



UNIVERSIDADE FEDERAL DO OESTE DO PARÁ - UFOPA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO - ICED
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO – PPGE
MESTRADO ACADÊMICO EM EDUCAÇÃO



**CRENÇAS E PRÁTICAS DOCENTES QUANTO À PROMOÇÃO E PREVENÇÃO
EM SAÚDE NA EDUCAÇÃO INFANTIL, EM SANTARÉM-PARÁ.**

ANDRÉA LEITE DE ALENCAR SALGADO

SANTARÉM/PARÁ
Junho/2016



UNIVERSIDADE FEDERAL DO OESTE DO PARÁ - UFOPA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO - ICED
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO – PPGE
MESTRADO ACADÊMICO EM EDUCAÇÃO



CRENÇAS E PRÁTICAS DOCENTES QUANTO À PROMOÇÃO E PREVENÇÃO EM SAÚDE NA EDUCAÇÃO INFANTIL, EM SANTARÉM-PARÁ.

ANDRÉA LEITE DE ALENCAR SALGADO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Educação, da Universidade Federal do Oeste do Pará, como requisito para obtenção do grau de Mestre em Educação.

Orientadora: Professora Dra. Iani Dias Lauer Leite

SANTARÉM/PARÁ
Junho/2016

**Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)
Sistema Integrado de Bibliotecas – SIGI/UFOPA**

S164c Salgado, Andréa Leite de Alencar
Crenças e práticas docentes quanto à promoção e prevenção em saúde na educação infantil, em Santarém- Pará. / Andréa leite de Alencar Salgado. – Santarém, 2016.
169fls.: il.
bibliografias.

Orientadora Iani Dias Lauer Leite
Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Oeste do Pará, Instituto de Ciências da Educação, Mestrado Acadêmico em Educação.

1. Crenças e práticas. 2. saúde na creche. 3. Docentes. I. Leite, Iani Dias Lauer *orient.* II. Título.

CDD: 23 ed. 372



UNIVERSIDADE FEDERAL DO OESTE DO PARÁ - UFOPA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO - ICED
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO – PPGE
MESTRADO ACADÊMICO EM EDUCAÇÃO



**CRENÇAS E PRÁTICAS DOCENTES QUANTO À PROMOÇÃO E PREVENÇÃO
EM SAÚDE NA EDUCAÇÃO INFANTIL, EM SANTARÉM-PARÁ.**

ANDRÉA LEITE DE ALENCAR

DATA DA DEFESA: 27 de Junho de 2016

RESULTADO: Aprovada

Banca Examinadora:

Iani Dias Lauer Leite
Profa Dra Iani Dias Lauer Leite (Orientadora)

Celina Maria Colino Magalhães
Profa. Dra. Celina Maria Colino Magalhães (UFPA – Examinador externo)

Irani Lauer Lellis
Profa. Dra. Irani Lauer Lellis (PPGE/UFOPA – Examinador interno)

Sinara Almeida da Costa
Profa. Dra. Sinara Almeida da Costa (PPGE/UFOPA- Examinador Suplente)

Um fotógrafo-artista me disse outra vez: Veja que pingo de sol no couro de um lagarto é para nós mais importante do que o sol inteiro no corpo do mar. Falou mais: que a importância de uma coisa não se mede com fita métrica nem com balanças nem com barômetros etc. Que a importância de uma coisa há que ser medida pelo encantamento que a coisa produza em nós. Assim um passarinho nas mãos de uma criança é mais importante para ela do que a Cordilheira dos Andes
(Manoel de Barros).

AGRADECIMENTOS

A Deus, o guia de todos os meus passos.

À minha Família, pelo apoio incondicional e por conviverem com minha ausência, em especial Américo, Yan e Maria Clara (ainda na barriga).

À Secretaria de Estado de Saúde Pública-SESPA por permitir minha dedicação integral ao mestrado.

À Secretaria Municipal de Educação, em especial ao setor de Educação Infantil pelo apoio na realização da pesquisa.

A meus alunos e minha chefia, por adaptar-se junto comigo aos cronogramas e prazos.

Aos docentes da UFOPA, pela oportunização da rica troca de conhecimentos e experiências.

À minha orientadora, pela orientação, discernimento, paciência e, sobretudo, pela sua fé em Deus que por tanta força segura bem mais do que os “seus”.

À banca avaliadora, pela compreensão e por contribuir de maneira ímpar na melhoria deste estudo.

LISTA DE SIGLAS

AEE	Atendimento Educacional Especializado
CEMEI	Centro Municipal de Educação Infantil
UMEI	Unidade Municipal de Educação Infantil
DCNEI	Diretriz Curricular Nacional para a Educação Infantil
EMEI	Espaço Municipal de Educação Infantil
FNDE	Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação
LDB	Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional
LOAS	Lei Orgânica da Assistência Social
MEC	Ministério da Educação
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PSE	Programa Saúde na Escola
RCNEI	Referencial Curricular Nacional para a Educação Infantil
SEMED	Secretaria Municipal de Educação e Desporto
UFOPA	Universidade Federal do Oeste do Pará
UNINTER	Centro Universitário Internacional
EDUCA	Educa mais Brasil
UEPA	Universidade do Estado do Pará
UFPA	Universidade Federal do Pará
UNICURSOS	UNICURSOS _ Cursos Preparatórios
IESPES	Instituto Esperança de Ensino Superior

