros-socorros (S9).

Segundo Vieira e Barroso (2004) uma das formas para minimizar esses riscos é através da promoção de ações de educação em saúde para mobilizar pessoas da família e profissionais na prevenção de acidentes infantis.

As falas abaixo ratificam a falta de preparo dos educadores para atuar de maneira adequada e em tempo oportuno em caso de acidentes na creche/pré-

escola, visto que o discurso do sujeito demonstra que sua conduta restringe-se a procura por um serviço de emergência, o que evidencia o desconhecimento de procedimentos básicos que poderiam ser realizados neste espaço, além de que, pressupõe uma ausência de assistência caso não haja um serviço de emergência nas proximidades ou que não se tenha a disponibilidade de um transporte no momento.

Se acontecer um acidente eu corro e digo “diretora, vá lá!”. Eu me tremo logo. Aqui tem muito risco de queda, porque é uma casa adaptada. Têm esses degraus, essas declinações aí. Eu fico apavorada quando eles estão correndo no recreio ali. Eu tento orientar ‘andem, não corram’, ‘corra em casa, que a mamãe leva pra o médico, mas aqui, a tia não tem o que fazer’, aí eu sempre aviso ‘não corram, que se correr e cair, eu deixo vocês aí’ (S13).

[...] a alimentação é a primeira preocupação que a gente tem, a segunda são os acidentes e as brigas. Nas brigas geralmente tem muita mordida. Aí o pessoal fica com medo que eles se agridam, mordam e se machuquem. Não só isso né. Acidentes mesmos, em que a criança cai, leva um tombo, fratura um braço, como um caso que nós tivemos aqui, aí você tem que correr pra uma emergência, quando coisas desse tipo acontecem (S4).

[...] questão do engasgar, eu não sei como é que desengasga. Acho que fico nervosa, fico tensa quando eu vejo. A gente teve um caso há uns 15 dias, que uma aluna realmente correndo, cortou a cabeça. Quando a professora veio trazer, da outra sala, já veio branca. Aí a gente pega a ficha da criança, liga pra os pais informando o que aconteceu e leva para o pronto socorro aqui perto [...] (S7).

A gente sempre leva pra o pronto-socorro quando a criança cai feio sabe. A gente dá uma olhada geral, faz um primeiro atendimento [risos], se tiver carro na hora, a professora deixa os meninos dela com quem fica e vai. A gente nunca teve nenhuma preparação nessa questão de primeiros socorros, a gente usa a prática dos nossos filhos, sou casada com um policial, aí ele sabe como fazer, pressiona aqui, outras o marido é bombeiro, é a vivência de casa (S16).

Desta forma, muitos dos cuidados prestados são baseados no senso comum, o que inviabiliza o cuidado integral e sem riscos de iatrogenias às crianças (ALVES; VERÍSSIMO, 2007), visto que as informações, para os educadores infantis acerca dos cuidados com a saúde, são adquiridas em breves treinamentos iniciais, resultando em uma aprendizagem de forma artesanal e comumente pela observação da prática de outros educadores (MARANHÃO, 2000).

Para efeito comparativo, um estudo que relacionou conhecimentos e práticas de educadores de creche relativos à anemia, concluiu que a grande maioria partia do senso comum, associado às suas próprias concepções de mundo, costumes, valores e sedimentos nas experiências vivenciadas; apresentavam conceitos errôneos e prejudiciais à prestação de cuidados e expunham dificuldades na

construção de parcerias entre educadores, familiares e profissionais de saúde, afetando de modo global o bem-estar infantil (TEIXEIRA; FUJIMORI, 2006).

Diante de tais resultados, faz-se necessário destacar que a nutrição constitui um requisito básico para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a creche representa um equipamento social importante para a promoção da saúde da criança e pode ser uma aliada das unidades de saúde no combate às principais deficiências nutricionais, como a desnutrição e a anemia, que exercem efeitos deletérios à saúde da criança (TEIXEIRA-PALOMBO, 2005).

Salienta-se que a orientação relacionada à alimentação infantil é realizada desde o atendimento à gestante no pré-natal, com o incentivo do aleitamento materno, e em seguida no acompanhamento da saúde da criança, em que são realizadas orientações sistemáticas sobre a importância do aleitamento materno exclusivo nos primeiros seis meses e também sobre a importância da introdução adequada e oportuna da alimentação complementar, assim como a melhor forma para se alimentar uma criança e como lidar com os principais problemas na infância, como a falta de apetite, constipação intestinal, desnutrição, anemia, entre outras (TEIXEIRA-PALOMBO, 2005).

Retomando a atuação do educador frente a um acidente, destaca-se que, mesmo não se sentindo preparado para realizar uma conduta apropriada de acordo com o que pode ser realizado em casos de acidentes, no espaço da creche/pré-escola, depreende-se que o educador infantil também relaciona a estrutura física da instituição infantil com a segurança da criança neste ambiente.

A gente volta o olhar o tempo pra criança, principalmente no maternal. Sempre que alguma coisa na estrutura está oferecendo risco às crianças, a gente ajeita. A SEMED é difícil! (S19).

[...] a questão da estrutura da instituição é muito importante, porque, no caso, em sala de aula você tem que ter um ambiente limpo, que dê segurança, e, também envolve a questão de banheiro, pátio, refeitório. Então, é necessário que tenha essa estrutura física pra poder funcionar algo melhor pra saúde da criança [...] com as crianças é mais mordida, queda, elas caem bastante, por isso que eu falei a questão da atenção né? Por que quando eles estão correndo e brincando no pátio, aí eles escorregam, aí tem a questão de machucado [...] (S3).

A gente sempre fica de olho, se tá na sala, sempre de olho. Se tá na sala a professora tá na rodinha, mas eu tô ali na porta observando a movimentação, se um quer beber água, se um quer fazer xixi, vai, leva, acompanha. Na hora do recreio ficam todas as auxiliares e as professoras

olhando o recreio deles pra tomar todo o cuidado pra que não aconteça acidente. Sempre tem algum perigo na estrutura, tanto é que a estrutura dessa creche não é apropriada, a gente faz o que pode. Vamos dizer assim, a gente faz o que pode pra funcionar mais apropriado não é? (S9).

O desenvolvimento de ações voltadas à prevenção de acidentes no cotidiano da prática pedagógica é construído a partir do conhecimento e das capacidades prévias adquiridas, somados à busca contínua por conhecer e apreender, aprender e ensinar, descobrindo junto com as famílias e comunidade quais são os melhores caminhos para a redução de danos à saúde das crianças (VIEIRA et al., 2009).

Dessa forma, destaca-se que, embora o educador assuma seu despreparo diante de um acidente com uma criança dentro da instituição infantil, ele expressa a necessidade de uma formação básica para desenvolver uma prática qualificada, assim como, uma preocupação com a segurança da criança, conforme mencionam os sujeitos abaixo:

Uma vez a gente até fez até um curso lá na universidade estadual, mas foi bem rapidinho, pra orientar a gente sobre esses primeiros socorros [...] demonstraram uma situação em caso de convulsão, aquelas coisas básicas pra gente fazer na hora. Aí até que eu lembro no caso de convulsão, manter sempre a calma, segurar a cabecinha pra não bater no chão. Mas a gente precisa de um curso mesmo, pra saber o que fazer, pra ter uma atitude na hora (S6).

[...] a gente sempre tá observando pra poder evitar acidentes, evitar que eles vão sozinhos pra lugares que não possam ir, como cozinha ou pra o banheiro. Os maiorzinhos até vão porque já tão adquirindo independência, mas os menorzinhos, a gente sempre tá acompanhando eles irem; nem sempre dá pra levar até o banheiro, mas fica olhando, acompanhando de longe, principalmente aqueles que ainda usam fralda. Sempre observar porque tem os fujãozinhos (S7).

No início do ano teve um pessoal que veio aqui, da saúde do trabalho, aí deram umas palestras pra gente, mostraram uns vídeos, foi pra o professor, pras crianças não. A gente até falou que seria importante a gente saber como lidar com a questão de primeiros socorros com a criança, porque sempre acontece alguma coisa, aí a gente fica preocupado, 'meu Deus se acontecer alguma coisa, aí a gente leva pra esse mini pronto-socorro que nunca funciona né', aí é complicado, aí a gente tenta falar com a mãe, aí às vezes não consegue, e o tempo passando (S8).

Como eles são muito pequenos, a gente olha muito a questão deles não passarem pra cozinha. Se tiver algo, tipo um pau, que eles possam tropeçar, a gente tenta tirar, apesar de que a estrutura da escola não é muito boa [...] a estrutura daqui não é boa, tem a questão do mato [...] pela lei, a salinha de dois anos são doze crianças, um professor e dois auxiliares, mas aqui a gente não tem professor pra os de dois anos, tem só um auxiliar. Na salinha de 3 anos, deveríamos ter um professor, dois auxiliares e 18 crianças, mas a gente tem quase 20 crianças, um professor e um auxiliar, porque não tem pessoal [...] a segurança aqui é complicada, porque tem salas que não tem auxiliar, aí é o professor pra tudo. Aí a criança vai ao

banheiro, o professor fica olhando, mas se a criança fizer cocô, ele vai ter que sair [...] tem a estante e tem o armário, a gente tenta colocar as coisas cortantes no armário, porque eles sobem na estante [...] (S9).

Em caso de engasgo, eu mesma, eu botaria a mão na boca da criança e puxaria. No curso, eles orientaram de que não pode bater, se não pode descer pra o pulmão, vomitar, só que foram poucas pessoas que fizeram esse curso. A gente tá com uma equipe nova do concurso de 2005, elas praticamente chegaram e foram colocadas na escola. Então, a gente recebeu muita gente despreparada, que foi pegando no dia a dia. Então eles não têm um preparo pela secretaria. Eu acho que eles deveriam ter um mês de preparação antes de mandarem pra escola. A gente tem uma responsabilidade muito grande, porque a gente, mãe, em casa com 1, 2 filhos, já ocorre acidente, imagine aqui! A secretaria não dá suporte nenhum pra gente! (S10)

Em casos de acidente assim, tipo engasgo, eu ligaria pra o socorro, o SAMU. Às vezes, o povo pega o carro e vai nesse postinho aqui. Ninguém nunca veio aqui fazer isso, falar de engasgo. Eu acho que se tivesse um curso de primeiro socorros para todas as escolas seria excelente (S15)

Ainda nesse contexto da segurança das crianças quanto à prevenção de acidentes, chama atenção o fato de que grande parte dos educadores afirma que não realizam a administração de medicamentos na instituição de educação.

Quando a criança tá doente a gente comunica a mãe pra que leve ao médico para fazer o tratamento, porque às vezes, a mãe quer trazer a criança doente, aí a gente breca. Porque a gente não medica (S13).

Logo que eu entrei na SEMED em 2003/2004, a gente teve uma capacitação com o pessoal do SAMU, também só foi essa vez. Aí eles disseram ‘você são professoras, não são enfermeiros, nem são médicos, então, vocês não podem medicar’ [...] (S10).

Em consonância com esse aspecto, depreende-se ao longo dos discursos que os educadores citam principalmente a via oral quando enfatizam que não realizam a administração de medicamentos. Situação esta que acontece, sobretudo quando as mães levam algum medicamento que a criança está fazendo uso, especialmente quando se trata de mais de uma criança.

Aí às vezes, as mães dizem “ah, Joana [pseudônimo], ele tá tomando amoxicilina [...] aí eu converso com elas, digo ‘olha, se for só uma criança, dá pra gente resolver, agora, quando são 5, 6, cada uma num horário. Então, a gente sabe, tá tomando amoxicilina, a gente sabe que são 7 dias, de horário, então, a gente diz deixe ele em casa, só avise a gente’ (S10).

Entretanto, o sujeito abaixo descreve o uso da rifocina como prática no caso de acidente que alterou a integridade da pele e que, tal medicamento é comprado pelos próprios educadores. Esta prática evidencia que os educadores não

compreendem os medicamentos de uso tópico, como a rifocina, como um fármaco que pode oferecer riscos à saúde semelhantemente aos demais fármacos administrados por outras vias.

Quando é questão de cair, às vezes rala o joelhinho, a gente sempre lava, se tiver a rifocina, a gente limpa com algodão, deixa limpinho e informa ao pai [...] 'a rifocina até acabou, a gente tem que comprar'. O dinheiro sai do nosso bolso, não pode ser com a verba da escola. Quando a gente lembra, a gente compra; quando não, só lava com sabão neutro, e quando o pai chega, a gente informa (S7).

Ademais, demonstram o desconhecimento quanto às indicações da rifocina, visto que a literatura atual não mais preconiza o referido medicamento nos casos em que a integridade da pele foi prejudicada.

A rifocina é um bactericida que pode ser injetável ou de uso tópico. A utilização tópica é indicada para o tratamento de infecções de superfície causadas por micro organismos sensíveis a rifamicina, ou seja, ferimentos infectados, queimaduras, furúnculos, dermatoses infectadas, curativos de feridas pós-cirúrgicas infectadas (Katzung, 2010 apud Silva; Almeida; Rocha, 2014).

Ainda quanto à prática frente à ocorrência de um acidente que lesiona a integridade da pele, torna-se mais agravante a situação descrita abaixo, visto que o educador assume o uso de medicamento, embora expresse dificuldade até para identificar o nome deste:

Eu vou te falar sinceramente, quando acontece um acidente eu não sei bem como agir [...] Aqui acontece muita queda. Na hora a gente pensa em limpar, se for um ferimento que esteja sangrando, limpar com água, colocar um remedinho, tem um remédio lá atrás, eu não sei direito o nome dele [...] (S9).

4.3. Educação infantil: espaço social para promover crescimento e desenvolvimento saudáveis

O desenvolvimento físico, psíquico e social do ser humano depende em grande parte dos cuidados recebidos especialmente nos três primeiros anos de vida. Quando estes cuidados faltam, são inadequados ou insuficientes, as consequências podem ser decisivas e de longa duração, determinando a capacidade de aprender, de se relacionar e de regular emoções (ALVES; VERÍSSIMO, 2007).

Uma importante justificativa para estes princípios é o desenvolvimento da estrutura neurológica humana, visto que ao nascer a criança já tem a maior parte

das células cerebrais de que precisará para o resto de sua vida, porém a maioria dos 100 milhões de neurônios ainda não estabeleceram sinapses. A principal tarefa do desenvolvimento cerebral inicial é a formação e o reforço dessas ligações. As conexões entre os neurônios se formam à medida que a criança em crescimento experimenta o mundo que a cerca e estabelece ligações com os pais, com os membros de família e com os outros cuidadores. Isto significa que, quanto mais estimulada for a criança, mais ligações entre os neurônios ela terá (UNICEF, 2001).

Nesse sentido, os estímulos necessários são os mais variados possíveis, como o olhar, o acariciar, o toque, o abraço, a música, o falar com o bebê, o cantar, o ler para a criança, o brincar, o aconchego, a atenção, os atos de alimentar, de orientar nas questões de higiene, de colocar a criança para dormir; aproveitando todas as oportunidades para essa estimulação (SHORE, 2000).

Desta forma, o cuidado de alta qualidade é aquele capaz de gerar confiança e vínculo afetivo entre a criança e o adulto; utilizando a interação e a brincadeira para estabelecer vínculos afetivos significativos e essenciais ao bem-estar infantil, ou seja, a qualidade das experiências infantis deve permitir-lhes ter confiança em si próprias, sentirem-se aceitas, ouvidas, cuidadas e amadas, de forma a lhes oferecer segurança para sua formação pessoal e social, para o desenvolvimento de sua identidade e conquista da autonomia (SHORE, 2000).

Um dos sujeitos revela que a direção da escola permite o excesso de crianças em relação ao que é preconizado pelas diretrizes, o que vem a acentuar a limitação da autonomia das crianças, assim como, o seu desenvolvimento motor.

Na educação tem lei que a criança tem que ter tanto de espaço, considerando o mobiliário, a presença do adulto, pra que se tenha o máximo de 16. Mas aqui se você der uma volta na escola você vai ver que tem três tamanhos de sala, então teoricamente nenhuma teria a mesma quantidade. Mas a direção pensa totalmente o contrário, elas acham que a gente tem que atender uma máxima de quantidade, inclusive naquela questão sai um entra outro, independente do período. Eu acho que isso não tá certo, porque essa questão atinge tanto ao grupo quanto á criança que tá tendo seu direito lesado. Porque se nós temos uma lei que determina que cada criança tenha tantos metros quadrados e no nosso caso é 01 m², eu tenho que ter pelo menos uma sala de 20 m², que já tem ali 3m dos dois adultos, sendo 1,5m pra cada. Então a gente não tem essa preocupação, eu falo a gente porque eu também tô no meio de uma educação infantil que tem que ser diferente do assistencialismo mesmo (S1).

Quando a relação número de criança por educador é apontada como um problema que dificulta o alcance do objetivo concreto da educação infantil,

pressupõe-se a caracterização da violência estrutural ou institucional, atingindo aspectos éticos do cuidar da criança (BRASIL, 2002).