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	Mapa das UMEIs e EMEIs de Santarém-PA.	80
Figura 2	Professores segundo o gênero	81
Figura 3	Estado civil dos professores	82
Figura 4	Número de filhos por professor	83
Figura 5	Número de professores entrevistados por UMEI	84
Figura 6	Professores por polos das UMEIS	84
Figura 7	Vínculo empregatício dos professores	85
Figura 8	Formação dos professores	85
Figura 9	Cursos de graduação dos professores entrevistados	86
Figura 10	Tipo de instituição da graduação	87
Figura 11	Cursos de pós graduação dos professores	88
Figura 12	Instituições de pós-graduação dos professores	89
Figura 13	Dendograma a partir da Classificação Hierárquica Descendente	93
Figura 14	Gráfico da Repartição de UCE por classes (crenças)	95
Figura 15	Dendograma da análise hierárquica descendente das respostas referentes às Crenças Docentes	96
Figura 16	Eixo 1, extraído do Dendograma de <i>Crenças Docentes</i>	98
Figura 17	Eixo 2, extraído do Dendograma de <i>Crenças Docentes</i>	101
Figura 18	Eixo 3, extraído do Dendograma de <i>Crenças Docentes</i>	109
Figura 19	Gráfico da Repartição de UCE por classes (Práticas)	118
Figura 20	Dendograma da análise hierárquica descendente das respostas referentes às <i>Práticas Docentes</i> .	119
Figura 21	Eixo 1, extraído do Dendograma de <i>Práticas Docentes</i>	120
Figura 22	Eixo 2, extraído do Dendograma de <i>Práticas Docentes</i>	125
Figura 23	Eixo 3, extraído do Dendograma de <i>Práticas Docentes</i>	134
Figura 24	Relações gerais entre crenças e práticas docentes	139
Figura 25	Relação entre crenças e práticas	141
Figura 26	Relação entre crenças e práticas	142
Figura 27	Relação entre crenças e práticas	144
Figura 28	Relação entre crenças e práticas	145

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Níveis de aplicação da medicina preventiva segundo Leavell e Clarck (1976)	20
Quadro 2	Ações de saúde previstas no Projeto Político Pedagógico da Educação Infantil.	48
Quadro 3	Demonstrativo de Crianças matriculadas nas UMEIs, EMEIs, CMEI - 2015.	78
Quadro 4	UMEIs participantes da pesquisa segundo número de professores nas séries berçário e maternal I e II.	81
Quadro 5	Exemplo de Codificação das características variáveis dos participantes do estudo.	92
Quadro 6	Amostragem de corpus temático submetido à análise no Iramuteq	92
Quadro 7	Rotina diária das UMEIs de Santarém	135

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Produção científica conforme palavras chave no período de 2000 a 2015	51
Tabela 2	Distribuição dos artigos sobre promoção e prevenção em saúde na educação infantil, segundo base de dados, títulos, periódicos e anos de publicação.	52
Tabela 3	Distribuição das teses sobre promoção e prevenção em saúde na educação infantil, segundo títulos, Instituição e anos de publicação.	53
Tabela 4	Distribuição das dissertações sobre promoção e prevenção em saúde na educação infantil, segundo títulos, Instituição e anos de publicação.	54
Tabela 5	Distribuição das Monografias sobre promoção e prevenção em saúde na educação infantil, segundo títulos, Instituição e anos de publicação	55
Tabela 6	Medidas de tendência Central para a variável idade	82
Tabela 7	Medidas de Tendência Central para as variáveis Tempo na Educação Infantil, Tempo no Berçário ou Maternal 1 e 2, Tempo de Formação em Magistério e Tempo de Formação na Graduação	87

CRENÇAS E PRÁTICAS DOCENTES QUANTO À PROMOÇÃO E PREVENÇÃO EM SAÚDE NA EDUCAÇÃO INFANTIL, EM SANTARÉM-PARÁ.

RESUMO:

A prevenção e promoção da saúde no âmbito escolar parte de uma visão integral e multidisciplinar do ser humano, considerando as pessoas em seu contexto familiar, comunitário, social e ambiental, sendo ainda uma temática recentemente inserida nas Referências Curriculares Nacionais e que necessita de implementação na prática diária das instituições. Em se tratando da Educação Infantil, a promoção e prevenção em saúde podem ou não estar presentes nas ações de cuidar e educar no cotidiano das creches, sendo realizadas ou não pelos professores das mesmas. Nesse sentido, partindo-se do pressuposto teórico de que as crenças docentes possuem uma ligação com as práticas realizadas quotidianamente no contexto escolar, este estudo objetivou Investigar as crenças e as práticas docentes sobre promoção e prevenção em saúde na Educação Infantil, a partir do relato de professores pertencentes à rede municipal de Educação Infantil em Santarém, Pará. Para alcance destes objetivos foi realizada uma pesquisa qualitativa do tipo exploratória através de entrevistas individuais com professores de 10 Unidades Municipais de Educação Infantil de Santarém. Participaram do estudo 53 professores, com no mínimo dois anos de experiência, na faixa etária de 22 a 56 anos, em sua maioria com formação em magistério e pedagogia. Os dados das entrevistas foram divididos em dois corpus temáticos e analisados com auxílio do software livre IRAMUTEQ. A análise dos dois corpus, um de crenças e outro de práticas, originou 5 classes cada. As classes referentes às Crenças, trouxeram crenças relativas aos determinantes do processo saúde-doença, os papéis da escola, da família e de profissionais de saúde na prevenção e promoção da saúde e crenças relacionadas à prevenção e promoção mediante práticas de higiene. As classes de Práticas evidenciaram práticas pedagógicas de promoção e prevenção em saúde, práticas de higiene como forma de promoção da saúde na escola, ações da escola e da família para promover saúde e a descrição da rotina diária na creche. Observou-se mediante os resultados empíricos, a relação de 3 classes de crenças com 3 classes de práticas. Mediante esses resultados inferiu-se que as crenças estão relacionadas às práticas e essas crenças interferem nas práticas quotidianas desses professores. Espera-se que os resultados apresentados contribuam tanto no âmbito acadêmico quanto no âmbito social. Sob o foco acadêmico, o estudo propicia um levantamento inicial de dados relativos às práticas quotidianas nas creches municipais, assim como mostra a relação existente entre crenças e práticas. Sob a égide social, o estudo traz resultados que poderão ser insumos para criação de estratégias mais eficazes de promoção e prevenção em saúde na Educação Infantil. Conclui-se ser de grande importância a continuidade de estudos sobre a promoção da saúde das crianças como uma responsabilidade das instituições educativas em parceria com familiares e serviços de saúde, devendo-se considerar o fato de que é impossível cuidar e educar crianças sem influenciar as práticas sociais relativas à manutenção e recuperação da saúde e do bem-estar infantil, ou sem ser influenciado por essas práticas.

PALAVRAS CHAVE: Crenças e práticas; Saúde na creche; docentes.

TEACHERS' BELIEFS AND PRACTICES FOR HEALTH PROMOTION AND PREVENTION IN EARLY CHILDHOOD EDUCATION IN SANTARÉM-PARA.

ABSTRACT:

Health promotion and prevention within the school is part of a comprehensive and multidisciplinary vision of the human being, considering people in their family, community, social and environmental context, still being a newly inserted theme in the National Curriculum References and requires implementation in institutions' daily practice. In early childhood education, health promotion and prevention may be or may not be present in actions of caring and education in everyday child care, being carried out or not by teachers of the same. In this sense, starting from the theoretical assumption that teachers' beliefs are connected with the practices carried out daily in school context, this study aimed to investigate the teachers' beliefs and practices on health promotion and prevention in early childhood education, based on accounts of teachers belonging to the Municipal Childhood Education in Santarém, Pará. To achieve these objectives a qualitative research of exploratory means through individual interviews with teachers from 10 Child Education Municipal Units of Santarém was held. The study included 53 teachers, with at least two years of experience, aged 22 to 56 years mostly with training in teaching and pedagogy. Data from the interviews were divided into two thematic corpus and analyzed using the free software IRAMUTEQ. Analysis of both corpus, one of beliefs and other of practices, resulted in 5 classes each. The classes concerning beliefs, brought beliefs about the determinants of the health-disease process, school papers, family and health professionals in prevention and health promotion and beliefs related to prevention and promotion through hygiene practices. Practices classes showed educational promotion and preventive health practices, hygiene practices as a form of health promotion at school, school and family activities to promote health and the description of the daily routine in the nursery. It was noted by the empirical results, the ratio of 3 beliefs classes to 3 practises' classes. Through these results it was inferred that beliefs are related to practices and those beliefs interfere in the daily practices of these teachers. It is expected that the results contribute both in academic and social environment. Under the academic focus, the study provides an initial survey of data on daily practices in municipal kindergartens, and shows the relationship between beliefs and practices. Under the corporate aegis, the study provides results that may be input to create more effective strategies of promotion and prevention in health in Early Childhood Education. It was concluded to be of great importance to continue studies on the promotion of children's health as a responsibility of educational institutions in partnership with family and health services, and it must be considered the fact that it is impossible to care for and educate children without influencing social practices related to the maintenance and recovery of health and child welfare, or without being influenced by these practices.

KEY WORDS: Beliefs and practices; Health in the nursery; teachers.

SUMÁRIO

1. CONSIDERAÇÕES INICIAIS.....	14
1.1 OBJETIVO GERAL	17
1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	17
2.PROMOÇÃO E PREVENÇÃO EM SAÚDE NA EDUCAÇÃO INFANTIL	19
2.1. Promoção e prevenção em saúde: conceituações e breve histórico.....	19
2.2.A saúde na Escola	25
2.3 A Educação Infantil no Brasil.....	30
2.3.1 Currículo.....	33
2.3.2 A relação com as famílias	37
2.3.3 Formação de professores.....	37
2.4 A educação infantil no Pará/Santarém	38
2.5 Saúde na educação infantil: o cuidar, o educar e a promoção da saúde	41
2.5.1 Saúde na Educação Infantil em Santarém	46
2.6 O estado da arte sobre promoção e prevenção da saúde na educação infantil..	49
3. CRENÇAS E PRÁTICAS DOCENTES: APORTES TEÓRICOS	63
3.1 Crenças: Conceituações e caracterização	63
3.1.1 Características gerais das crenças	68
3.2 Crenças e práticas docentes	69
3.3 Crenças e práticas docentes em saúde na infância	73
4. CAMINHO METODOLÓGICO	77
4.1 Desenho da pesquisa	77
4.2 Lócus da pesquisa	78
4.3 Participantes.....	80
4.3.1 Perfil dos professores entrevistados	81
4.4 Instrumentos.....	89
4.5 Coleta de dados	91
4.6 Análise dos dados	91
5. CRENÇAS DOCENTES QUANTO À PROMOÇÃO E A PREVENÇÃO EM SAÚDE NA EDUCAÇÃO INFANTIL: RESULTADOS E DISCUSSÃO	95
5.1 Eixo 1: Crenças de promoção da saúde na creche	97
5.1.1 Classe azul: fatores determinantes do processo saúde-doença na creche.....	98
5.2 Eixo 2: Parcerias para a promoção da saúde.....	101
5.2.1 Classe vermelha: Importância da família e dos projetos na promoção à saúde	102
5.2.2 Classe cinza: A importância dos profissionais de saúde na creche	105
5.3 Eixo 3: Crenças de prevenção pelo cuidado	108
5.3.1 Classe verde: O cuidado, a família e o adoecimento	109
5.3.2 Classe lilás: O cuidado e a prevenção em saúde na creche	113
6. PRÁTICAS DOCENTES DE PROMOÇÃO E PREVENÇÃO EM SAÚDE NA EDUCAÇÃO INFANTIL: RESULTADOS E DISCUSSÃO	118