Portanto, nas instituições de educação infantil é imperativo focalizar e potencializar as questões referentes à qualidade do cuidado e da educação, visto que as finalidades da Educação Infantil devem extrapolar os conceitos de ensino e aprendizagem, pois envolvem a criança em uma concepção de educação integral, cuja preocupação não se limita à alfabetização, mas, também, aos fatores envolvidos nessa etapa, ou seja, fator biológico, psicológico e social (OLIVEIRA, 2013).

Acrescenta-se, ainda, a esses fatores a família e a comunidade na qual estão inseridas a criança e a creche ou pré-escola. Tal observância é inerente ao educador e aos profissionais da equipe interdisciplinar; não há educação integral sem cuidado integral e não há cuidado integral sem o envolvimento dos diferentes profissionais, com trocas positivas de saberes e práticas (OLIVEIRA, 2013).

Assim, depreende-se que o educador infantil defende seu papel como relevante no processo de formação das habilidades da criança, ou seja, que também é responsável pelo desenvolvimento da criança em diferentes áreas, desde o motor ao emocional, como colocado pelo Sujeito 03: “Na minha visão a função é assim, além do cuidar tem a função do pedagógico, que é muito importante né? Porque a criança aqui precisa se desenvolver em outros campos, em outras áreas, precisa ser estimulada mesmo aqui”. Tal afirmação é ratificada pelo discurso abaixo, no qual o educador situa a creche como o segundo grupo social da criança:

[...] a gente é um profissional da educação, aí a gente tem que ter muito claro as atribuições do educador infantil, que é desenvolver, no nosso caso que é pequeno, são as habilidades todas né. A gente sabe que, ainda mais em creche, é a primeira vez que eles saem de casa, então a creche passa a ser o segundo grupo social que esses meninos e essas meninas adentram, então é meio que estabelecer as regras, de desenvolver o conceito ‘do que eu posso’, ‘do que eu não posso’, ‘como é que eu posso’, ‘por que eu não posso’ [...] a nossa função enquanto educador infantil é auxiliar nesse momento, de ver um outro mundo além do mundo familiar (S1).

Assim, sendo a creche corresponsável pelo crescimento e desenvolvimento da criança, ressalta-se que na prática os educadores destacam o acompanhamento do desenvolvimento da linguagem, motor e social como uma forma de avaliar a evolução da criança durante um ano de convivência:

[...] quando eles voltaram das férias, os que não falavam já tinham um pouquinho da fala, os que não corriam já estavam começando a correr, os que não pulavam já começavam a pular. Então a gente vai percebendo especificamente no susto, mas eu tento buscar, eu acredito muito no sóciointeracionismo, porque eles só aprendem a se defender no confronto, quando eles enfrentam (S1).

Neste contexto, salienta-se que o desenvolvimento da linguagem e da oralidade na criança foi citado, na maioria dos discursos dos educadores, como um dos objetivos a serem alcançados e como um dos principais aspectos de avaliação do desenvolvimento da mesma.

[...] a professora com crianças de dois anos de idade, ela estabelece que naquele ano ela tem como objetivo desenvolver a oralidade, ensinar a criança a conversar (S4).

[...] a gente também trabalha muito a oralidade, a gente canta muito com eles, canta bastante (S8).

O desenvolvimento da linguagem e da oralidade também é evidenciado na prática dos sujeitos abaixo:

[...] por meio de anotações, de relatórios, eu consigo discernir uma criança que chegou aqui meio acanhada, mas que já consegue se comunicar [...] se em pouco tempo eu consigo notar isso, imagina o acompanhamento de um ano. Aí com o desenvolvimento da oralidade, eles conseguem se comunicar com mais facilidade [...] (Sujeito 02).

Eu tenho percebido uma evolução em termos da fala, a linguagem; logo no começo do ano não entendiam e não se expressavam direito e agora o que eles falam eu consigo entender melhor. E em termos de independência também não tá aquela coisa como antes né, eles tão mais soltinhos, a gente não precisa ficar o tempo todo do lado deles (Sujeito 03).

Também tem a questão da articulação das palavras. Quando eles chegam, às vezes não conversam nada ou, então, ninguém entende, porque não são muito estimulados em casa, então, a gente observa também essa questão do desenvolvimento oral (Sujeito 14).

Quando o sujeito 02 cita que “por meio de anotações, de relatórios, eu consigo discernir uma criança que chegou aqui meio acanhada, mas que já consegue se comunicar” percebe-se que sua prática condiz com o que preconiza a LDB quanto à avaliação da aprendizagem na Educação Infantil. O artigo 31 do referido dispositivo normativo estabelece que, nessa etapa, a avaliação será realizada mediante acompanhamento e registro do desenvolvimento da criança, sem o objetivo de promoção, mesmo em se tratando de acesso ao Ensino Fundamental (BRASIL, 2013a).

Contudo, destaca-se que ao longo das entrevistas com os educadores os mesmos não souberam identificar as etapas do desenvolvimento da criança à luz do conhecimento científico. O que pode sugerir que o acompanhamento e, conseqüentemente, o registro deste desenvolvimento não contempla todos os aspectos que devem ser alcançados para determinada faixa etária.

Nesse sentido, ressalta-se que o educador precisa saber orientar, avaliar e elaborar propostas, isto é, interpretar e reconstruir o conhecimento; deve transpor os saberes específicos de suas áreas de conhecimento e das relações entre essas áreas; conhecer e compreender as etapas de desenvolvimento dos estudantes com os quais está lidando (BRASIL, 2013a).

Assim, percebe-se que muitas práticas ainda são baseadas no senso comum, na experiência materna ou em outras experiências pessoais. Entretanto, destaca-se que alguns educadores ressaltam uma prática influenciada pela contribuição teórica de estudiosos na área; o que demonstra uma preocupação com a qualidade do serviço oferecido:

[...] a gente recebe os meninos quando eles chegam e aí é meio que um momento livre, baseado em algumas teorias que a gente adota, sobretudo nas experiências de teóricos que são referências mundiais de educação infantil e a rede tá meio que se adequando a isso, com todas as dificuldades dela, mas tá se adequando (S1).

Corroborando com esse aspecto, o estudo de Veríssimo e Fonseca (2003b) apontou como problemática a questão do cuidado instintivo em creches, ao afirmarem que, na prática, os educadores de creches veem o cuidado à criança como algo que não demanda habilidades ou conhecimentos específicos, levando em conta o instinto materno natural das mulheres.

Os educadores, principalmente os professores, destacam a interação entre as crianças como um objetivo a ser priorizado por meio das atividades coletivas, denotando uma prática que busca promover o desenvolvimento social da criança no espaço da educação infantil sob a ótica da integralidade do indivíduo. Tal prática é mencionada pelos sujeitos abaixo:

A gente procura proporcionar desenvolvimento, tanto mental, quanto físico, o desenvolvimento completo. Tem criança que chega aqui e não tem noção de letra, de número, de convívio social, pois não convive com nenhuma outra criança e elas saem daqui convivendo com outras crianças, brincando, se socializando e aprendendo coisas necessárias pra ela (Sujeito 09).

[...] na idade de 02 a 03 anos, é mais socialização [...] é juntar, socializar, até porque tem criança que é o raio, gosta de morder, de bater, a gente sabe que é da idade, aí a gente fala pra os pais, mas acontece que muitos não entendem e não sabem falar e a criança acaba apanhando. Aí eu disse 'sabe de uma coisa, vamos tentar resolver aqui', porque parecia que a gente tava dizendo que a criança estava causando problema. Tem alguns de 03 anos que já escreve até o nome, 'coisa que a gente vê em escola particular, mas na pública não'. Além da socialização, tem esse trabalho pedagógico (S10).

Destaca-se que o educador valoriza a roda de conversa como uma abordagem frequente na sua prática, como conta o Sujeito 08 ao colocar que “quando é algum conteúdo que a gente quer trabalhar a gente aproveita a rodinha, por exemplo, a gente tava falando sobre as plantas, aí a gente conversa na rodinha. Outro dia a gente tava falando sobre a higiene bucal, aí a gente conversa na rodinha”. Tal estratégia pressupõe uma relação horizontal entre educador e aluno a partir do encontro entre sujeito-sujeito e não entre sujeito-objeto, o que é muito positivo partindo-se do princípio de que a educação em saúde se constrói a partir do momento em que se constrói um vínculo que possibilita uma troca e não apenas a transferência vertical de conhecimento.

Assim, percebe-se que quando o educador direciona a criança para a convivência em sociedade, ele incentiva a formação de um cidadão e não apenas de um aluno, conforme os educadores expressam: “Aqui é importante porque a partir da pré-escola é que a gente vai trabalhar com eles, pra que eles entendam melhor o meio em que vivem, o ambiente em que vivem, pra que a gente comesse a trabalhar neles a cidadania, a interação com outras crianças” (S5)

[...] a criança aqui na creche ela ganha no sentido de interação, ela começa a perceber que 'a sociedade não sou eu, somos nós' [...] quando a criança frequenta a creche é que ela começa a entender o sistema social de uma forma mais complexa, bem mais complexa né (S1).

[...] tem criança que chega aqui e fica isolada, fica muito na dela, aí com os momentos de interação ela já consegue se relacionar com as outras crianças; muda o processo de visão dos objetos, porque no começo as crianças eram muito individualistas, agora não, pelo menos eles sabem que não é assim e aí a gente tenta preparar pra que eles sejam assim na sociedade (S2).

[...] quando a criança, a partir de um ano e meio, dois anos, já passou da fase de papa, frutinha, enfim, quando já tá lá o pratinho pronto, separadinho, aí ela pega, começa a escolher o que ela quer, ela tá na fase de aprender a prática social, de comer com os talheres né? [...] ela ainda mistura talher com a mão, e aí ela quer comer uma coisa, não quer comer outra, não quer o verde, aí não quer saber da ervilha porque é verde (S4).

Acho que é formar uma criança mais receptiva, cidadã, uma criança, que se o coleguinha mexer, ela saiba ir lá e conversar [...] tirá-la daquele mundinho da família e começar a socializá-la, a conhecer pessoas diferentes, crianças diferentes, mundinhos diferentes, a saber se relacionar com as pessoas. Embora tenham as atividades, é principalmente pra socialização da criança [...] (S11).

A creche educa, cuida, tanto da higiene, da educação, dando banho, proporcionando ambientes de aprendizagem e, assim, nas vivências da gente com eles, porque a gente convive muito. A gente é um reflexo, um espelho pra eles. A gente tem muita coisa pra passar pra eles, pra ensinar, não da área do ensino, do pedagógico, mas também as experiências de vida (S19).

Nesse contexto, a escola que adota a abordagem interdisciplinar não está isenta de sublinhar a importância da relação entre cuidado e educação, que é a de propor a inversão da preocupação com a qualidade do ensino pela preocupação com a qualidade social das aprendizagens como diretriz articuladora para a Educação Básica. Desse modo, tanto a organização das equipes de profissionais da educação quanto à arquitetura física e curricular da escola destinada as crianças da educação infantil devem corresponder às suas características físicas e psicossociais. Esses resultados guardam relação de coexistência dos sujeitos entre si, facilitam a gestão das normas que orientam as práticas docentes instrucionais, atitudinais e disciplinares, mas correspondendo à abordagem interdisciplinar comprometida com a formação cidadã para a cultura da vida (BRASIL, 2013a).

A gente trabalha muito também a questão dos limites, porque eles chegam aqui sem limites, sabe! Aí a mãe até diz 'esse menino lá em casa não guarda os brinquedos, mas aqui não!' Aqui a gente consegue ter autoridade sobre eles. Eles até em casa levam isso, teve uma mãe que disse que jogou lixo pela janela e ele é que corrigiu: 'mãe, lixo é na lixeira!' (S14).

Desta forma, compreender e realizar a Educação Básica, no seu compromisso social de habilitar o estudante para o exercício dos diversos direitos significa, portanto, potencializá-lo para a prática cidadã com plenitude, cujas habilidades se desenvolvem na escola e se realizam na comunidade em que os sujeitos atuam (BRASIL, 2013a).

Nesse sentido, destaca-se que a prática que envolve o cuidado com o outro inclui duas significações básicas, intimamente ligadas entre si. A primeira consiste na atitude de solicitude e de atenção para com o outro. A segunda a de inquietação, sentido de responsabilidade, isto é, de cogitar, pensar, manter atenção, mostrar

interesse, revelar atitude de desvelo, sem perder a ternura (BOFF, 1999), compromisso com a formação do sujeito livre e independente daqueles que o estão formando como ser humano capaz de conduzir o seu processo formativo, com autonomia e ética (BRASIL, 2013a). Além disso, um ato de cuidar envolve o respeito à maneira como vive cada indivíduo, observando suas crenças, valores, costumes e cultura (ERDNANN; MARCELINO; NASCIMENTO; RIBEIRO, 2005).

A autonomia da criança é ressaltada pelos educadores como um aspecto essencial neste período de formação de hábitos e descobertas.

No meio do ano, a gente já começa a observar, 'eita fulano não fazia isso, hoje ele já faz, já tira a roupa', tem uns que não tiravam a roupa no começo do ano, hoje ele já se veste, penteia o cabelo, fica cheirosinho (S8).

O educador abaixo faz uma ressalva o quanto a sua atuação é necessária para direcionar a criança a desenvolver autonomia.

[...] tem que ter uma atenção redobrada por causa da idade da criança, por causa da vulnerabilidade, porque a gente ainda tá ajudando a criança a desenvolver sua autonomia, tem uma série de coisas que ela ainda não tem autonomia [...] a convivência com outra criança amplia a possibilidade de desenvolvimento, as competências, as habilidades da criança. E amplia de uma maneira, que por melhor que seja a família ela não consegue propiciar aquilo que o coletivo propicia, da criança conviver com outras crianças da idade dela, com crianças mais novas, com crianças mais velhas. Uma criança de dois anos que frequenta uma creche ela sabe se virar muito mais facilmente sozinha né, a criança que não frequenta a creche na primeira situação casual ela se gruda no adulto (S4)

A prática relatada abaixo expressa mais uma vez a atuação dos educadores em promover a autonomia da criança, principalmente relacionado com as necessidades básicas e as atividades de vida diária nesse período de formação de hábitos. Destaca-se também que há uma transformação gradual, visto que há uma preocupação com a adaptação da criança neste novo espaço de convívio.

Tem criança aqui que chega sem nem saber tirar a roupa, aí a partir agora a maioria já sabe colocar e tirar a roupa, também comer sozinhos, pegar no lápis (S19).

Aqui a gente se preocupa muito na relação de independência mesmo, vestir-se sozinho, ir ao banheiro, comer sozinho [...] aos poucos a gente vai tirando a fralda, a chupeta e, vai vendo a evolução. Tem criança com dois meses que já deixa a chupeta, aí a gente vai tirando aos poucos, tipo assim, na hora da rodinha, 'guarda a chupeta pra gente poder escutar a sua voz' e

assim eles vão deixando. A gente vai tirando a fralda aos poucos, deixa mais pra dormir. No dia a dia, a gente deixa sem fralda, deixa fazer xixi na roupa mesmo [...] Pra comerem sozinhos, também, em três a quatro meses, eles já estão prontinhos [...] (S10).

A autonomia é fundamental, a questão também de socializar, porque muitas vezes, eles não querem compartilhar, não querem dividir nada, brincam muito sozinhos. Então, eles aprendem a conviver e, também, quando chegam no 2º período, eles estão já lendo. Além da autonomia, porque muitos não sabiam nem pegar no lápis, é a questão da aprendizagem. Então, quando chegam ao 1º ano, ele chega praticamente lendo (S14).

Ainda nesse contexto, ressalta-se que este educador mostra-se totalmente contrário ao uso de mamadeiras e de chupetas, o que evidencia uma prática que promove a saúde bucal e a motricidade oral da criança.

No trabalho multiprofissional o exame da cavidade bucal das crianças deve ser uma atividade de rotina. Assim, médicos, enfermeiros e outros profissionais, ao observarem a presença de lesões nos dentes ou tecidos moles bucais, deverão fazer o encaminhamento formal para o serviço odontológico (BRASIL, 2009b).

Nesse contexto, observa-se que à medida que a criança cresce e desenvolve sua motricidade, a escovação dentária deve ser estimulada a realizá-la de forma autônoma; porém, é importante que seja supervisionada, tendo em vista a necessidade de uma adequada remoção do biofilme dentário. Além de que, deve-se reforçar a importância de utilizar pequena quantidade de dentrífcio, pois a sua ingestão ainda ocorre nessa idade; introduzir o uso do fio dental; orientar quanto à frequência e ingestão excessiva de alimentos açucarados e aderentes; e atentar para a erupção dos primeiros molares permanentes e sua adequada higiene (BRASIL, 2011b).

Nesse sentido, é fundamental que os profissionais dos programas de puericultura participem e disseminem as informações necessárias à promoção da saúde e prevenção de doenças bucais, desenvolvendo um trabalho de proteção à saúde bucal direcionado à gestante, aos pais e as pessoas que cuidam das crianças, visto que o cuidado com a saúde bucal dos lactentes (0 a 24 meses) deve ser iniciado desde os primeiros anos de vida. (BRASIL, 2009b).

Salienta-se, também, como potencialidade na prática dos educadores, a preocupação com a alimentação saudável das crianças, desde a orientação com o uso do copinho para as que ainda estão sob o aleitamento materno até o incentivo à prevenção da obesidade na infância.

Ainda tem crianças de 2 a 3 anos que mamam, aí eu falo pra mãe 'dê antes e dê depois de chegar da escola, não tire! Já a mamadeira, eu digo 'vá tirando'. A gente diz 'não deixe de dar, mas dê no copo, porque aqui nós não usamos mamadeira'. Porque assim tem uns que chegam tão gordinho de comer tanta massa. Aí aqui na escola, é muito suco natural, de polpa de frutas e, às vezes, eles não querem, estão acostumados com o refrigerante, aí dão uma emagrecida, aí os pais ficam preocupados, mas por quê? 'passam a vida toda só comendo massa'. Aí a mãe diz 'como ele está magro'. Aí eu digo, 'olhe, aqui ele come nos horários certinhos, o problema é que antes tinha muita massa'. Aí em outros casos em que a criança está magra, a gente realmente observa para saber se ela está comendo bem; se não tiver comendo direito, a gente já conversa com a mãe. Por exemplo, aqui tem um gordinho que chega tá quadrado. Aí a gente fica tentando educar em relação à alimentação. Ele chega aqui antes de 7h e já chega dizendo que comeu miojo. Algumas crianças é que já sabem comer sozinhas, outras ainda passam o dia todinho tomando gogó, é a mamadeira o dia todinho, aí a maioria a gente educa a comer aqui. (S10)

Embora a produção da autonomia seja citada pela maioria dos educadores como um dos principais objetivos a serem alcançados na formação do indivíduo, depreende-se no discurso de alguns sujeitos que a rotina da creche e da pré-escola também é direcionada por abordagens educacionais que limitam a referida produção, o que deduz uma prática em a criança possa estar sendo vista como um objeto, sendo-lhes impostas as regras e não a oportunidade de escolha:

[...] a gente tem ainda na escola atitudes de ditadura militar, a exemplo do que a gente teve agora quando cantou o hino e como tem na rotina inicial de toda manhã, obrigaram os meninos a ficarem paradinhos, um atrás do outro, sem se mexer, desconsiderando se eles gostam ou não gostam, pra cantar o hino daquela forma que a gente sabe que é pra podar [...] (S1).

A criança quando constrói uma relação com a mãe em que não aceita comer com a mãe, manda na mãe, e se a mãe não fizer do jeitinho que ele quer, faz birra, mas, quando ele chega aqui na creche ele come [...] porque na creche a gente é capaz de construir certos códigos de conduta que sinalizam pra criança outras regras (Sujeito 04).

Entretanto, faz-se necessário pensar na escolha da criança como um estímulo para suas habilidades, e não como um impedimento destas; no caso específico do hino, o educador critica que quando a direção pedagógica estabelece a fila como comportamento ideal durante o hino está moldando a criança como se a mesma fosse um objeto. Além de que, tal prática coloca a criança em um cenário de educação centrado na forma tradicional, em que ao obrigar a posição parada e em fila, já mostra pra criança que o certo é o que está sendo imposto; o que não proporciona uma visão de mundo para além das regras.

Contra-pondo-se a esta prática, um dos educadores expressa a importância de uma prática que introduza uma abordagem que promova a singularidade da criança como um aspecto essencial para o desenvolvimento de uma atenção integral à saúde da criança:

[...] o papel do professor é fazer uma proposta que não seja focada assim 'todo mundo no mesmo nível', ou o professor vai contar uma história e aí ele quer que as crianças prestem atenção, e aí não, não é essa a orientação que a gente acha adequada pra educação infantil. A orientação que a gente acha adequada e que ainda não conquistamos aqui é, primeiro, a organização do espaço para permitir a escolha por parte da criança, na hora que ela quer pintar ela vai pintar, na hora que ela quer desenhar ela vai desenhar, na hora que ela quiser brincar de casinha ela vai brincar de casinha, quer dizer, a rotina ela será organizada, quer dizer, tem momentos que tem que ser no coletivo, mas você tem que criar na rotina, momentos que permitam essas diferentes escolhas (S4).

Outro sujeito evidencia a singularidade da criança como componente que embasa sua prática ao defender as escolhas da criança durante o desenvolvimento das atividades como uma forma de respeitar sua individualidade. Entretanto, depreende-se em sua fala que há uma dissensão entre os educadores quanto à participação ativa da criança na prática do serviço:

Eu, particularmente, sou uma pessoa que deixa os meninos soltos, eu não acredito de forma alguma que a criança tem que tá sentada quando eu quero que ela esteja sentada, eu não acredito que ele tem que pintar de azul porque eu quero que ele pinte de azul, até porque ele tem outros motivos pra escolher uma outra cor, eles podem não gostar do azul, até não saber que não gostam, mas não gostar do azul. Eu busco muito respeitar aquele momento. Por exemplo, se tem alguma criança que não quer sentar, eu lá sei se ela levou um tapa da mãe e não quer sentar porque tá doendo né, ou se ela tá com diarreia né, porque às vezes ela não consegue falar. Então eu busco deixar a criança, dentro de uma possibilidade, para que ela expresse o que ela deseja fazer, se ela não quer fazer que não faça, que faça outra coisa. Acho que desse jeito a gente vai respeitando a individualidade [...] agora pra desenvolver o ser enquanto social eu procuro deixar que eles façam. Mas aqui as pessoas não entendem, eu tenho muitos colegas que se formaram quando eu nasci, então eles entram em conflito e não se mostram abertos pra dialogar (S1).

Ainda de acordo com o mesmo educador, percebe-se, na fala abaixo, que este, isoladamente, tenta promover o desenvolvimento cognitivo da criança a partir do seu contexto de vida, sendo este momento identificado como realmente o pedagógico. Depreende-se também a escolha do recurso metodológico a depender do ânimo da criança, o que revela a preocupação com o estado emocional da criança:

[...] umas 08:15, aproximadamente, a gente tem a 'roda da novidade', da fofoca, eu gosto de chamar de 'roda da fofoca', que eles contam o que aconteceu no dia anterior, quantos somos, o dia como está; a gente escuta uma ou duas músicas a depender do ânimo deles, e aí a gente vai fazendo a parte pedagógica propriamente dita (S1).

Esta prática que incentiva o desenvolvimento cognitivo a partir da vivência da criança também é referida pelo Sujeito 08:

Quando ele chega, a gente troca a roupa dele, então a auxiliar ajuda né? Depois de trocar de roupa, aí vai se preparar para o café. Aí vai pra escovação, todos os dias a gente faz a escovação. Depois faz a rodinha da conversa, ali a gente conta as novidades, aí a gente faz a chamada pra identificar o nome, conta o dia, conta quantos somos [...] a gente conversa as coisas deles, o que aconteceu em casa, novidades, coisas que eles trazem de casa, principalmente depois do final de semana, eles têm muita novidade (S8).

No discurso abaixo o educador demonstra a preocupação em inserir temáticas de saúde no projeto pedagógico da instituição como forma de educar a criança que se encontra em um período de formação de hábitos. Entretanto, ao longo das falas dos educadores não se percebe uma prática voltada para ações de educação em saúde que desenvolvam tais temáticas.

A gente tenta inserir adequadamente a temática alimentação no projeto pedagógico né, para começar a educar a criança para a importância dos alimentos, para construção de bons hábitos alimentares né? E isso vai até os cinco anos com certeza, porque aí tem a mídia, aí mostra um monte de coisa que é porcaria, aí a gente tem que lutar contra a corrente com as crianças e com a família também (S4).

Vale ressaltar que, durante a visita a uma das instituições de educação infantil havia um álbum seriado sobre aleitamento materno e alimentação saudável da criança de 0 a 5 anos, preconizado pelo MS, disposto na sala onde estavam armazenados os brinquedos e, quando questionados sobre a utilização daquele álbum enquanto recurso para desenvolver ações de educação em saúde, os educadores não associaram a utilização daquele recurso a sua prática.

Nesse contexto, o discurso abaixo demonstra claramente a importância da parceria com a família para a continuidade do cuidado referente à alimentação saudável da criança. Para tanto, é preciso que os educadores e a família dialoguem e compartilhem seus saberes, angústias e práticas, para que desta forma possam contribuir para uma atenção eficaz.

[...] nós estamos com um caso de uma criança que fica o período integral aqui, mas que não tá comendo nada o dia inteiro. Pela nossa experiência a gente já desconfia que essa criança tá acordando muito durante a noite e que a família tá dando leite direto. Aí bebe um litro de leite a noite inteira, chega aqui e não sente fome, porque se a criança sente fome, ela come, ainda mais com os amigos [...] eu sei o quanto é bom aproximar as famílias e deixar o espaço aberto pras elas, de forma que a gente tenha oportunidade de orientar as famílias, de ajudar as famílias a refletirem (S4).

Salienta-se que os espaços que compõem a Educação Infantil destacam-se como um campo propício para profissionais da saúde, inclusive da enfermagem, especialmente quanto à vigilância nutricional por meio da detecção precoce de distúrbios nutricionais, além da educação em saúde para as famílias dessas crianças (ARAÚJO, 2006).

Nesse aspecto, estudo realizado sobre o estado nutricional de crianças inseridas em creches apontou que somente um atendimento individualizado na unidade de saúde era insuficiente para combater as deficiências nutricionais, pois a recuperação das crianças depende muito mais das condições de vida a que estão inseridas suas famílias, isto é, das condições de acesso à alimentação adequada, higiene, saneamento e cuidados que recebem, tanto em casa quanto nos ambientes coletivos em que passam a maior parte do dia, tais como creches e pré-escolas (TEIXEIRA-PALOMBO, 2005).

Assim, a alimentação na fase pré-escolar constitui-se um processo complexo devido aos fatores relacionados ao desenvolvimento próprio dessa fase e aos referentes às condições ambientais, visto que os hábitos alimentares adquiridos na infância tendem a se solidificar na vida adulta. Dessa maneira, é fundamental que o enfermeiro e o educador infantil conheçam as dificuldades e atitudes das mães diante da alimentação de seus filhos, para que possa atuar de maneira efetiva, promovendo, precocemente, a formação de hábitos saudáveis na saúde da criança a médio e longo prazo (MARINS, 2005).

A creche representa um local significativo para o crescimento e desenvolvimento da criança, principalmente levando em consideração o tempo que ali permanece; o discurso abaixo traz a angústia do educador em ver o pouco tempo de convívio da criança com a sua família:

Eu acho que a desvantagem da criança vir pra creche é que ela perde muito do convívio familiar. Eu acho que durante a semana, eu não sei por estatística, mas eu acho que ela perde uns 70% que ela passa acordada ela passa com pessoas que não é a família, então eu acho uma desvantagem brutal né? Chega a ser brutal mesmo, porque ele sai daqui 17:00 horas, aí

chega em casa e dorme entre 19:30, 20:00, porque eles tem que dormir cedo, eu acredito que eles dormem cedo, porque no outro dia eles chegam aqui entre 07:30, 8:00. Então a gente acaba vivenciando descobertas que a família vai ficar sabendo, como, por exemplo, a primeira vez que fez xixi fora das fraldas, a primeira vez que pediu pra fazer cocô, os meninos quando falam a primeira palavra, então a gente passa pra família o que aconteceu, mas eles não vivenciaram (S1).

Nesse contexto, destaca-se que o sujeito 09 coloca a instituição de educação infantil como a segunda família da criança:

Eu acho que o objetivo da gente aqui na escola é cuidar, porque como eles passam o dia todo, é praticamente a segunda família deles, eu acho que eles passam mais tempo na escola do que em casa com a família, então aqui a função da gente é cuidar deles e dar a educação que eles precisam da parte da escola, aí o que a gente pode fazer a gente faz (S9).

A relação da creche/pré-escola com a família é destacada como essencial para o alcance do desenvolvimento integral da criança, visto que de acordo com o discurso abaixo, o educador coloca que se não houver a continuidade dos cuidados em casa por parte da família o objetivo do trabalho perde o sentido e não será alcançado:

A relação com a família influencia bastante. Essa relação com a família, com a comunidade ela é essencial, por várias razões, principalmente pela criança, por exemplo, porque se aqui na escola a gente tem uma forma de trabalhar, uma forma de desenvolver o crescimento deles, pra que eles desenvolvam fala, e a família em casa ela não estimula, não dá continuidade a esse trabalho, aí se cada um puxa a corda para um lado vai tá lutando contra o vento né? Mas, se a gente consegue desenvolver essa parceria, se a gente tem clareza do que a gente quer, de onde a gente quer chegar, e a família vê a gente como parceiro então a criança só tem a ganhar com isso (S2).

Nesse sentido, o compartilhamento do cuidado entre os educadores e os familiares implica no encontro de perspectivas diferentes sobre desenvolvimento e necessidades infantis, exigindo uma constante negociação entre ambas as partes envolvidas (MARANHÃO; SARTI, 2008).

A maioria dos discursos dos educadores evidencia uma prática em que há o distanciamento entre a família e a creche/pré-escola, gerado por fragilidades de ambas; por parte das instituições supracitadas depreende-se a ausência de diálogo, encontros pontuais, julgamentos, desconhecimento do contexto de vida daquela família e até mesmo a permanência do acesso fechado para a família, que não passa de levar e buscar a criança na porta da escola, sem que haja um encontro de atores que compartilham o mesmo, sendo desta forma, objeto e não sujeito.

A nossa relação com a família é aquela tipo assim, você cuida do meu filho, eu tô agradecida, mas quando a gente pede alguma coisa de ajuda elas não fazem a parte delas, e a gente praticamente nunca pede, por exemplo, a festinha de final de ano, dia das mães, a gente não pede um real, eu corro atrás, porque primeiro a gente sabe que a maioria não tem condições, elas são muito preguiçosas, não tem a boa vontade de dizer deixa eu ficar enquanto tá sem auxiliar. Outras até têm, mas acabam atrapalhando. A gente prefere se sobrecarregar, mas dá conta do recado do pedir um favor a elas (S10).

Assim, é oportuno dizer que a família também possui sua contribuição nesse distanciamento, visto que procuram neste espaço um lugar para deixar seus filhos enquanto trabalham, depositam uma responsabilidade aquém do que a instituição infantil possui e não se responsabilizam pela atenção a criança, assim como, pela continuidade do cuidado.

[...] em alguns casos, poucos, a gente até que consegue tá sentando todo mundo junto [...] a família tem que tá muito presente, quanto mais a gente consegue trazer a família pra creche melhor pra criança e melhor para o trabalho. Embora isso não seja um costume. O que a gente vê na maioria dos lugares é o pessoal de dentro reclamando da família e a família reclamando do pessoal de dentro [...] eu já tive família que olhava para a criança pequena, apontava e dizia 'engoli o choro' e a gente sabe no que isso vai dar, o quanto que isso é prejudicial pra saúde mental da criança. Já conheci família que veio cobrar da creche que a filha deles jamais chorasse, eles achavam que nenhuma criança devia chorar e, portanto, com a filha deles, eles iam fazer de tudo para ela nunca chorar e cobravam da gente quando a menina chorava. Então você vai encontrando que concepções são essas que esses pais [...] (S4).

Assim, embora a relação da creche/pré-escola com a família da criança seja permeada por muitos conflitos, o educador inclui também como sua atribuição o estabelecimento do diálogo com a família em um espaço acolhedor para formação do vínculo e, conseqüentemente, aproximação com a família em prol do desenvolvimento da criança.

Agora, é uma família que a gente sempre parte do princípio que o pai e a mãe querem acertar, querem o melhor pra o filho, se tão fazendo algo que prejudica a saúde da criança, é nossa obrigação, é nosso papel, conversar com essa família, sentar, sem invadir, sem precisar desrespeitar, tentar mostrar pela experiência que a gente tem. E aí essas aproximações são importantes, na medida em que a família tenha a oportunidade de está aqui dentro, observando as nossas práticas (Sujeito 04).

Nesse contexto, faz-se necessário fortalecer o vínculo não só entre a instituição de educação e a família, mas também fortalecer a relação entre a família

e a criança, principalmente no que se refere à responsabilização desta, visto que os educadores alegam que alguns pais não se envolvem com os cuidados da criança, tanto nos aspectos de higiene quanto na assistência à criança oferecida pelos serviços de saúde, como por exemplo, a negligência por não levar a criança para a realização de testes e vacinas como forma de prevenção de doenças.