6.1 Eixo 1: Práticas de promoção e prevenção em saúde	120
6.1.1 Classe vermelha: Práticas de higiene e a promoção e prevenção em saúde na creche	120
6.2 Eixo 2: A divisão dos papéis entre a escola e a família	124
6.2.1 Classe lilás: A divisão dos papéis entre a escola e a família na promoção da saúde	125
6.2.2 Classe verde: Promoção da saúde na escola: a prática pedagógica	129
6.3 Eixo 3: Rotinas na creche.....	133
6.3.1 Classes azul e cinza: A rotina diária na creche e a divisão do tempo	134
6.4 Relações entre as crenças e as práticas em promoção e prevenção em saúde na Educação Infantil nas creches municipais em Santarém, Pará.	138
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	147
8. REFERÊNCIAS	152

APÊNDICES

Ficha de dados sociodemográficos

Roteiro de entrevista

Termo de consentimento livre e esclarecido

Códigos usados no Iramuteq

Linha de asteriscos

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

A promoção da saúde no âmbito escolar parte de uma visão integral e multidisciplinar do ser humano, considerando as pessoas em seu contexto familiar, comunitário, social e ambiental, sendo ainda uma temática recentemente inserida nas Referências Curriculares Nacionais e que necessita de implementação na prática diária das instituições.

A Constituição Federal de 1988, o Estatuto da Criança e do Adolescente de 1990, a Lei Orgânica da Assistência Social- Lei 8.742/1993 LOAS, a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional-Nº9394/96, as Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação Infantil-Resolução Nº 05 de 17 de Dezembro de 2009, os Parâmetros Curriculares Nacionais para a Educação Infantil, são alguns documentos que enfatizam os direitos das crianças nesta faixa etária. Essa ampliação do direito a educação dos pequenos, desde o início da vida, representa uma conquista significativa para a sociedade e direciona para inclusão do componente curricular saúde nestas etapas.

Cabe aqui salientar que a Educação Infantil ocupa-se da criança na sua totalidade, objetivando o seu desenvolvimento nos aspectos biológicos, psicológicos intelectuais, históricos e socioculturais, preparando-as para viver intensamente esta fase da sua vida. Esta afirmação se confirma pela Organização Pan-americana de Saúde - OPAS, que afirma que a promoção da saúde no âmbito escolar parte de uma visão integral e multidisciplinar do ser humano, considerando as pessoas em seu contexto familiar, comunitário, social e ambiental (OPS, 1995).

Portanto, a ação dos profissionais de saúde não é suficiente para abranger a todos estes aspectos, sendo necessário a interação com diversos setores como a assistência social, infraestrutura de saneamento e principalmente da educação, numa ação Inter setorial que deve estar voltada primariamente à garantia dos direitos fundamentais das crianças.

Foi justamente a necessidade de compreensão dos aspectos envolvidos nesta temática que motivou a realização desta pesquisa. Na atuação como docente do curso de Enfermagem da Universidade do Estado do Pará tornou-se muito frequente a solicitação de atividades de educação em saúde no âmbito das creches municipais uma vez que a autora desse trabalho atuava com disciplinas do Departamento de Enfermagem Comunitária. Durante a execução destas ações de

Considerações iniciais

saúde com os acadêmicos, percebia-se a escassez de uma rotina de atividades desta natureza voltada às crianças. Em várias ocasiões, no decorrer de disciplinas como essa, surgiram solicitações para se trabalhar com os pais e familiares, oportunidade em que sempre era priorizada a educação em saúde voltada a modificar os comportamentos dos mesmos no sentido da adoção de hábitos saudáveis tanto para consigo como para seus filhos.

Também chamou atenção o fato de que grande parte das crianças das séries berçário e maternal permanecem na escola em tempo integral o que acaba limitando o tempo de cuidados e educação no âmbito familiar. Torna-se assim de extrema importância o papel da escola na implantação dos hábitos saudáveis na rotina das crianças, uma vez que estas estão a maior parte do tempo sob seus cuidados.