Tem crianças aqui que começam e vai até o final do ano com catarro verde [...] a gente tem criança aqui que recebe dois banhos, um antes do almoço e um antes de ir pra casa, e no outro dia de 7h quando ela chega, ela está do mesmo jeito, com a mesma roupa, com o mesmo penteado, às vezes até com a mesma fralda que saiu daqui [...] uma vez a pediatra [voluntária] perguntou a mãe se a criança havia tomado as vacinas e feito o teste do pezinho, aí ela disse 'as vacinas, ele tomou; agora o teste do pezinho não'. Aí a médica questionou e a mãe disse 'oxe, acordar cedo, enfrentar uma fila'; já outra disse que nunca levou o filho no médico. Quando ele ficava doente, ela dava um chá, um remédio. Então, assim, a gente vê muitas vezes até um descaso das mães. Eu penso que aqui a gente cuida melhor do que em casa. A gente já teve criança aqui que só vivia fedendo, aí outras crianças não queriam chegar perto. Às vezes, até a fardinha, suja, fedorenta, vem assim mesmo, aí a gente vê que é a falta de higiene da mãe (S10).

Quanto ao aspecto higiene, destacado na fala acima, ressalta-se a necessidade de que os profissionais de saúde e da educação compreendam a realidade socioeconômica e cultural em que as famílias adotam e mantêm suas práticas de higiene, e busquem estratégias para maximizar os resultados das ações de educação para a saúde (REMOR et al, 2009).

Assim, além de estimular o fortalecimento entre a criança e a família por meio de abordagens que busquem incentivar e cultivar os sentimentos de cuidado, responsabilização e vínculo dos pais para com os filhos; faz-se também oportuno a realização de encontros com os pais para provocar a troca de saberes e experiências, especificamente quanto à prevenção de doenças e promoção da saúde por meio do acompanhamento da saúde da criança nos serviços de saúde, o que inclui, por exemplo, a realização de vacinas; para, a partir desses encontros, sensibilizar os pais sobre a sua importância na qualidade de vida da criança.

Portanto, o conhecimento dos profissionais de saúde, em especial do enfermeiro, aliado à base científica da educação para a saúde, pode tornar-se um facilitador das intervenções a serem desenvolvidas pelos educadores, de modo a trazer resultados positivos para o trabalho com as famílias, seja por meio das visitas domiciliares, consultas de enfermagem ou trabalhos em grupo, reconhecendo que

os saberes e as práticas de cuidado desenvolvidas pelos educadores são influenciados pela cultura, educação, condições econômicas e culturais de cada família (ZANATTA; MOTTA, 2007).

Contrapondo com o que foi encontrado na maioria das instituições de educação infantil, destaca-se a experiência de parceria relatada no discurso abaixo, a qual demonstra que a articulação entre a família e a creche/pré-escola constitui o fortalecimento do coletivo como promotor de mudanças em prol da qualidade de vida:

E por que falar da comunidade também, porque veja bem a gente vive uma situação séria quanto aos recursos públicos de verba, é, na nossa sala, por exemplo, a gente precisa colocar um espelho, a verba pra esse espelho não vai chegar, mas a gente tem um pai que trabalha com isso, então ele por vontade própria muitas vezes quando a escola precisa dessas questões, ele se sensibiliza de que as verbas dos órgãos federais são uma, as verbas municipais são outras, mas aí muitos pais eles se disponibilizam a partir do que eles trabalham, aí dizem olha eu trabalho com isso, aí a gente entra com o material e eles entram com a mão de obra, aí assim só quem vai ganhar é a criança, não isentando o governo, até porque ele tem a responsabilidade maior, mas se a gente ficar esperando que as coisas vão acontecer, mas elas não vão acontecer, então a gente precisa desse tempo de urgência e tempo de espera, nesse momento essa articulação é essencial (S2).

A mudança na estrutura familiar também foi citada como um aspecto que precisa ser discutido, visto que a constituição desta carrega consigo valores sociais que influenciam a saúde da criança. Entretanto, um dos sujeitos deixa claro que o educador infantil não está preparado para atuar nesses casos, ao passo em que defende o aperfeiçoamento profissional como forma de qualificar a abordagem e a atenção com a criança e a sua família, que se encontram neste novo contexto de estrutura familiar diferente do tradicional.

A gente tem trabalhado bastante as diferenças porque a gente vê, por exemplo, mudanças na estrutura da família, porque a gente não encontra mais uma família 'o pai e a mãe né', 'são pai e pai, mãe e mãe', então são coisas que a gente não tá preparado pra receber, que apesar de serem questões antigas, as discussões a respeito ainda estão acontecendo de certo modo recentemente. Mas, que eu vejo essa preocupação sim, da gente olhar essa questão, porque no meu caso assim, se eu não me vejo preparada pra lidar com uma situação ou uma nova realidade, o que é que eu vou fazer? Eu vou estudar. E ao mesmo tempo eu estou atuando na realidade, e a realidade não vai esperar que eu me sinta preparada. Então eu vou procurar estudar e recorrer a essas parcerias que eu vejo aqui pra atuar da melhor forma possível para o bem-estar da criança (S2).

Destaca-se também que na maior parte das falas, quando os educadores se referem à família da criança esta é reduzida à figura materna, o que pressupõe uma prática fortemente permeada por uma relação de gênero.

Portanto, é muito importante a participação ativa dos pais no cotidiano das instituições de Educação Infantil. Essa relação deve ser de parceria, de trocas, de co-responsabilidade no cuidar e educar das crianças, para que haja coerência nas ações entre eles e, dessa forma, a criança seja beneficiada. Deve-se envolver os pais na organização das instituições, nas decisões relativas à organização das propostas e do trabalho cotidiano, bem como, trazê-los para vivenciar o cotidiano da instituição. Para isso é preciso oferecer momentos de socialização e reflexão sobre o que é cuidar e educar, sobre as etapas do desenvolvimento humano, sobre a proposta pedagógica institucional, sobre a inclusão e a diversidade (BRASI, 2013b).

É necessário, ainda, garantir comunicação clara com a família por meio de diferentes estratégias tais como murais, reuniões coletivas, entrevistas, agendas, comunicações orais e escritas. Investir no intercâmbio, trocas constantes, por meio de entrevistas, fichas de caracterização, anamnese, processo de acolhida, grupo de orientação aos pais. Deve-se lembrar que cada família tem expectativas, vivências e concepções diferentes em relação à educação e aos cuidados para com as crianças (BRASI, 2013b).

Nesse sentido, constituem-se como cuidado à saúde da mãe, da criança e dos familiares as ações de enfermagem voltadas para o apoio e aconselhamento em relação às transições naturais da vida. Sugere-se, portanto, a atuação destes profissionais de saúde nas instituições de educação infantil, com o objetivo de auxiliar toda a família neste processo de mudanças e adaptações, por meio de orientações e apoio emocional. O acompanhamento feito pelas famílias neste período é imprescindível, para adquirirem mais segurança e confiança em relação aos cuidados e à aprendizagem de seus filhos neste espaço (ROECKER; MARCON; DECESARO; WAIDMAN, 2012).

A Enfermagem, como uma das áreas de conhecimento da saúde, preconiza um cuidado continuado e preventivo e, sendo assim, seus profissionais devem conhecer as necessidades e dificuldades de indivíduos e suas famílias, de modo a contribuir para uma melhora de suas condições de saúde. As crianças representam um segmento de relevância na Saúde Coletiva, tanto pela necessidade de serem cuidadas por adultos como pelo impacto que agravos e hábitos, ocorridos ou

iniciados nessa etapa, podem exercer em sua saúde ao longo da vida (REMOR et al, 2009).

Destaca-se que de todas as instituições que compuseram o cenário desta pesquisa, somente uma possui equipe de saúde na própria instituição. Dentre os profissionais que formam esta equipe multiprofissional, salienta-se a presença do enfermeiro nesta, embora sua entrada no serviço seja bem recente se comparado ao tempo de atuação dos demais integrantes, a psicóloga, a nutricionista e a assistente social.

A presença de uma equipe multiprofissional na instituição de educação infantil amplia os horizontes da atenção à saúde da criança, visto que haverá diferentes contribuições que podem possibilitar um cuidado integral a partir de uma visão holística. Percebe-se que na prática a caracterização do perfil da criança é produzida a partir uma leitura multidisciplinar e não somente sob a visão do educador:

Inicialmente eu procuro ver qual o perfil de cada criança antes delas começarem a frequentar a escola, por que antes delas virem pra cá, os pais passam por entrevista, preenchem alguns formulários com a psicologia, serviço social e a enfermagem e em seguida eu procuro conversar com eles [...] (S2).

Entretanto, vale ressaltar que a enfermagem já se fazia presente neste espaço, visto que durante muitos anos prevaleceu a atuação da técnica de enfermagem sem a presença do enfermeiro, como aponta o Sujeito 03: “Antes mesmo quando não tinha a enfermeira mesmo já tinha o pessoal da enfermagem” e o Sujeito 04: “Tem vários lugares que existe o técnico de enfermagem atuando né”, o que se mostra contrário ao que é estabelecido pela Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, regulamentada pelo Decreto nº 94.406 de 08 de junho de 1997 que dispõe sobre o exercício da Enfermagem em todo o território nacional. Sendo assim, é fundamental lembrar a Resolução nº 146 de 1992, sobre a presença do enfermeiro, em todas as unidades de serviço, onde são desenvolvidas ações de Enfermagem (OLIVEIRA, 2013).

Desta forma, vale observar que, na vigência da Lei nº 7.498 e da Resolução acima, o Auxiliar de Enfermagem só pode atuar sob a supervisão, orientação e direção de um Enfermeiro, tornando imperativa a presença desse profissional no âmbito da creche, e, não apenas, do Auxiliar de Enfermagem, como mencionando na GM/MS N°321/88 (OLIVEIRA, 2013).

Portanto, a entrada do enfermeiro nesta instituição trouxe, segundo os educadores, benefícios para a prática do serviço, principalmente quanto à prestação da assistência adequada e no momento oportuno. Tal atuação pode ser visualizada quando o educador revela seu contentamento ao contar com apoio e parcerias dentro da instituição:

Então eu vejo que o trabalho aqui é feito com muita seriedade, por exemplo, essa semana uma criança aqui apresentou indícios de conjuntivite, aí a enfermagem foi lá, fez a observação, anotou e me fez liberar a criança, notificar os demais. Então eu vejo assim, existe um trabalho muito sério e melhor ainda, a gente conta com recursos humanos, com pessoas (S2).

A presença do enfermeiro na creche gera trocas de conhecimento e experiência entre este e o educador infantil, o que de acordo com o sujeito abaixo propicia o enfretamento de situações que geravam angústias no educador pelo desconhecimento da conduta e continuidade dos cuidados. Neste contexto, o enfermeiro se apresenta como profissional educador, sendo fundamental na promoção da saúde e no combate a doenças, e cabe a ele tornar o processo de cuidar e educar mais coerente com a realidade de cada população (FREITAS et al, 2010).

Nesse aspecto, Gomes (2004) defende que a Enfermagem possui capital científico para cuidar das crianças em creches e pré-escolas, visto que tanto pela qualidade da produção científica quanto pela competência técnica configuram-se como agentes que propiciam a transformação do cuidado à criança em creches. Para alcançar tal intento, destacam-se a intensificação de estudos e estágios curriculares, nos cursos de graduação e de especialização em Enfermagem, bem como a realização de projetos articulados de ensino, pesquisa e extensão universitária no que tange à saúde da criança. No que se refere à qualidade da produção, vislumbrou-se o compromisso com a prática, a busca de articulação com outros serviços e com políticas públicas de cuidado, em prol da melhoria da qualidade da assistência prestada à criança (GOMES, 2004).

Corroborando com esse aspecto, o mesmo sujeito ressalta que a prática anterior à chegada da enfermeira era desprovida de uma assistência imediata por parte da educação infantil, exemplificando que quando uma criança apresentava um sinal de febre esta era liberada para que a mãe resolvesse a situação, o que excluía a corresponsabilidade da instituição na atenção a saúde da criança:

O discurso do sujeito abaixo relata as dificuldades do educador referente à anatomia genital da criança do sexo feminino, principalmente quanto à prestação dos cuidados de higiene íntima desta. Chegando a afirmar que se não houvesse a presença do enfermeiro na instituição este educador não realizaria a higiene íntima da criança.

Ontem mesmo teve uma criança que fez muito cocô, aí a fralda ficou muito cheia e as fezes foram pra vagina da criança, aí eu mesma fiquei muito cismada em fazer essa higienização, aí eu chamei a enfermeira pra poder fazer essa limpeza na vagina, porque eu não me vi em condições de fazer né, porque assim é um local tão sensível né. Aí no meu caso são essas coisas assim né, porque eu fico pensando 'se a enfermeira não tivesse né?', eu fiz a limpeza geral, mas 'a detalhada eu ia deixar daquele jeito' (S3).

Os educadores que possuem a presença do enfermeiro na instituição evidenciam os benefícios desta parceria multidisciplinar ao compararem a instituição com as que não possuem enfermeiro na equipe, sugerindo que um maior grau de dificuldades na prática destes serviços: “Quando teve greve dos técnicos a enfermagem não tava funcionando, aí a gente sofreu um bocado. Eu fico imaginando as outras instituições que não contam com o apoio da enfermagem, como deve ser difícil lá!” (S3).

O que eu também vejo como um ponto muito forte daqui, é que nas outras escolas por onde eu passei, embora exista um trabalho com seriedade da gestão, dos educadores e dos profissionais, mas a carência de profissional suficiente é um problema, por exemplo, aqui a gente conta com a enfermagem, mas nas outras escolas não; é um luxo quando você tem até mais um professor na sala, imagine enfermeira! (S2).

Diferentemente do que vem sendo mencionado pelos educadores, destaca-se que um dos sujeitos expressa sua posição contrária quanto à presença permanente do profissional de saúde na instituição de educação infantil. Para tanto, a luta histórica dos educadores infantis em romper com a visão assistencial que a sociedade tem das creches; a presença de mais uma pessoa em um ambiente em que a criança está se adaptando e que precisa de uma figura de referência pra estabelecer um vínculo de segurança; e, que a presença deste profissional nestes espaços seria dispendiosa são as justificativas apontadas para embasar sua afirmação.

Eu sou do time, do grupo da educação infantil que é contra a presença do profissional de saúde dentro da instituição de educação infantil, pelo menos de uma presença permanente. Mas, a instituição de educação infantil ela precisa sim dos conhecimentos do profissional de saúde, só que esse profissional ele tem que ser um orientador do professor, não deve ser ele

que tem que fazer diretamente com a criança, entendeu. Considerando muito a partir dessa minha formação, sobre a questão do vínculo. É um esforço pra criança, ela ter que se adaptar na creche, um lugar tão grande, com tanta gente, tão diferente do ambiente familiar. Nesse lugar eu ainda acho que é importante ela ter uma figura de referência com quem ela estabelece um vínculo de segurança e aí não dar pra você pensar na criança por partes, sabe? Então, este fica com o corpo, este fica com a cabeça, este fica com a vacina, não! Eu acho que tem que ser o professor apoiado pelos diferentes profissionais, psicólogos, profissionais da saúde, enfermeiro [...] aqui na creche o pessoal acha que é importante ter o profissional de saúde atuando aqui na creche para os momentos de administrar medicamentos, os momentos de acidentes, quando surge uma febre tá aí o profissional. Eu não vou bater de frente, já deixei claro a minha concepção, mas porque essa minha posição? Primeiro por uma questão histórica, porque creche vem de uma história de assistencialismo, de paternalismo, em que a família colocava a criança na creche e depositava uma confiança que a creche tinha que resolver tudo e a gente vem lutando a trinta anos pra que a creche seja reconhecida como um ambiente educacional, então tem que ter o espaço da saúde, o espaço da ciência e o espaço da educação, além de que, uma creche tem que ser viável economicamente, se você for calcular quanto é um profissional pra colocar numa creche, você tem que planejar muito bem qual profissional você vai por na creche, porque fica muito caro (S4).

Destaca-se que o profissional enfermeiro poderia contribuir com ações de educação permanente com os educadores, o que seria positivo no sentido de qualificar a prática destas duas categorias, visto que o enfermeiro possui uma formação mais aprofundada em relação às doenças prevalentes na infância, assim como, o educador tem um amplo conhecimento sobre a criança nos seus diferentes aspectos, como o cognitivo, o social, a linguagem.

Nesse contexto, estratégias que promovam detecção precoce e ações articuladas de educação permanente refletem práticas corretas e atualizadas do cuidado à infância, seja na prevenção da doença, promoção ou reabilitação da saúde para redução da morbidade infantil, tendo como escopo a formação da consciência em luta da cidadania e bem-estar coletivo, ou seja, das crianças (GABANI et al, 2010).

Além disso, de acordo com o Ministério da Saúde, conceitua-se como educação permanente em saúde ações educativas embasadas na problematização do processo de trabalho em saúde e que tenham como objetivo a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, tomando como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações, a reorganização da gestão setorial e a ampliação dos laços da formação com o exercício do controle social em saúde (BRASIL, 2012).

Assim, ao se discutir sobre os saberes e práticas dos educadores e fazer uma analogia com a saúde da criança, faz-se necessário destacar que, ao longo dos discursos, percebeu-se que o educador infantil demonstra algumas fragilidades na sua formação acadêmica.

Em cada 10 professores, você encontra uns dois bons, bons de verdade, 'os professores da educação infantil, na grande maioria dos casos, não estão bem formados', essa é a minha avaliação (S4).