Fazendo um paralelo entre alguns estudos, constata-se que alguns profissionais ainda possuem uma crença limitada quanto ao conceito de promoção de saúde vinculando-o apenas à saúde física ou simplesmente, a uma concepção orgânica, como a ausência de doenças (RODRIGUES et al., 2008). Esta visão estritamente biológica foi observada nas crenças dos (as) profissionais da educação dos estudos revisados, sendo raramente atribuído o modo como o cuidado é ofertado, prevalecendo a relação da saúde com hábitos de higiene física, o repasse de informações sobre esse assunto ou a crença da ação curativa, como a de maior relevância (CARDOSO, REIS & IERVOLINO, 2008; LONGO-SILVA & TADDEI, 2013; MARANHÃO, 2000; MENDONÇA & LEMOS, 2011; VIEIRA et al. , 2009).

O estudo de Becker et al., realizado em 2013, destacou que as educadoras não consideram importantes somente as necessidades físicas, mas um conjunto de ações que estimulem a criança como um todo. Os autores apresentaram no artigo os resultados de uma pesquisa sobre as concepções dos educadores que embasam os cuidados cotidianos que prestam as crianças, identificando o holding (manipular) e object-presenting dos bebês e o handling (manipular) e a apresentação de objetos como as principais práticas.

Assim percebe-se o quão importantes são as percepções dos docentes quanto à saúde e sua promoção e prevenção no âmbito da educação infantil, influenciando assim diretamente no estado de saúde de suas crianças, tornando de suma importância conhecer as crenças e percepções dos profissionais da educação

Considerações iniciais

infantil relativas à promoção da saúde no dia a dia das Unidades Municipais de Educação Infantil.

Diante do exposto, buscou-se compreender o objeto desse estudo, com base nas seguintes questões:

a) Como os profissionais de educação infantil compreendem a promoção e a prevenção em saúde?

b) Quais as crenças e práticas docentes sobre promoção e prevenção em saúde, a partir do relato de professores da educação infantil da rede municipal de Santarém?

Para obter subsídios teóricos que permitissem a inserção na temática do problema de pesquisa, foram construídas as duas seções seguintes deste texto. A segunda seção, **Promoção e prevenção em saúde na educação infantil**, traz definições de promoção e prevenção em saúde bem como o cenário histórico em que surgiram no âmbito internacional e nacional. Em seguida apresenta-se um breve histórico e fundamentação teórica e legal quanto à Saúde na Escola. Finalizando a primeira seção é trazido o trajeto histórico e fundamentação legal da Educação Infantil no Brasil e adentra na temática transversal “saúde”, buscando sua presença na legislação educacional nacional e local assim como no currículo além de questões conceituais acerca do cuidar, enfatizando a importância da formação de professores e o cenário da saúde no âmbito escolar em Santarém, e por fim, a apresentação do estado da arte das pesquisas em saúde na educação infantil.

A terceira seção, **Crenças e práticas docentes: aportes teóricos**, apresenta os aportes teóricos utilizados para embasar a pesquisa no que concerne às crenças e práticas de docentes. Nesse sentido, parte-se de uma discussão mais geral quanto às conceituações do termo Crença, em seguida adentrando a discussão no âmbito das crenças e práticas e docentes e, por fim, situando as crenças docentes na temática promoção da saúde na escola e na educação infantil.

Após esta revisão, acredita-se que o presente estudo poderá contribuir para revelar tanto o sucesso das iniciativas de saúde na escola desenvolvidas no município, quanto a possível necessidade de revisão das propostas curriculares destas instituições, assim como dos centros de formação de educadores em saúde, sejam eles profissionais de saúde ou educação, apontando para a importância do desenvolvimento de atividades envolvendo os temas transversais.

Considerações iniciais

A partir de então é apresentado o **Caminho Metodológico** do estudo, incluindo-se na quarta seção os dados do perfil sociodemográfico dos professores, obtido através da ficha de dados preenchida previamente às entrevistas.

Na quinta seção, **Crenças docentes quanto à promoção e prevenção em saúde na educação infantil: resultados e discussão**, são apresentados os resultados da análise do primeiro corpus temático constituído das respostas dos professores às questões referentes às crenças assim como a discussão destes resultados com outros estudos.

Na sexta seção, **Práticas docentes de promoção e prevenção em saúde na educação infantil: resultados e discussão**, encontram-se os resultados de análise e discussão do corpus temático referente às práticas docentes, apresentado por eixos seguido das classes. Ao final desta seção, é realizada uma análise comparativa das duas seções de resultados identificando as relações existentes entre seus eixos e suas classes.

Por fim segue-se às **Considerações Finais** do estudo, onde foi realizado um resgate dos objetivos para verificação de seu alcance durante a pesquisa assim como estão apresentadas as limitações da pesquisa, uma previsão de contribuições do estudo e as possibilidades de pesquisas futuras.

Para responder às indagações emergentes da problemática em questão, foram traçados os seguintes objetivos para este estudo.

1.1 Objetivo geral

Investigar as crenças e as práticas docentes sobre promoção e prevenção em saúde na Educação Infantil, a partir do relato de professores pertencentes à rede municipal de Educação Infantil em Santarém, Pará.

1.2 Objetivos específicos

- a) Averiguar o que os professores participantes conhecem sobre promoção e prevenção em saúde.
- b) Identificar as crenças sobre promoção e prevenção em saúde na educação infantil.

Considerações iniciais

- c)** Analisar os relatos dos participantes sobre as práticas de promoção e prevenção em saúde na educação infantil.
- d)** Averiguar as relações entre as crenças e os relatos das práticas docentes sobre prevenção e promoção da saúde no contexto da educação infantil.

2 PROMOÇÃO E PREVENÇÃO EM SAÚDE NA EDUCAÇÃO INFANTIL

Nesta seção, será realizado um breve histórico do movimento pela promoção em saúde, apresentando as mudanças no olhar direcionado à saúde que motivaram o surgimento de diversas políticas inovadoras no ramo. Também serão apresentados alguns conceitos de promoção e prevenção em saúde, construídos e reformulados, como forma de oferecer conhecimento prévio ao leitor acerca do problema de pesquisa. Em seguida apresentaremos um breve histórico e fundamentação teórica e legal quanto à Saúde na Escola.

Para finalizar a seção será trazida a revisão histórica e fundamentação legal da educação infantil no Brasil e no Pará/Santarém, levantando uma discussão sobre currículo, a organização do ambiente escolar, a relação entre as famílias e as unidades de educação infantil, formação de professores, a saúde na escola além de questões conceituais acerca do cuidar e do educar na Educação infantil. Este item será finalizado com o estado da arte na promoção e prevenção em saúde na educação infantil.

2.1 Promoção e prevenção em saúde: Conceituações e breve histórico

A relação entre saúde e condições gerais de vida das populações, foi constatada e explicitada na própria origem da medicina moderna. Especialmente no final do século XVIII e na primeira metade do século XIX, o processo de urbanização e industrialização na Europa provocou grandes transformações sociais: as condições de vida e de trabalho nas cidades estavam deterioradas e se fizeram acompanhar de um aumento da ocorrência de epidemias. Os médicos, envolvidos com o intenso movimento social que emergiu nesse período, ao relacionarem a doença com o ambiente, articulavam-no também às relações sociais que o produziam (CZERESNIA, 2003).

Passou a existir um conflito entre aqueles que propunham prioritariamente causas e intervenções gerais – por exemplo, sobre a fome e a miséria – e os que buscavam prioritariamente causas e intervenções específicas. Mckeown (1979), por exemplo, demonstrou que a redução da mortalidade na Inglaterra depois de 1840 foi, em escala muito maior, devida ao desenvolvimento econômico, a uma melhor

nutrição e outras mudanças favoráveis ao nível de vida do que às intervenções específicas da medicina.

O movimento da *medicina preventiva* surgiu entre o período de 1920 e 1950 na Inglaterra, EUA e Canadá, em um contexto de crítica à medicina curativa. Este movimento propôs uma mudança da prática médica através de reforma no ensino médico, buscando a formação de profissionais médicos com uma nova atitude nas relações com os órgãos de atenção à saúde; ressaltou a responsabilidade dos médicos com a promoção da saúde e a prevenção de doenças; introduziu a epidemiologia dos fatores de risco, privilegiando a estatística como critério científico de causalidade (AROUCA, 1975, TORRES, 2002).

Segundo Arouca (1975), o discurso da medicina preventiva emergiu em um campo formado por três vertentes: a Higiene, que surgiu no século XIX; a discussão dos custos da assistência médica e a redefinição das responsabilidades médicas que aparece no interior da educação médica.

O termo Promoção da Saúde foi utilizado pela primeira vez em 1945 pelo historiador da medicina Sigerist, que definiu quatro tarefas essenciais da medicina: a promoção da saúde, a prevenção das doenças, a recuperação e a reabilitação. Posteriormente, Leavell e Clark, em 1976, delinearam o modelo da história natural das doenças, apresentando em seu livro “Medicina Preventiva” três fases de prevenção: primária, secundária e terciária (CZERESNIA, 2003):

Quadro I - Níveis de aplicação da medicina preventiva segundo Leavell e Clark (1976)

Prevenção Primária	Promoção da Saúde	Educação sanitária; bom padrão de nutrição, ajustado às várias fases de desenvolvimento da vida; atenção ao desenvolvimento da personalidade; moradia adequada, recreação e condições agradáveis de trabalho; aconselhamento matrimonial e educação sexual; genética; exames seletivos periódicos.
	Proteção específica	Uso de imunizações específicas; atenção à higiene pessoal; hábito de saneamento do ambiente; proteção contra riscos ocupacionais; proteção contra acidentes; uso de alimentos específicos; proteção contra substâncias carcinogênicas; evitação contra alérgenos.
Prevenção Secundária	Diagnóstico e tratamento precoce	Medidas individuais e coletivas para descoberta de casos; pesquisas de triagem e exames seletivos; objetivos: - curar e evitar o processo da doença; - evitar a propagação de doenças contagiosas; - evitar complicações e seqüelas; - encurtar o período de invalidez
	Limitação da invalidez	tratamento adequado para interromper o processo mórbido e evitar futuras complicações e seqüelas; provisão de meios para limitar a invalidez e evitar a morte;

Prevenção Terciária	Prevenção Terciária	Prestação de serviços hospitalares e comunitários para reeducação e Treinamento, a fim de possibilitar a utilização máxima das capacidades restantes; Educação do público e indústria, no sentido de que empreguem o reabilitado; Emprego tão completo quanto possível; colocação seletiva; Terapia ocupacional em hospitais; Utilização de asilos
---------------------	---------------------	--

Fonte: Leavell & Clark (1976)