Essas deficiências na formação são percebidas especialmente no que se refere à saúde da criança, principalmente quanto à prevenção de doenças e promoção da saúde por meio do desenvolvimento de ações de educação em saúde, em que se deduz que há uma incerteza sobre a efetividade e resolutividade destas no processo saúde-doença.

Os principais problemas de saúde aqui nas crianças são as viroses, tosse, problemas respiratórios [...] além de piolhos, problemas de pele [...] também tem a questão da alimentação, a criança que se alimenta mal, a imunidade fica um pouco baixa, tem aluno que adoece com mais frequência [...] quando a criança tá doente a gente comunica a mãe pra que leve ao médico para fazer o tratamento, porque às vezes, a mãe quer trazer a criança doente, aí a gente breca (S13).

Ademais, percebe-se claramente, que nas poucas vezes que esta prática é pensada, a família não é incluída como um aspecto fundamental deste processo, o que é uma situação preocupante, visto que é essa família que realmente conhece quais são as reais condições de vida da criança e que será responsável pela continuidade do cuidado.

A gente não tem muito contato com a família não. Às vezes, conversa ali, quando se encontra na porta na chegada e na saída [...] a gente vê uma evolução ao longo do ano. Geralmente, quando eles chegam, não sabem ir ao banheiro sozinhos, não lavam as mãos, não escovam os dentes após as refeições e, quando chegam aqui, eles adquirem esses hábitos [...] porque se depender da família eles não aprendem nada (S14).

Pressupõe-se que há uma fragilidade na formação do educador infantil não só referente à educação em saúde, mas também quanto aos mecanismos fisiopatológicos das doenças infectocontagiosas, tão recorrentemente citadas nas creches e pré-escolas, principalmente quanto aos sinais e sintomas e formas de

transmissão destas; conhecimento este que é essencial em um ambiente coletivo em que o indivíduo está em processo de formação.

[...] às vezes, um vem com um machucado na pele; outros, uma ferida, a gente não sabe o que é, mas aí acaba passando pras outras crianças [...] (S11).

Para finalizar esta categoria, faz-se necessário destacar que durante este estudo ficou evidente a relação conflituosa que há entre a creche/pré-escola e a família da criança, conforme discutido anteriormente, entretanto percebe-se que os educadores não mencionaram a atuação do enfermeiro quanto a este aspecto, o que evidencia que o educador infantil relaciona a atuação do enfermeiro sob a perspectiva do biológico, exemplificando a relevância desta prática, principalmente no que se refere à higiene, acidentes e assistência em casos de doenças infectocontagiosas, o que mais uma vez pressupõe que os educadores são fortemente influenciados pela lógica do modelo biomédico.

Assim, ainda que não mencionado, destaca-se como possibilidade de atuação do enfermeiro a sua intervenção na saúde da família utilizando Tecnologias para abordagem, tais como o Acolhimento, visita domiciliar, consulta e formação de grupos; e ferramentas de abordagem familiar, as quais têm por objetivo o diagnóstico do indivíduo e sua família, sendo aplicadas segundo suas necessidades apresentadas (BRASIL, 2003).

A realização do genograma destaca-se como ferramenta de abordagem familiar, visto que se caracteriza pela representação gráfica da família, contendo os diferentes membros da família, o padrão de relacionamento entre eles e as suas principais características e morbidades, permitindo que o indivíduo pare e reflita sobre a dinâmica familiar, os problemas mais comuns que a afligem e o enfrentamento do problema pelos membros da família (BRASIL, 2003).

Vale destacar também a possibilidade de atuação do enfermeiro na atenção integral à criança em situação de violência, aspecto este frequentemente abordado nos discursos dos sujeitos. Todavia, semelhantemente ao que foi aludido pelos educadores acerca da contribuição do enfermeiro em relação à família, percebe-se que também não há uma atuação frente à situação de violência, o que pressupõe que esta não é aprofundada como um problema de saúde pública por parte da sociedade.

Desta forma, salienta-se que, além da contribuição da prática do enfermeiro na relação com a família, este profissional pode e deve atuar no enfrentamento à violência, ao realizar a notificação do caso, estimular o diálogo, o vínculo, desenvolver ações de educação em saúde que promovam uma cultura de paz nos diferentes espaços sociais, partindo do princípio de que as crianças possam ser multiplicadoras do conhecimento e atuantes em sua realidade.

Contudo, mesmo descrevendo as possibilidades de atuação do enfermeiro, a sua prática só poderá transformar uma realidade, quer seja na família, quer seja enfrentamento à situação de violência, ou em qualquer outro aspecto, tal como os de ordem biológica, se houver uma prática produzida a partir da contribuição de todos os saberes, quer seja dos outros profissionais da saúde, quer seja dos educadores, para que juntos, possam promover uma prática interdisciplinar para conquistar a efetiva atenção integral à saúde da criança.

Corroborando com esse aspecto, salienta-se que a produção científica da Enfermagem referente ao cuidado à criança em creches e pré-escolas está fortemente fundamentada em teorias e conceitos produzidos em outros campos do saber, visto que é necessário aprofundar os estudos e direcionar a práxis de modo interdisciplinar, remando contra a fragmentação do saber (GOMES, 2004).

Nesse aspecto, o Ministério da Saúde aponta o desenvolvimento de ações intersetoriais, incluindo interfaces entre os serviços de saúde e a educação infantil, como forma de promover a saúde integral da criança e a redução da mortalidade infantil, haja vista que esse ambiente se mostra adequado para que ocorram de forma efetiva as práticas de educação em saúde entre escolares, familiares e profissionais da saúde e da educação (BRASIL, 2004).

Assim, a perspectiva da educação como um direito e como um processo formativo contínuo e permanente amplia as práticas educacionais exigindo que o educador seja capaz de articular os diferentes saberes à prática social e ao desenvolvimento da criança. Desta forma, as diretrizes indicadas no I Plano Nacional de Educação 2001-2010 ampliam as qualidades esperadas pelos educadores, tais como: ampla formação cultural; pesquisa como princípio formativo; análise dos temas atuais da sociedade, da cultura e da economia; inclusão das questões de gênero e da etnia na formação; trabalho coletivo interdisciplinar e desenvolvimento do compromisso social e político (BRASIL, 2013a).

Uma atenção mais integral ao escolar, contemplando, no planejamento de suas ações, o indivíduo, a família e a comunidade, em todos os seus aspectos biopsicossociais, perpassando os muros das creches e pré-escolas, contribui com a definição de políticas públicas que extrapolem o setor saúde e envolvam todos os setores sociais. Ao questionar o Sujeito 03 sobre a prática permeada pela intersectorialidade, este a retrata de forma positiva: “excelente, de grande importância e benefícios pra gente né, porque é necessário, tem questões que a gente não tem como resolver, e juntando os conhecimentos pode fazer de uma forma mais eficiente”.

A comunidade em que a creche/pré-escola está inserida possui vários equipamentos sociais ao redor da mesma, desde igrejas, unidades de saúde, associações de bairro a universidades. Destaca-se que no distrito sanitário escolhido para o desenvolvimento desta pesquisa há a presença da universidade, entretanto o educador infantil revela se sentir usado enquanto fonte de dados para pesquisa, mas que não existe uma parceria e retorno para a educação infantil:

De modo geral eu só percebo ‘parceria’ aqui quando é pra pesquisa, a gente teve um grupo de mestrado que passou um bom tempo aqui, mas se resume a coleta de dados, eu acho que o deles foi até relacionado a exames. Então é assim, se eu tô precisando de vocês então eu vou, não é uma coisa pra resolver os problemas. Eu não vejo parcerias eu vejo apenas coleta de dados (S1).

Entretanto, a presença dos profissionais de saúde das unidades locais da comunidade na creche/pré-escola é claramente identificada como ações pontuais, como aborda o Sujeito 09 ao relatar que “antes tinha uma profissional na área de odontologia que vinha pra fazer a demonstração da escovação com as crianças, mas esse ano ela não veio mais”. Sendo essa prática fragmentada, por parte do profissional de saúde, torna-se mais difícil a prevenção de doenças e promoção da saúde bucal neste período de formação de hábitos, visto que não há continuidade do cuidado.

Corroborando com este aspecto, Faria e Wichr (2014) evidenciam que apesar de a educação e a saúde em creches serem complementares, parecem estar distanciadas e fragmentadas na prática, talvez por não se constituírem como temas relevantes ou mesmo pela falta de capacitação dos educadoras infantis nas temáticas referentes à saúde das crianças e dos profissionais da área da saúde, por sua vez, na realização de trabalhos extramuros da unidade de saúde, interagindo

ativamente com a comunidade, o que representa prejuízo para as crianças e familiares.

Nesse sentido, Bógus et al (2007) analisaram os cuidados oferecidos pelas creches do município de São Paulo e apontaram que não há articulação entre os centros de educação infantil e os serviços de saúde, sendo que, quando há aproximações, são de nível local, por questões circunstanciais, e não pelo estabelecimento de relações formais entre os níveis gerenciais.

Confirmando esta prática, estudos evidenciam que os conceitos de acolhimento e vínculo não são compreendidos pelos cirurgiões-dentistas, ao passo em que as ações de saúde bucal, geralmente, ocorrem devido à instalação das doenças, reforçando a ênfase na execução de procedimentos curativos e restauradores. Assim, observam-se a descontinuidade da atenção e fragmentação do cuidado, na medida em que cada especialista se encarrega de uma parte do tratamento, sem que haja um profissional responsável pelo acompanhamento do usuário pela linha do cuidado (BRASI, 2011b).

Assim, investir nas atividades educativas e preventivas durante a dentição decídua é a melhor estratégia para se evitar gastos futuros com a realização de procedimentos restauradores na dentição permanente, visto que o aparecimento de lesões cariosas, nesta faixa etária, sinaliza a necessidade de se priorizar as ações educativas e preventivas (BRASIL, 2011b).

Não obstante, o sujeito 10 confirma tal prática e acrescenta que alguns profissionais de saúde vão à instituição de educação infantil apenas para identificar situações-problemas e apontá-las como de responsabilidade exclusiva dos educadores, conforme pode ser percebido quando o referido sujeito menciona que “até vinha dentista antigamente, e até veio o pessoal da nutrição, mas veio só pra notificar os erros, o local do botijão, aquilo outro, por a culpa na gente e pronto” (Sujeito 10).

Assim como, não há uma responsabilização por parte da unidade de saúde em relação à saúde da criança, sendo este indivíduo esperado pelo serviço quando encontrar-se com algum agravo de saúde ou para acompanhamentos pontuais na unidade, podendo ser a realização de vacinas, acompanhamentos em programas de puericultura, o que fortalece a ideia de que os profissionais de saúde ainda possuem uma prática fortemente centrada na lógica biomédica, não utilizando a creche/pré-escola como espaços de produção de saúde.

[...] e os profissionais de saúde que estão nos serviços aqui perto, eles só vêm aqui se a prefeitura obrigar alguma coisa, como uma vez que veio um dentista pra fazer um tratamento de cárie aqui e pronto, nunca mais apareceu [...] (S1).

Salienta-se que, em uma das instituições de educação infantil há uma médica que desenvolve um trabalho voluntário, e que, tal parceria foi conseguida por intermédio da diretora. De acordo com as fala dos sujeitos abaixo, este atendimento prioriza a assistência às crianças que estão com alguma doença infectocontagiosa e que a mãe recebe a prescrição médica para tentar conseguir o tratamento farmacológico nas unidades públicas de saúde locais.

Às vezes a barriguinha tá meio grande, ou então o cocô não é muito normal pra uma criança dessa idade, entendeu? Ou então tá coçando a cabeça, ou então a pele tá com alguma coisinha, ou então coçando o bumbum [...] aqui tem até uma pediatra, foi a diretora que conseguiu essa parceria [...] a pediatra me falou que a maioria das crianças tá com verme [...] (S8).

Quando o Sujeito 08 cita que “a pediatra me falou que a maioria das crianças tá com verme”, faz-se pertinente salientar que quando as crianças são acometidas por verminoses, diversos sintomas podem ser apresentados, como anorexia, diarreia, náusea, vômito, dor abdominal, irritabilidade, distúrbios de sono, os quais contribuem para o comprometimento do seu desenvolvimento físico e cognitivo (ANDRADE et al, 2010). Não obstante, as crianças mostram-se como um grupo vulnerável à aquisição de inúmeras doenças, em virtude da imaturidade do seu sistema imunológico associada à falta de noções de contaminação por patógenos. Dentre as doenças que as acometem, encontram-se as enteroparasitoses que, embora apresentem caráter evitável, paradoxalmente, não possuem redução significativa do número de pessoas acometidas (JOVENTINO et al, 2011).

Nesse contexto, sabendo que a equipe de saúde atua na Educação Infantil de forma pontual e restrita, isto é, em campanhas de vacinação ou nos surtos de doenças infectocontagiosas; a existência de práticas entre os setores saúde e educação continua aquém das reais necessidades da população infantil e suas famílias, visto que muitos são os agravos predominantes entre a população infantil, seja de natureza ectoparasitária ou infecciosas transmissíveis (GABANI et al, 2010).

Conforme este aspecto salienta-se que os dados relativos à epidemiologia das enteroparasitoses, geralmente, apresentam-se em estudos pontuais, devido à subnotificação de tais doenças, visto que, muitas vezes, o uso de antiparasitários antecede ou anula a análise coproparasitológica em alguns serviços. Contudo, infere-se que a ocorrência de tais doenças possua magnitude elevada, sobretudo em determinadas populações, como crianças pré-escolares, conforme demonstra estudo realizado em Belo Horizonte, Minas Gerais, em que 24,6% das 472 crianças oriundas de creches apresentavam algum tipo de parasitose, sendo que 6,6% possuíam mais de um parasito (MENEZES et al, 2008).

Ainda referente à atuação voluntária do referido profissional neste espaço de educação infantil, o Sujeito 10 destaca que:

Agora tem uma pediatra aqui, que é voluntária, aí geralmente na quarta ela tá disponível. Aí quando tem uma criança doente eu já ligo pra ela, que atende, principalmente, quando é baixo peso ou muito gordinho, ela já conversa com a mãe [...] a pediatra passa a receita, pede exame [...] aí consegui pra ela uma listagem dos remédios que dão no posto, porque os pais pedem pra ela passar o que tenha no posto (S10).

A referida prática pressupõe uma atuação influenciada pela lógica biomédica, visto que em nenhum momento o educador cita que desenvolve alguma ação de educação em saúde junto com o profissional médico, como forma de evitar a transmissão ou a reincidência da infecção.

Entretanto, não se pretende, com esse estudo, afastar a relevância da prescrição de medicamentos; e sim, defender as múltiplas possibilidades de atuação na atenção à saúde da criança, como, por exemplo, as que envolvem o estilo de vida e os cuidados domiciliares, ou seja, combater a visão de que apenas com o uso do remédio se consegue a resolutividade.

Ainda que haja participação voluntária, salienta-se a obrigação dos órgãos públicos em promover o desenvolvimento integral das crianças na creche/pré-escola, que, por sinal, é um direito oriundo de muitas lutas sociais e instituído pelos principais dispositivos de proteção à criança.

Nesse aspecto, Santos e Quirino (2004) apontam como fundamental a articulação entre as instituições de educação infantil com serviços de atendimento de saúde para que a assistência à saúde da criança possa ser garantida e também para que as ações de saúde decorrentes dos diagnósticos possam ser viabilizadas.

Entretanto, teoricamente sendo a educação e a saúde em creches/pré-escolas complementares, estas parecem estar distanciadas e fragmentadas na prática, talvez pela falta de capacitação das educadoras infantis quanto às temáticas referentes à saúde da criança e dos profissionais da área da saúde, por sua vez, na realização de trabalhos extramuros da unidade de saúde, interagindo ativamente com a comunidade, o que representa prejuízo para as crianças e familiares (FARIA; WICHR, 2014).

Por conseguinte, destaca-se a complicada e longa trajetória que o educador enfrenta para conseguir parcerias intersetoriais, mas que, na maioria das vezes, se depara com dificuldades provenientes da própria gestão educacional do município, que coloca empecilhos irrisórios que não permitem a concretização de uma atenção integral à saúde da criança.

No ano passado, eu também consegui otorrino [...] teve até uma criança que fez cirurgia, ela tinha aquele freiozinho na língua. No início, a SEMED mandava o carro direitinho, mas depois não, aí a gente acabava desmarcando e geralmente eram 10 crianças que eu tentava encaixar na clínica. Os motoristas faziam reclamação direto, pedindo pra gente dar um saquinho pras crianças, que acabavam vomitando o carro da secretaria, e o pessoal dos serviços gerais não queria limpar, enfim. Eu conversei com a mãe, que disse que ele não era acostumado a sair, por isso vomitou. 'Puxa! São crianças, é assim mesmo, custa limpar' (S10).

Ainda nesse sentido e em descompasso com o que é preconizado pelas políticas de saúde e educacionais, torna-se mais agravante a burocracia que a própria gestão municipal impõe para efetivar as parcerias intersetoriais. No relato abaixo, o educador expressa as dificuldades que enfrenta para manter a estrutura da instituição de educação infantil em condições apropriadas, principalmente em relação à qualidade da água e a eliminação de vetores que causam doenças infectocontagiosas.

Mesmo sabendo que são fatores comprovadamente demonstrados como determinantes e condicionantes da saúde, não só das crianças, mas de todos que convivem neste espaço; pressupõe-se que a gestão municipal, tanto da educação como da saúde e as que envolvem o meio-ambiente, não estão tão atuantes quanto a isso.

Em relação à caixa d'água daqui, gente teve uma limpeza em novembro do ano passado, pois teve uma pequena reforma aqui, mas a caixa tem que ser limpa de seis em seis meses. A gente manda ofício, mas [...] até a capinação aqui, a gente teve de pedir pra um rapaz capinar. Sou eu que corro atrás! Eu até liguei pra SLUM, eles até foram gentis, mas falaram que

deveria ir lá levar o ofício [...] aí sinceramente, é melhor pagar 10 reais e resolver logo. Porque seria assim, eu iria mandar o ofício, eles iriam colocar no cronograma, pra daqui a seis, sete meses, eles mandarem capinar. Aí são essas coisas que complicam. Por exemplo, a caixa d'água tava passando escorpião, barata, rato. Aí eles disseram que iria entrar no processo, pra poder juntar outras escolas. Aí eu recorri ao pessoal da zoonose, eles até vieram, mas sem material. Aí eu conversei com uma colega minha, que comprou o veneno e disponibilizou as máscaras pra o pessoal. Aí eles fizeram (S10).

Nesse sentido, torna-se uma necessidade inadiável inquietar a gestão municipal no que tange à intersectorialidade das ações, visto que o educador demonstra sua angústia por identificar alguns comportamentos da criança que o leva a pensar em alguns diagnósticos, especialmente os relacionados à saúde mental e a saúde vocal, e ao mesmo tempo por se sentir impossibilitado e sozinho enquanto profissional responsável pelo desenvolvimento integral da criança.

Quando a gente percebe um comportamento estranho da criança, a parte pedagógica da gente, a gente faz; agora a parte psicológica, a gente orienta a mãe pra que ela busque ajuda fora. A escola não dispõe de assistente social; até questão de dente mesmo, dentista, a gente incentiva, diz onde deve ir. A gente orienta que leve pra ADEFAL, pra o CESMAC, na própria UFAL. É todo um processo, é longo, precisa de um acompanhamento, num vai resolver assim logo. Aí tem uns que dão continuidade, outros nem conseguem marcar (S17).

O educador abaixo ressalta alguns sentimentos, como o desejo de compartilhar sua consternação com outros profissionais, para que juntos possam intervir nesses casos evitando um prognóstico negativo em tempo hábil e, a inquietação por ver as dificuldades e limitações que as mães enfrentam para ter acesso aos profissionais inseridos na rede pública de saúde municipal.

[...] às vezes não conversam nada ou, então, ninguém entende, porque não são muito estimulados em casa, então, a gente observa também essa questão do desenvolvimento oral. Porque é assim, sabe, 'o professor resolve', 'mas eu não sou fonoaudióloga', 'eu posso detectar, mas e o diagnóstico?'. Poxa, esse aluno tá com problema de dicção, a gente observa e pede que a mãe leve; problema de visão, a gente troca de lugar, 'mas não é só isso né' Como seria bom se tivesse na escola, ou pelo menos rodízio, psicóloga, assistentes sociais, enfermeiro, fono, oftalmo [...] umas das nossas inquietações, dentre tantas, é a dificuldade da mãe de entrar em contato com esses profissionais, que é muito difícil no SUS. Há dificuldades de encaminhamento pelas dificuldades do sistema mesmo (S14).

Quando a gente percebe um muito ativo, a gente tem muito cuidado, porque eles são muito ativo, mas a gente não pode confundir com hiperatividade. Tinha um aluno meu que ficava embaixo da mesa batendo a cabeça, e aí eu ficava sem saber direito o que fazer, mas aí eu perguntei a mãe, porque eu

já sabia do histórico do irmão, que tinha tido problema, porque assim a criança às vezes escutava algum som, tinha medo e batia, balançava a cabeça, tapava os ouvidos e a gente percebia que não era normal aquilo. Outros são muito distraídos, a questão do déficit de atenção, a gente percebe, mas também como eles são muito novos, às vezes, fica meio confuso da gente detectar isso (S12).

Nessa perspectiva, a construção dos saberes e práticas que integrem cuidar e educar na atenção infantil é um grande desafio, a ser superado com o apoio das várias disciplinas que se incumbem de estudar, refletir, construir, propor e avaliar os conhecimentos e as ações voltadas à promoção do desenvolvimento infantil. Agregar contribuições das diferentes áreas do conhecimento para a construção de um atendimento integrado é o caminho para não cair no reducionismo que culmina na atenção parcial à criança: (ALVES; VERÍSSIMO, 2007).

Assim, a integralidade, tendo como pilares básicos a interdisciplinaridade e a intersetorialidade, possibilita uma inserção diferenciada na área da saúde, superando o estatuto de profissão paramédica, típico do modelo biomédico, e possibilitando a superação da doença como foco de atenção (FAGUNDES; NOGUEIRA, 2009).

Portanto, defender a integralidade é defender antes de tudo que as práticas em saúde sejam sempre intersubjetivas, nas quais profissionais de saúde se relacionem com sujeitos, e não com objetos. Dessa maneira, práticas intersubjetivas envolvem necessariamente uma dimensão dialógica, conferindo às práticas de saúde um caráter de prática de conversação, na qual nós, profissionais de saúde, utilizamos nossos conhecimentos para identificar as necessidades de ações e serviços de saúde de cada sujeito com o qual nos relacionamos, para reconhecer amplamente os conjuntos de ações, incluindo ações como o aconselhamento e as chamadas práticas de educação em saúde, para responder as necessidades que apreendemos (MATTOS, 2004).

A integralidade do cuidado à saúde por certo contribuirá para reduzir o hiato que existe entre discurso e prática por meio da adoção de inovações nas práticas de saúde, promovendo acolhimento, vínculo, promoção e vigilância da saúde, ações programáticas, clínica ampliada e outras. Assim, sendo importante não negligenciar o entendimento de que cuidar é pensar em integralidade, pois não se pode cuidar de partes, visto que cuidar é amplo e abrange a garantia de atender a necessidade e

problemas de saúde naquilo que as pessoas e a comunidade por si só não conseguem resolver (GARCIA; EGRY, 2010).

Desta forma, a integralidade no cuidar mostra-se no entendimento de que os profissionais devem ter do usuário como sujeito histórico, social e político articulado ao seu contexto familiar, ao meio ambiente e à sociedade na qual está inserido, devendo o profissional desenvolver competências e habilidades para ver a pessoa sob seus cuidados de modo holístico, colaborando para a integralidade de atenção à saúde, tendo responsabilidade individual e coletiva, ética e social na construção da cidadania da saúde (GARCIA; EGRY, 2010).

Portanto, sabendo que a promoção da saúde é entendida como uma das estratégias do setor para buscar a melhoria da qualidade de vida da população, com o objetivo de produzir a gestão compartilhada entre usuários, movimentos sociais, profissionais da saúde e de outros setores, produzindo autonomia e corresponsabilidade (BRASIL, 2012); reitera-se que é necessário transformar a concepção sobre a saúde da criança junto aos profissionais das creches, uma vez que esta se apresenta de forma hegemônica pelos mesmos, imputando responsabilidades à família, aos fatores ambientais e à faixa etária, não percebendo a corresponsabilidade da creche e dos profissionais desta no adoecimento e no tratamento (FARIA; WICHR, 2014).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo aponta a necessidade de se incluir conhecimentos sobre o crescimento e desenvolvimento saudável, especialmente quanto à promoção da saúde das crianças, tanto na formação inicial quanto continuada dos educadores infantis. Ao mesmo tempo, indica a importância da parceria entre profissionais de saúde, comunidade e instituições de educação infantil, com vistas à implementação de ações de promoção à saúde integral da criança.

Nessa perspectiva, enfatiza-se que os espaços de educação infantil devem se caracterizar pela co-responsabilidade da criança em parceria com a sociedade para promover o educar e cuidar da criança. Não se trata, porém, de reunir diferentes sujeitos da sociedade representativamente, visto que se faz necessário um movimento sob a mesma perspectiva para que de forma conjunta e dialética, possam descobrir novos caminhos para a integralidade do cuidado diante dos desafios da realidade.

Mediante este estudo, foi possível observar que a mesma criança que frequenta a creche está sendo cuidada de forma fragmentada, ora pela família, ora pela unidade de saúde e ora pela instituição de educação infantil. Tais equipamentos sociais não dialogam, repercutindo na ausência de resolutividade e continuidade do cuidado. Além disso, muitos problemas passam despercebidos, prevalecendo os de ordem biológica como o foco da atenção.

Percebeu-se que o cuidado com a criança é influenciado por todos os determinantes, não se restringindo à alimentação, moradia, mas aspectos oriundos da família ou comunidade a qual está inserida, tais como violência, lazer, também interferem no processo saúde-doença do mesmo. Desta forma, deve haver maior comunicação entre as famílias e a instituição de educação infantil, trocando experiências e elaborando conjuntamente com as famílias estratégias para lidar com as dificuldades.

Apostamos que este estudo possa representar uma das estratégias de saída do impasse no campo educativo e da saúde, favorecendo os sujeitos na construção de um saber que se complementa e não se sobrepõe, mas que possui um compromisso com a promoção de saúde e qualidade de vida em nível individual e coletivo, bem como com as políticas públicas visando à articulação dos campos da saúde e da educação.

A construção de responsabilidades e práticas de saúde referentes à criança é um grande desafio no âmbito da creche e pré-escola. Assim, torna-se necessário reafirmar a necessidade de considerarmos, em qualquer nível de formação das educadoras infantis das creches, a inclusão de conhecimentos sobre a atenção integral a saúde da criança. Nesse sentido, acreditamos que seja indispensável assegurar às crianças inseridas em uma instituição de educação infantil uma prática qualificada para alcançar as condições indispensáveis ao pleno desenvolvimento de seu potencial.

Sendo o educador um promotor do cuidado, é necessário que este complemente sua formação, proporcionando à criança uma assistência baseada em evidências. Assim, a capacitação dos profissionais quanto aos aspectos aqui ressaltados pode ser mediada ou realizada com a inserção de um enfermeiro no âmbito da creche. Este, por sua vez, também realizaria ações de promoção e prevenção junto às crianças e profissionais, promovendo a intersetorialidade, mas não diminuindo as responsabilidades da unidade básica de saúde nem hierarquizando as atividades de cuidado e educação, sendo, assim, um caminho para que a criança receba atenção integral.

Diante do exposto, revelamos a necessidade da integração dos saberes entre educadores e profissionais da saúde, não apenas enfermeiros, na luta por um processo educativo em saúde que valorize a integralidade do cuidado, em detrimento de uma prática fragmentada.

REFERÊNCIAS

ALVES, V.S. Um modelo de educação em saúde para o Programa de Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface.**, v.9, n.16, p. 39-52, 2005.

ALVES, R.C.P.; VERÍSSIMO, M.R.L.O. Os educadores de creche e o conflito entre cuidar e educar. **Revista Brasileira Crescimento Desenvolvimento Humano.**, São Paulo, SP, v.17, n.1, p.13-25, 2007.

AMORIM, K.S.; FERREIRA, M.C. Creches com qualidade para a educação e o desenvolvimento integral da criança pequena. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, DF, v. 19, n. 2, 1999 .

ANDRADE, E.C.; LEITE, I.C.G.; RODRIGUES, V.O.; CESCA, M.G. Parasitoses intestinais: Uma revisão sobre seus aspectos sociais, epidemiológicos, clínicos e terapêuticos. **Rev. APS.**, v.13, n.2, p. 231-240, 2010.

ARAÚJO, A.; PEREIRA, T.P. Identificando necessidades de crianças de creche e suas famílias: o uso do histórico de saúde como instrumento para um cuidado integral de pré-escolares. Relato de experiência. **O Mundo da Saúde.**, v. 33, n.2, p. 239-24, 2009.

ARAÚJO, M.F.M.; LEMOS, A.C.S; CHAVES, E.S. Creche comunitária: um cenário para a detecção da obesidade infantil. **Ciência, Cuidado e Saúde Maringá.**, v. 5, n.1, p. 24-31, 2006.

ATAÍDE, J.B.; SILVA, M.T. Violação dos direitos infanto-juvenis: o combate à violência letal e o Programa de Proteção a crianças e adolescentes ameaçados de morte no Estado de Alagoas. 2014. **Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação)** - Faculdade de Serviço Social (FSSO). Universidade Federal de Alagoas, Alagoas, 2014.

BETELI, V.C. Acompanhamento do Desenvolvimento Infantil em creches. São Paulo. 2006. **Dissertação (Mestrado)** - Escola de Enfermagem. Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

BARBOSA, F.I; VILELA, G.S; MORAES, J.T; AZEVEDO, L.S; MARASAN, M.R. Caracterização das práticas de educação em saúde desenvolvidas por enfermeiros em um município do centro- oeste mineiro. **REME.**, v. 14, n. 2, p. 195-203, 2010.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1979.

BARROS, A. J. D. Child-care attendance and common morbidity: evidence of association in the literature and questions of design. **Revista Saúde Pública**. São Paulo, SP, v.33, n.1, p. 98-106, 1999. ISSN 0034-8910.

BATISTELLA, C. Abordagens Contemporâneas do Conceito de Saúde. In: FONSECA, A. F.; CORBO, A.M.D.A. (Org.). **O território e o processo saúde-doença**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, p. 51-83, 2007.

BENTO, M.A.S. **Educação Infantil. Igualdade racial e diversidade**: aspectos políticos, jurídicos, conceituais. São Paulo: Centro de Estudos das Relações de Trabalho e Desigualdades – CEERT, 2012.

BETELI, V.C. Acompanhamento do Desenvolvimento Infantil em creches. São Paulo. 2006. **Dissertação (Mestrado)** - Escola de Enfermagem. Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

BHERING, E.; DE NEZ, TB. Envolvimento de pais em creche: possibilidades e dificuldades de parceria. **Psicol.**, v.18, n.1, p.63-73, 2002

BOFF, L. Saber cuidar: ética do humano – compaixão pela terra. Petrópolis: **Vozes**, 1999.

BÓGUS, C.M.; NOGUEIRA-MARTINS, M.C.F; MORAES, D.E.B; TADDEI, J.A.A.C. Cuidados oferecidos pelas creches: percepções de mães e educadoras. **Rev Nutr.**, v.20, n.5, p. 499-514, set/out, 2007.

BOURDIEU, P. O campo científico. Termo In: ORTIZ, R. **Pierre Bourdieu – Sociologia**. São Paulo: Ática; 1994. p. 122-125.

BRASIL. Agenda educação e saúde. **Programa Saúde na Escola**. Brasília: DF, Programa Saúde na Escola, 2010a.

BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Básica. **Diretrizes Curriculares Nacionais Gerais da Educação Básica**. Secretaria de Educação Básica. Diretoria de Currículos e Educação Integral. Brasília: MEC, SEB, DICEI, 2013a. 562p.

_____. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Básica. Dúvidas mais frequentes sobre Educação Infantil. Brasília: Ministério da Educação, 2013b.

_____. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Básica. Rede Nacional da primeira Infância. **Deixa eu falar!** Brasília: Ministério da Educação, 2011a.

_____. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Básica. **Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação Infantil.** Brasília: Ministério da Educação, 2010b.

_____. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Básica. **Política Nacional de Educação Infantil: pelo direito das crianças de zero a seis anos à Educação.** Brasília: Ministério da Educação, 2006.

_____. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Básica. Diretoria de Currículos e Educação Integral. Secretaria de Educação Profissional e Tecnológica. Brasília: MEC, 2013. ISBN: 978-857783-136-4.

_____. Ministério da Educação e do Desporto. Secretaria de Educação Fundamental. **Referencial Curricular Nacional para a Educação Infantil.** Brasília: Ministério da Educação e do Desporto, 1998.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **Projeto Saúde Bucal Brasil 2010.** Pesquisa Nacional de Saúde Bucal. Resultados principais. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Passo a passo: PSE: Programa Saúde na Escola: tecendo caminhos daintersetorialidade/** Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica, Ministério da Educação. Brasília: Ministério da Saúde, 2011c. 46 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde.** 2 ed. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2010c.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde da criança: nutrição infantil, aleitamento materno em alimentação complementar.** Telessaúde. Brasília: 2009a.

_____. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Manual Técnico de Promoção da Saúde e Prevenção de riscos e doenças na Saúde Suplementar**. 3ª edição. Rio de Janeiro: ANS, 2009b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da Criança: crescimento e desenvolvimento**. Cadernos de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde na escola**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília, 2009c. (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Cadernos de Atenção Básica; n.24).