O conceito de *prevenção* definido por Leavell & Clarck (1976, p. 17) como “ação antecipada, baseada no conhecimento da história natural a fim de tornar improvável o progresso posterior da doença”. Segundo os autores, a prevenção apresenta-se em três fases: primária, secundária e terciária (ver quadro I). A *prevenção primária* é a realizada no período de pré-patogênese. O conceito de *promoção da saúde* aparece como um dos níveis da prevenção primária, definido como “medidas destinadas a desenvolver uma saúde ótima”. Um segundo nível da prevenção primária seria a *proteção específica* “contra agentes patológicos ou pelo estabelecimento de barreiras contra os agentes do meio ambiente”. A fase da *prevenção secundária* também apresenta-se em dois níveis: o primeiro, *diagnóstico e tratamento precoce* e o segundo, *limitação da invalidez*. Por fim, a *prevenção terciária* que diz respeito a ações de *reabilitação* (LEAVELL & CLARCK, 1976, p.17).

Cada um desses níveis de prevenção requer medidas eficazes que visem evitar a ocorrência de doenças e reduzir os danos por elas provocados. Entretanto, as medidas para a promoção da saúde no nível de prevenção primário não são voltadas para determinada doença, mas destinadas a aumentar a saúde e o bem-estar gerais (BUSS, 2003). Estas medidas reforçam e solidificam o movimento de promoção da saúde num sentido amplo, beneficiando a população de maneira geral.

O movimento de promoção da saúde também sofreu influências das reflexões acerca dos custos crescentes da assistência à saúde e do modelo médico-centrado no manejo das doenças, visto que os resultados eram pouco significativos. Inicialmente, no Canadá em 1974, foi divulgado o documento *A new perspective o the health of Canadians*, também conhecido como *Informe Lalonde*, através do qual foram propostas cinco estratégias para abordar os problemas do campo da saúde: promoção da saúde, regulação, eficiência da assistência médica, pesquisa e fixação de objetivos. Esse informe favoreceu a realização da I Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários de Saúde, em 1978, em Alma-Ata, com grande repercussão em quase todos os sistemas de saúde do mundo (BUSS, 2002).

Esta conferência, realizada Sob os auspícios da Organização Mundial de Saúde – OMS e do Fundo das Nações Unidas para a Infância – UNICEF, culminou na construção da Declaração de Alma Ata, defendendo que

[...] a saúde – estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade – é um direito humano fundamental, e que a consecução do mais alto nível possível de saúde é a mais importante meta social mundial, cuja realidade requer a ação de muitos outros setores sociais e econômicos, além do setor da saúde (OMS, 1976 apud VIANNA, 2011, p. 81).

Em 1986, ocorreu a I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, também no Canadá, originando a Carta de Ottawa, que estabeleceu que promoção da saúde é “o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo maior participação no controle desse processo” (CARTA DE OTAWA, 1986). Observe-se a ligação estabelecida entre saúde e qualidade de vida e a ênfase na capacitação e ação da comunidade sobre o processo que liga estas duas condições.

Neste sentido, a saúde é um conceito positivo, que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas. Assim, a promoção da saúde não é responsabilidade exclusiva do setor saúde, e vai para além de um estilo de vida saudável (CARTA DE OTAWA, 1986). Por isso, caracteriza-se fundamentalmente por uma composição Inter setorial e pelas ações de ampliação da consciência sanitária – direitos e deveres da cidadania, educação para a saúde, estilos de vida e aspectos comportamentais etc. (BUSS, 2010).

Destaca-se, na promoção da saúde, seus papéis de defesa da causa da saúde, de capacitação individual e social para a saúde e de mediação entre os diversos atores envolvidos. Nesse sentido, a Carta de Ottawa (1986) preconiza também cinco campos de ação para a promoção da saúde: 1) Elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis; 2) Criação de ambientes favoráveis à saúde; 3) Reforço da ação comunitária; 4) Desenvolvimento de habilidades pessoais; e 5) Reorientação do sistema de saúde.

Decorrente deste entendimento, o mesmo documento estabelece que as condições e recursos fundamentais para a saúde são abrangentes: paz, habitação, educação, alimentação, renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade; afirmando que o incremento nas condições de saúde requer uma base sólida nestes pré-requisitos básicos.

Seis anos após a conferência em Ottawa, em 1992, realizou-se na América Latina a Conferência Internacional de Promoção da Saúde. Posteriormente, foram realizadas outras Conferências Internacionais sobre Promoção da Saúde, em Jakarta (1997) e na Cidade do México (2000), as quais reafirmaram os preceitos estabelecidos na I Conferência agregando novas estratégias voltadas a áreas prioritárias e gerando políticas públicas saudáveis. As cartas e declarações finais destes grandes eventos, que são marcos fundamentais da promoção da saúde, foram reunidos em uma única publicação pelo Ministério da Saúde (2001a), em edição bilíngue português-inglês, extremamente útil para todos aqueles que desejam aprofundar-se nesta discussão.

O conceito moderno de promoção da saúde, assim como sua prática, surgiu e se desenvolveu, de forma mais vigorosa nos últimos 30 anos, nos países em desenvolvimento, particularmente no Canadá, Estados Unidos e países da Europa Ocidental.

As diversas conceituações disponíveis, assim como a prática da promoção da saúde, podem ser reunidas em dois grandes grupos (SUTHERLAND & FULTON, 1992). No *primeiro grupo*, a promoção da saúde consiste nas atividades dirigidas centralmente à transformação dos comportamentos dos indivíduos, focando nos seus estilos de vida e localizando-os no seio das famílias e, no máximo, no ambiente das "culturas" da comunidade em que se encontram.