_____. Ministério da Saúde. **Estatuto da Criança e do Adolescente**. Ministério da Saúde. 3ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

_____. Ministério da Saúde. **Plano nacional para o controle integrado das DCNT: promoção da saúde, vigilância, prevenção e assistência**. Brasília, 2006.

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

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASÍLIA. Câmara dos deputados. **Projeto de Lei PL 1616/2011**. Dispõe sobre a obrigatoriedade de manutenção de um profissional da área de enfermagem, enfermeiro ou técnico de enfermagem, nas unidades da rede pública de creches e escolas de educação infantil, e dá outras providências. Disponível em: <<http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=509421>>. Acesso em: 18 nov. 2014.

BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência e Saúde Coletiva**., Rio de Janeiro, RJ, v.5, n.1, p. 163-177, 2000.

BUVINICH, M.R.; MELLO, R.; GIRADE, H.A. Acesso e qualidade: os grandes desafios. Termo In: United Nations Children's Fund [Internet]. Brasília: UNICEF (BR) [cited 2008 jun 08]. **Situação da Infância Brasileira 2006. Crianças de até 6 anos: o direito à sobrevivência e ao desenvolvimento**. Available from: http://www.unicef.org/Brazil/pt/resources_10167.htm.

CADETE, M.M.M.; MARTINS, M.D.; VASCONCELOS, M.; XAVIER, C.C. **As necessidades das crianças**. In: Carvalho A, Salles F, Guimarães M, Armond L, organizadores. Saúde da criança. Belo Horizonte (MG): Ed UFMG; 2002. p. 45-77.

CAETANO, J.R.M.; BORDIN, I.A.S.; PUCCINI, R.F.; PERES, C.A. Fatores associados à internação hospitalar de crianças menores de cinco anos. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, SP, v.36, n.3, p. 285-91, 2002.

CAMPOS, M.M. Educar e cuidar: questões sobre o perfil do profissional de Educação infantil. Termo In: Ministério da Educação. **Por uma política de formação do profissional da educação infantil**. Brasília: MEC, p.32-42, 1994.

CANDEIAS, N. M. F. Conceitos de educação e de promoção em saúde: mudanças individuais e mudanças organizacionais. **Revista de Saúde Pública**, v.1, n.2, p. 209-213, 1997.

CHIZZOTTI, A. **Pesquisa em ciências humanas e sociais**. 5 ed. São Paulo: Cortez; 2001.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Resolução n.466, de 12 de dezembro de 2012. **Lex**: Publicada no Diário Oficial da União n.12, seção 1, p.59, 13 de junho de 2013. Disponível em: <<https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 10 set. 2013.

CZERESNIA, D; FREITAS, CM. **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

ERDMANN, A.L.; MARCELINO, G.; NASCIMENTO, K.C; RIBEIRO, J.A. As interfaces do cuidado pelo olhar da complexidade: um estudo com um grupo de pós-graduandos de enfermagem. **Esc Anna Nery**, v. 9, n. 3, p. 441-50, dez, 2005.

FAGUNDES, H.S.; NOGUEIRA, V.M.R. O princípio da integralidade nas políticas nacionais de saúde e assistência social. **LAPPIS**, Laboratório de Pesquisa sobre Práticas de Integralidade em Saúde. Rio de Janeiro: ENSP. 2004. Disponível em: www.lappis.org.br. Acesso em: 07/07/2014.

FARIA, M.L.; WICHR, P. Creche, criança e saúde. **Rev Min Enferm**, v.18, n. 1, p. 142-146, 2014.

FREITAS, C.A.S.L.; BRITO, M.C.C; PINHEIRO, A.K.B.; SILVA, M.J.; DIAS, M.S.A.; GUBERT, F.A. Perceptions of nursing students about the Health Promotion: exploratory-descriptive study. **Online Braz J Nurs.**, v. 9, n. 1, 2010.

Fundo das Nações Unidas para a Infância - UNICEF. **Situação da infância brasileira 2001: desenvolvimento infantil: os seis primeiros anos de vida.** Brasília (DF); 2001.

GABANI, F.L.; MAEBARA, C.M.L.; FERRARI, R.A.P. Pediculose nos centros de educação infantil: conhecimentos e práticas dos trabalhadores. **Esc Anna Nery.**, v.14, n.2, p. 309-317, abr/jun, 2010.

GARCIA, TR; EGRY, EY. **Integralidade da atenção no SUS e sistematização da assistência de Enfermagem.** Porto Alegre - RS: Artmed, 2010.

GOMES, VERA LÚCIA DE OLIVEIRA. **A interpretação do cuidado de Enfermagem à criança em creches, pela ótica de Pierre Bourdieu.** 2004. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2004.

GONÇALVES, F.D.; CATRIB, A.M.F.; VIEIRA, N.F.C.; VIEIRA, L.J.E.S. Health promotion in primary school. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.12, n.24, p.181-92, jan./mar, 2008.

HARADA, J. Introdução. **Sociedade Brasileira de Pediatria**, Rio de Janeiro, RJ, v.1, p. 5-7, Cadernos de Escolas Promotoras de Saúde. Departamento Científico de Saúde Escolar, 2005.

HEUKELBACH, J.; OLIVEIRA, F.A.S.; FELDMEIER, H. Ectoparasitoses e saúde pública no Brasil: desafios para controle. **Cad Saude Publica.**, v.19, n.5, p. 1535-540, set/out, 2003.

IPPOLITO-SHEPHERD, J. **A promoção da saúde no âmbito escolar: a iniciativa regional escolas promotoras de saúde.** In: Sociedade Brasileira de Pediatria, Departamento Científico de Saúde Escolar. Cadernos de Escolas Promotoras de Saúde. Rio de Janeiro; 2005. p. 8-13.

JOVENTINO, E.S.; FREITAS, L.V., LIMA, T.M.; VIEIRA, N.F.C.; DAMASCENO, A.K.C.; XIMENES, L.B. Educação em saúde na prevenção de enteroparasitoses: estudo descritivo. **Online braz. J. nurs.**, v.10, n.2, abr-ago, 2011.

KOMARSSON, K.A.C.; FERREIRA, A. B.; ALMEIDA, P.C.; XIMENES, L.B. Problemas respiratórios em crianças na primeira infância: conhecimento dos profissionais da creche. **Rev. Min. Enferm.**, v.12, n.1, p. 92-98, jan-mar, 2008.

LEOPARDI, M.T.; BECK, C.L.C.; NIETSCHE, E.A.; GONZÁLE, R.M. **Metodologia da pesquisa**. Santa Maria: Palotti; 2001.

MARANHÃO, D. G. Saúde e bem estar das crianças: uma meta para educadores infantis em parceria com familiares e profissionais de saúde. Ago, 2010.

_____. O processo saúde-doença e os cuidados com a saúde na perspectiva dos educadores infantis. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, RJ, v.16, n.4, p.1143-1148, out-dez, 2000.

_____.O cuidado como elo entre saúde e educação. **Cad Pesqui.**, São Paulo, SP, n.111, p. 115-133, dez, 2000.

MARANHÃO, D.G.; SARTI, C.A. Creche e família: uma parceria necessária. **Cad Pesqui.**, São Paulo, SP, v. 38, p.171-94, 2008.

MARINS, S.S. Percepções maternas sobre a alimentação de pré-escolares que frequentam instituição de educação infantil. São Paulo; 2005. **Dissertação (Mestrado)** - Escola de Enfermagem. Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

MARTINS, J.; VERÍSSIMO, M.L.Ó.R. Conhecimentos e práticas de trabalhadoras de creches municipais relativos ao cuidado da criança com infecção respiratória aguda. **Interface – Comunic., Saúde, Educ.**, v.10, n.20, p.497-504, jul/dez, 2006.

MATTOS, Ruben Araujo de. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Cad. Saúde Pública.**, v.20, n.5, 2004.

MAYEROFF, M. **A arte de servir ao próximo para servir a si mesmo**: Como melhorar a sua vida em todos os aspectos participando intensamente do que acontece em seu redor. Rio de Janeiro: Record, 1994.

MEIRA, M.C.R. Relação creche família: mito ou realidade. **Dissertação (Mestrado)** – Universidade Federal do Paraná. Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Curitiba, 2004.

MENEZES, A.L.; LIMA, V.M.P.; FREITAS, M.T.S.; ROCHA, M.O; SILVA, E.F.; DOLABELLA, S.S. Prevalence of intestinal parasites in children from public daycare centers in the city of Belo Horizonte, Minas Gerais, Brazil. **Rev Inst Med Trop.**, São Paulo, SP, v.50, n.1, p. 57-9, 2008.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 11ª. Ed. São Paulo: Hucitec; 2008.

_____. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 12ª Ed. São Paulo: Hucitec; 2010.

MONTEIRO, A.I.; FERRIANE, M.G.C. Atenção à saúde da criança: perspectiva da prática de enfermagem comunitária. **Rev. Latino-am. Enfermagem.**, v.8, n.1, p.99-106, 2000.

NEVES, E.T; CABRAL, I.E. Empoderamento da mulher cuidadora de crianças com necessidades especiais de saúde. **Texto Contexto Enferm.**, v.17, n.3, p. 552-60, 2008.

OLIVEIRA, P. R. O papel do enfermeiro no processo educativo em saúde na educação infantil: concepções de educadores e enfermeiros. **Dissertação (Mestrado)** – Universidade Federal de Mato Grosso. Instituto de Educação. Programa de Pós-graduação em Educação, Cuiabá, 2013.

OLIVEIRA, V.C.; CADETTE, M.M.M. Anotações do enfermeiro no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil. **Acta paul. Enferm.**, v.22, n.3, p. 301-6, 2009.

PASCHOAL, J.D.; MACHADO, M.C.G. A história da educação infantil no Brasil: avanços, retrocessos e desafios dessa modalidade educacional. **Rev HISTEDBR On-line.**, Campinas, n.33, p.78-95, mar, 2009.

PEREIRA, A.L.F. As tendências pedagógicas e a prática educativa nas ciências da saúde. **Cad Saúde Pública.**, v.19, n.5, p.1527-34, 2003.

PRIETSCH, S.; FISCHER, G.B; CESAR, J.A; FABRIS, A.R.; MEHANNA, H.; FERREIRA, T.H.P. Doença aguda das vias aéreas inferiores em menores de cinco anos: influencia do ambiente domestico e do tabagismo materno. **J Pediatr.**, v.78, n.5, p. 415-22, 2002.

QUEIROZ, M.V; JORGE, M.S. Estratégias de educação em saúde e a qualidade do cuidar e ensinar em pediatria: a interação, o vínculo e a confiança nos discursos dos profissionais. **Interface.**, jan-jun, 2006.

REMOR, C.B.; PEDRO, V.L.; OJEDA, B.S.; GERHARDT, L.M. Percepções e conhecimentos das mães em relação às práticas de higiene de seus filhos. **Esc Anna Nery.**, v.13, n.4, p. 786-92, out-dez, 2009.

REZENDE, M.A.; BETELI, V.C.; LIMA, F.G.; SANTOS, J.L.F. Habilidades motoras de crianças de 0 a 03 anos de idade que frequentam creches: Aplicação do teste de triagem de desenvolvimento de Denver II. **Rev Soc Bras Enferm Ped.**, v.3, n.2, p. 75-84, 2003.

ROCHA, J.; SERRÃO, S.M.; FEYES, V.J.; PEREIRA, D.R. Educação infantil, os desafios das creches no equilíbrio entre o cuidar e o educar. IN: III ENCONTRO CIENTÍFICO E SIMPÓSIO DE EDUCAÇÃO UNISALESIANO, 2011, Lins, SP. **Anais...** Lins, SP: UNISALESIANO, 2011.

ROECKER, S.; MARCON, S.S.; DECESARO, M.N.; WAIDMAN, M.A.P. Binômio mãe-filho sustentado na teoria do apego: significados e percepções sobre centro de educação infantil. **Rev Enferm. UERJ.** Rio de Janeiro, RJ, v.20, n.1, p. 27-32, jan-mar, 2012.

SALES, M.L.H.; PONNET, L.; CAMPOS, C.E.A.; DEMARZO, M.M.P.; MIRANDA, C.T. Quality of child health care in the Family Health Strategy. **Journal of Human Growth and Development.**, v.23, n.2, p. 151-156, 2013.

SAMPIERI, R.H.; COLLADO, C.F.; LÚCIO, P.B. **Metodologia da Pesquisa.** 3. ed. São Paulo: Mc Graw-Hill, 2006.

SANTOS, L.E.S.; FERRIANI, M.G.C. A violência familiar no mundo da criança de creche e pré-escola. **Rev Bras Enferm.**, v. 60, n. 5, p. 524-9, 2007.

SANTOS, L.E.S; QUIRINO, M.D. **A assistência à criança e a equipe de saúde.** In: Santos LES. (org.). Creche e pré-escola: uma abordagem de saúde. São Paulo: Artes Médicas; 2004.

SHORE, R. **Repensando o cérebro: novas visões sobre o desenvolvimento inicial do cérebro.** Porto Alegre: Mercado Aberto; 2000.

SILVA, C.S. Escola promotora de saúde: uma visão crítica da saúde escolar. In: Sociedade Brasileira de Pediatria, Departamento Científico de Saúde Escolar. **Cadernos de Escolas Promotoras de Saúde.** Rio de Janeiro, p. 14-20. 2005.

SILVA, P.N.; ALMEIDA, O.A.S.; ROCHA, I.C. Terapia tópica no tratamento de feridas crônicas. **Enfermería Global.**, v.33, p. 46-58, 2014.

SOUZA, D.V.; ZIONI, F. Novas perspectivas de análise em investigações sobre meio ambiente: a teoria das representações sociais e a técnica qualitativa da triangulação de dados. **Saúde e Sociedade.**, v.12, n.2, p.76-85, 2003.

TEIXEIRA-PALOMBO, C.N. Estado nutricional de crianças: conhecimentos e práticas de educadoras de uma creche. São Paulo. 2005. **Dissertação (Mestrado)** - Escola de Enfermagem. Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

TEIXEIRA-PALOMBO, C.N.; FUJIMORI, E. Conhecimentos e práticas de educadoras infantis sobre anemia. **Rev Bras Saude Matern Infant.**, v. 6, n. 2, p. 209-16, abr-jun, 2006.

TONETE, V.L.P.; PARADA, C.M.G.L. Representações sociais de educadoras infantis sobre o cuidar e o educar: a interface com a saúde. **Cienc Cuid Saúde.**, v. 7, n. 2, p. 199-206, 2008.

VERÍSSIMO, M.L.O.R.; FONSECA, R.M.G.S. Funções da creche segundo suas trabalhadoras: situando o cuidado da criança no contexto educativo. **Rev Esc Enferm USP.**, v. 37, n. 2, p. 25-34, 2003^a.

_____. O cuidado das crianças segundo trabalhadoras de creches. **Rev Latino-am de Enfermagem.**, v. 11, n.1, p. 28-35, 2003^b.

VERÍSSIMO, M.L.O.R.; ALVES, R.C.P.; MARTINS, J. Agravos Respiratórios na infância: saberes e práticas de trabalhadoras de creches. **Rev Soc Bras Enferm Ped.**, v.5, n.1, p. 17-26, 2005.

VICO, E.S.R. Estudo da mortalidade de crianças usuárias de creches no município de São Paulo. 2001. **Dissertação (Mestrado)** – Faculdade de Saúde Pública. Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001.

VIEIRA, L.J.E.S.; BARROSO, M.G.T. Julgar e compreender: contradições da abordagem multiprofissional à família da criança envenenada. **Acta Scientiarum Health Sciences.**, v.26, n.1, p. 95-106, 2004.

VIEIRA, L.J.E.S.; CARNEIRO, R.C.M.N.; FROTA, M.A.; GOMES, A.L.A.; XIMENES, L.B. Ações e possibilidades de prevenção de acidentes com crianças em creches de Fortaleza. **Ciência & Saúde Coletiva.**, v.14, n.5, p.1687-1697, 2009.

VITOLLO MR, GAMA CM, CAMPAGNOLO PDB. Frequência de utilização do serviço público e fatores associados. **J. Pediatr.**, v.86, n.1, p. 80-4, 2010.

ZANATTA, E.A; MOTTA, M.G.C. Saberes e práticas de mães no cuidado à criança de zero a seis meses. **Rev Gaucha Enferm.**, v.28, n.4, p. 556-63, 2007.

ZEITOUNE, R. C. et al. Condições de saúde no universo da creche comunitária e a enfermagem. **Escola Anna Nery: Revista de Enfermagem.**, v.7, n.2, p. 62-65, 2003.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
ESCOLA DE ENFERMAGEM E FARMÁCIA
 Av. Lourival Melo Mota, s/n, CEP: 57072-970
 Campus A.C. Simões, Tel.: (82) 3214 1153

APÊNDICE A - ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

IDENTIFICAÇÃO DO EDUCADOR

Data da entrevista: ____/____/____ Número da entrevista: _____

Nome: _____

Idade: _____ anos Região de Moradia: _____

Escolaridade (anos de estudos completos): _____

Tem filhos? NÃO () SIM () idade de cada um ____

Há quanto tempo trabalha nesta creche? _____

Profissão: _____ Função exercida: _____

Com qual grupo etário trabalha nesta creche no momento: _____

Já tinha experiência de trabalho em creches? NÃO () SIM () Quanto tempo: ____

Recebeu algum treinamento específico para trabalhar na creche?

NÃO () SIM () Qual? _____

Você já cuidou de crianças (filhos/outros)? _____

ROTEIRO SEMI-ESTRUTURADO

Como acontece sua rotina de trabalho?

Para você o que é o cuidado?

Como você realiza o cuidado?

Como você acha que deve ser o cuidado com uma criança?

Para você, qual é a função da creche?

Para você, quais são as atribuições de um educador infantil?

Quais as vantagens e as desvantagens da criança frequentar a creche?

Para você o que é cuidar?

Qual a relação entre cuidar e educar?

Relate uma situação que você considera que representa um bom cuidado para a criança e uma situação que você considera que representa que uma criança não foi bem cuidada.

O que significa cuidar da criança de outra pessoa?

Para você o que é saúde?

O que influencia a saúde de uma criança?

Quais os principais problemas de saúde que você identifica na creche?

Diante de tais problemas, qual é a sua conduta?

Como você obteve esses conhecimentos?

Algum profissional de saúde frequenta a creche/pré-escola? O que ele faz? A qual instituição ele pertence?

Você acha importante desenvolver ações com outros setores? Quais?

Como é o seu contato com a família da criança?

Qual a função da creche? Há ações intersetoriais?

Qual a importância da creche para a criança?

Como ocorre sua relação com a família da criança?

O que você entende como crescimento e desenvolvimento da criança?

Como você garante/deve ser garantida a segurança das crianças nas creches?

Você já participou de um curso de primeiros socorros? Qual foi a instituição promotora?

O que você entende por desenvolvimento infantil?

O que você acha da singularidade de cada criança?



UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
ESCOLA DE ENFERMAGEM E FARMÁCIA
 Av. Lourival Melo Mota, s/n, CEP: 57072-970
 Campus A.C. Simões, Tel.: (82) 3214 1153

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

“O respeito devido à dignidade humana exige que toda pesquisa se processe com consentimento livre e esclarecido dos participantes, indivíduos ou grupos que, por si e/ou por seus representantes legais, manifestem a sua anuência à participação na pesquisa.” (Resolução. nº 466/12-IV, do Conselho Nacional de Saúde)

Eu, _____, tendo sido convidado (a) a participar como voluntário (a) do estudo **“Atenção à saúde da criança na educação infantil: análise a partir de práticas de cuidado realizadas pelos educadores”**, recebi das Sra. **Mariana Gomes de Oliveira**, pesquisadora responsável, matriculada no Curso de Pós-graduação em Enfermagem (Mestrado) da Escola de Enfermagem e Farmácia da Universidade Federal de Alagoas – UFAL, sob a orientação da **Profª. Drª Ingrid Martins Leite Lúcio**, as seguintes informações que me fizeram entender sem dificuldades e sem dúvidas os seguintes aspectos:

- Que o estudo se destina a analisar a atenção à saúde da criança na educação infantil a partir de práticas de cuidado realizadas pelos educadores.
- Que a importância deste estudo é a de contribuir para a reflexão sobre o cuidado integral à saúde da criança frente ao processo de trabalho da educação em parceria com a saúde, com vistas a subsidiar propostas de intervenção a partir de ações intersetoriais.
- Que o estudo será feito da seguinte maneira: após autorização da pesquisa pelas instituições e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa a pesquisadora entrará em contato, pessoalmente, com os sujeitos do estudo para realizar o convite para participar da pesquisa e esclarecer quaisquer dúvidas a respeito da mesma. Desta forma, será entregue este T.C.L.E que

deverá ser lido e assinado em duas vias, ficando uma via com as responsáveis pelo estudo e outra com o sujeito da pesquisa. Em seguida as entrevistas serão realizadas pelas pesquisadoras. Serão abordadas perguntas relacionadas às práticas de cuidado realizadas pelos educadores infantis em creches e pré-escolas à luz da prevenção de doenças e promoção da saúde.

- Que eu participarei da seguinte etapa: entrevista gravada, observação qualitativa e registro fotográfico;
- Que eu permito a liberação de uso da minha imagem, através de registro fotográfico, para fins de publicação científica referentes a esta pesquisa;
- Que os incômodos que poderei sentir com a minha participação são os seguintes: desconforto ao falar sobre o tema, uma perda pequena do tempo livre.
- Que os possíveis riscos à minha saúde física e mental são: posso me sentir cansado(a), posso me emocionar, chorar ou até ficar irritado(a).
- Que deverei contar com a seguinte assistência: as pesquisadoras estarão comigo o tempo todo durante a entrevista. Vão me ouvir com paciência e se eu chorar ou ficar irritado(a), elas vão parar a entrevista. Vão respeitar o meu momento e se for necessário irão marcar outro encontro. Vão me dar o tempo que eu precisar. Se nós acharmos necessário, vamos interromper a conversa pelo tempo que for necessário para que eu me acalme e queira continuar.
- Que os benefícios que deverei esperar com a minha participação, mesmo que não diretamente, são: contribuir com o cuidado à saúde da criança na educação infantil.
- Que a minha participação será acompanhada do seguinte modo: através da responsável pela pesquisa no momento das entrevistas.
- Que, sempre que desejar, serão fornecidos esclarecimentos sobre cada uma das etapas do estudo.
- Que, a qualquer momento, eu poderei recusar a continuar participando do estudo e, também, que eu poderei retirar este meu consentimento, sem que isso me traga qualquer penalidade ou prejuízo.
- Que as informações conseguidas através da minha entrevista não permitirão a identificação da minha pessoa, exceto aos responsáveis pelo estudo.

- Que eu nada pagarei e nada receberei para participar desta pesquisa, sendo uma ação voluntária e de ajuda às pesquisadoras e as crianças de creches e pré-escolas.
- Que eu serei indenizado (a) por qualquer dano que venha a sofrer com a minha participação na pesquisa.

Finalmente, tendo eu compreendido perfeitamente tudo o que me foi informado sobre a minha participação no mencionado estudo e estando consciente dos meus direitos, das minhas responsabilidades, dos riscos e dos benefícios que a minha participação implicam, concordo em dele participar e para isso eu DOU O MEU CONSENTIMENTO SEM QUE PARA ISSO EU TENHA SIDO FORÇADO (A) OU OBRIGADO (A).

ATENÇÃO: Para informar ocorrências irregulares ou danosas durante a sua participação no estudo, dirija-se ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas:
Prédio da Reitoria, sala do C.O.C., Campus A.C. Simões, Cidade Universitária
Telefone: (82) 3214-1041

Endereços dos Responsáveis pela Pesquisa:

Rua: Av. Lourival Melo Mota, s/n
Complemento: Campus A.C. Simões - BR 104 – Norte Km 97.
Bairro: Tabuleiro do Martins CEP: 57072-970
Cidade: Maceió UF: AL
Telefone: (82) 3214-1153
E-mail: ingrid_lucio@yahoo.com.br
marianagomes.enf@hotmail.com

**Assinatura do Pesquisador responsável
pelo estudo (rubricar as demais folhas do
T.C.L.E.)**

**Assinatura do Docente responsável
pelo estudo (rubricar as demais folhas do
T.C.L.E.)**

**Assinatura do voluntário (a)
(rubricar as demais folhas do T.C.L.E.)**



UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
ESCOLA DE ENFERMAGEM E FARMÁCIA
 Av. Lourival Melo Mota, s/n, CEP: 57072-970
 Campus A.C. Simões, Tel.: (82) 3214 1153

APÊNDICE C - CRECHES E PRÉ-ESCOLAS INSERIDAS NO VII DISTRITO SANITÁRIO DE MACEIÓ/AL

Quadro 2 – Creches e pré-escolas inseridas no VII Distrito Sanitário do município de Maceió/AL, segundo dados coletados na Secretaria de Educação, em julho de 2013.

Quantidade de creches e pré-escolas – Julho, 2013			
Nº	Escola	Caracterização	Bairro
01	Carmelita Gama – CAIC*	Pré-escola	Cidade Universitária-Tabuleiro
02	Casa da Amizade	Pré-escola	Tabuleiro dos Martins
03	Cícero Dué da Silva**	Pré-escola	Tabuleiro
04	Hermé Miranda	Creche	Tabuleiro Novo
05	Kyra Maria Barros Paes	Creche	Clima Bom
06	Leda Collor	Creche/ Pré-escola	Tabuleiro
07	Denisson Menezes	Pré-escola	Denisson Menezes
08	Graciliano Ramos**	Pré-escola	Vilage -Tabuleiro
09	Núcleo de Desenvolvimento Infantil	Creche/Pré-escola	Cidade Universitária-Tabuleiro
10	Octávio Brandão**	Pré-escola	Tabuleiro
11	Tobias Granja	Pré-escola	Clima Bom
12	Jorge de Lima	Pré-escola	Santa Lúcia
13	Centro Municipal de Educação Infantil Profª Nadir Brandão Cavalcante	Em processo de implantação	Eustáquio Gomes

Fonte: Secretaria Municipal de Educação de Maceió – SEMED.

* Diretoras da Instituição não autorizaram a pesquisa.

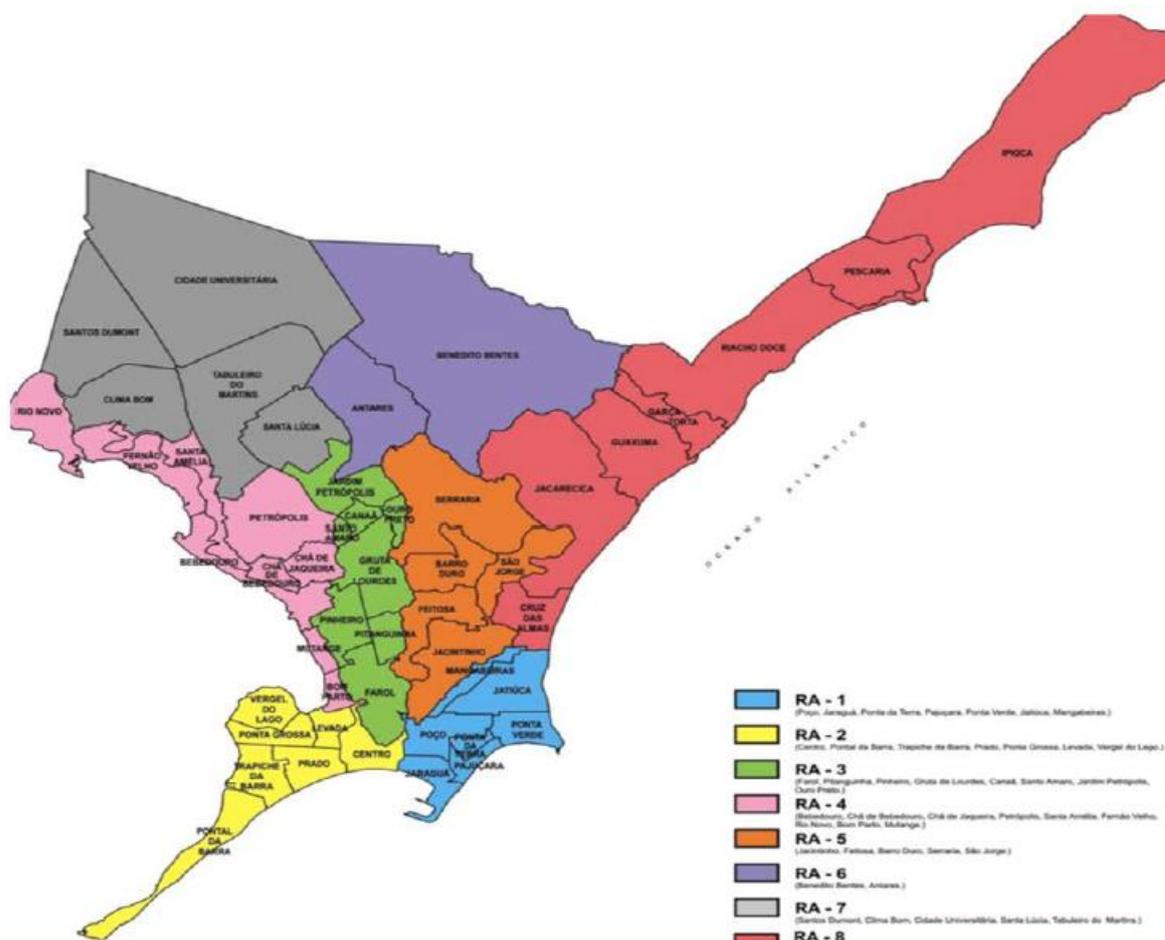
** Instituições que não foram lócus da pesquisa devido a saturação dos dados na caracterização pré-escola.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
ESCOLA DE ENFERMAGEM E FARMÁCIA
 Av. Lourival Melo Mota, s/n, CEP: 57072-970
 Campus A.C. Simões, Tel.: (82) 3214 1153

ANEXO A – Mapa ilustrando a VII Região Administrativa

Figura 1: Localização dos bairros que compreendem a VII Região Administrativa de Maceió – AL.



Fonte: Google Maps. Disponível em: <https://www.google.com.br/search?hl=> Acesso em: 24 set. 2014.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
ESCOLA DE ENFERMAGEM E FARMÁCIA
 Av. Lourival Melo Mota, s/n, CEP: 57072-970
 Campus A.C. Simões, Tel.: (82) 3214 1153

**ANEXO B – AUTORIZAÇÃO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO DO
 MUNICÍPIO DE MACEIÓ-AL**



PREFEITURA DE
MACEIÓ
 EDUCAÇÃO

SECRETARIA MUNICIPAL DE MACEIÓ - SEMED
 DIRETORIA GERAL DE ENSINO - DIGEN

Ofício Circular nº 019 /2013-DIGEN/SEMED

Maceió, 28 de novembro de 2013.

DE: Diretoria Geral de Ensino
 Para: Senhora Coordenadora

Atendendo a solicitação da aluna de Pós Graduação em Enfermagem – UFAL, Mariana Gomes de Oliveira com o projeto de pesquisa denominado “ Atenção à saúde da criança na Educação Infantil: análise de práticas de cuidado realizadas pelos educadores ”, onde será realizado em creches dos bairros supracitados no ofício do dia 12 de novembro do corrente ano, com o objetivo de analisar a atenção à saúde da criança na Educação Infantil, com vistas a subsidiar propostas de intervenção a partir de ações intersetoriais. Esta Diretoria autoriza a pesquisa.

Atenciosamente,

Maria José Ferreira Moraes
 Diretora Geral de Ensino

MARIA JOSÉ FERREIRA MORAES
Diretora Geral de Ensino



UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
ESCOLA DE ENFERMAGEM E FARMÁCIA
 Av. Lourival Melo Mota, s/n, CEP: 57072-970
 Campus A.C. Simões, Tel.: (82) 3214 1153

ANEXO C – AUTORIZAÇÃO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO DO MUNICÍPIO DE MACEIÓ-AL

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
ALAGOAS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA NA EDUCAÇÃO INFANTIL: ANÁLISE A PARTIR DE PRÁTICAS DE CUIDADO REALIZADAS PELOS EDUCADORES

Pesquisador: MARIANA GOMES DE OLIVEIRA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 23294413.1.0000.5013

Instituição Proponente: Universidade Federal de Alagoas

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 560.971

Data da Relatoria: 08/04/2014

Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma pesquisa qualitativa do tipo descritiva, que pretende responder as seguintes indagações: Quais as práticas de saúde desenvolvidas na educação infantil? Como o educador infantil cuida das crianças nas creches e pré-escola? Objetiva-se com este trabalho analisar a atenção à saúde da criança na educação infantil a partir de práticas de cuidado realizadas pelos educadores, com vistas a subsidiar propostas de intervenção a partir de ações intersetoriais. O cenário em que será desenvolvida a pesquisa será composto pelas instituições de educação infantil (creches e pré-escolas) que estão inseridas no VII distrito sanitário do município de Maceió. Os sujeitos do estudo serão as educadoras, que são as trabalhadoras que atuam diretamente junto às crianças, e os que porventura influenciarem no desenvolvimento das práticas de cuidado desenvolvidas na instituição, tais como coordenadores e auxiliares de sala. A coleta será realizada por meio da observação

qualitativa, registro fotográfico e entrevista com roteiro semi-estruturado relativo ao cuidado prestado às crianças no âmbito da creche e pré-escola. A importância deste estudo é a de contribuir para a reflexão sobre o cuidado integral à saúde da criança frente ao processo de trabalho da educação em parceria com a saúde, com vistas a subsidiar propostas de intervenção a partir de ações intersetoriais.

Todas as pendências foram cumpridas. Protocolo de pesquisa atende as recomendações éticas da Resolução 466/12.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

MACEIO, 18 de Março de 2014

Assinador por:
Deise Juliana Francisco
(Coordenador)