Nesse caso, os programas ou atividades de promoção da saúde tendem a concentrar-se em componentes educativos, primariamente relacionados com riscos comportamentais passíveis de serem mudados, que se encontram, pelo menos em parte, sob o controle dos próprios indivíduos. Por exemplo, a higiene pessoal, a alimentação, os hábitos de fumar e beber, as atividades físicas, a direção perigosa no trânsito, o comportamento sexual etc (SUTHERLAND & FULTON, 1992). Nesta abordagem, fogem do âmbito da promoção da saúde todos os fatores que estão fora da possibilidade do controle e da ação imediata dos indivíduos.

O que, entretanto, vem caracterizar a promoção da saúde, atualmente, é a constatação do papel protagônico dos fatores determinantes gerais sobre as condições de saúde, em torno da qual se reúnem os conceitos e práticas do *segundo grupo*, sendo este o enfoque que será adotado para esta pesquisa. Sustenta-se ele na constatação de que a saúde é produto de um amplo espectro de

fatores relacionados com a qualidade de vida, incluindo um padrão adequado de alimentação e nutrição, de habitação e saneamento, condições adequadas de trabalho e renda, oportunidades de educação ao longo de toda a vida, ambiente físico limpo, apoio social para famílias e indivíduos, estilo de vida responsável e um espectro adequado de cuidados de saúde. Cabe destacar que promoção da saúde, como apresentado por Buss (2000), requer uma maior aproximação e apropriação dos temas relativos aos determinantes da saúde, visto que ações de promoção visam interferir neles. Esse é um ponto crucial, já que o planejamento e a implementação de ações de promoção devem ir ao encontro das necessidades dos grupos sociais, o que vai implicar, muitas vezes, a organização de ações intersetoriais, com métodos e enfoques apropriados.

Nesse caso, as atividades de promoção estão, então, mais voltadas ao coletivo de indivíduos no ambiente, compreendido num sentido amplo, de ambiente físico (natural e construído), social, político, econômico e cultural o que só é possível através de políticas públicas intersetoriais e de ambientes favoráveis ao desenvolvimento da saúde, assim como do reforço da capacidade de ação dos indivíduos e das comunidades (empowerment) em prol da sua saúde.

Assim, as atividades de promoção da saúde dirigidas aos indivíduos e famílias pretendem exercer influência sobre os componentes comportamentais e culturais e os hábitos presentes no estilo de vida que sejam sabidamente nocivos, assim como estimular aqueles que reconhecidamente contribuem para a manutenção da saúde.

Entretanto, por mais abrangentes que sejam tais ações, o foco sobre os indivíduos e as famílias, embora muito necessário, é insuficiente para que de fato se promova a saúde. Para que isto ocorra é preciso que se identifique e atue sobre os determinantes socioculturais e econômicos mais amplos que influenciam o processo saúde-doença, isto é, sobre as condições de vida, enfrentando os componentes nocivos e estimulando os que sabidamente fomentam a saúde. Isto implica que para se promover saúde não basta apenas a mobilização do setor saúde e da atuação de seus profissionais, senão que, de forma articulada, são necessárias políticas e ações intersetoriais, com a mobilização da sociedade e de outros segmentos do poder público (AROUCA, 1975).

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 (BUSS, 2000).

Evidentemente, além da ação intersetorial e de políticas públicas saudáveis, inclusive as políticas econômicas, espera-se uma série de políticas no campo social e da saúde para que uma sociedade alcance o objetivo de ter seus membros saudáveis, que realizem o pleno potencial humano de longevidade com qualidade de vida, vivendo ademais uma vida socialmente produtiva.

Entre elas encontram-se as políticas educacionais, uma vez que a saúde e a educação podem e devem articular seus esforços em prol da promoção da saúde. Programas de educação para a saúde na escola alcançam toda a comunidade escolar (professores, alunos e funcionários), além de estender-se, quando bem formulados e conduzidos, também aos familiares. Desta ação intersetorial saúde-educação, mediante a discussão da temática saúde na escola, tratar-se-á a seguir.

2.2 A saúde na escola

A incorporação dos temas relacionados à saúde humana no ambiente escolar brasileiro tem sua origem no final do século XIX e início do XX a partir de duas grandes vertentes (COLLARES e MOYSES, 1985). A primeira, referente aos serviços de *saúde escolar*, vinculados à pasta de educação, diz respeito às ações que passaram a ser desenvolvidas a partir do final do século XIX e principalmente após 1910, que, ao assimilar os pressupostos higienistas vigentes à época, tinham como objetivos “promover e vigiar o saneamento do ambiente escolar e a saúde das crianças, criando condições necessárias para a aprendizagem.” (COLLARES e MOYSES, 1985, p. 13).

Coerentemente com as ações voltadas à melhoria das condições sanitárias da sociedade desenvolvidas no Brasil, vinculadas à “era do germe” (NUNES, 1998), a escola passou a ser considerada como um espaço privilegiado para o desenvolvimento de práticas voltadas à melhoria das condições sanitárias de uma parcela significativa da população, as crianças, a partir da ênfase na higiene, tanto física como dos modos de ser. Sob essa perspectiva,

a prescrição de um elenco de preceitos e práticas a serem institucionalizados no espaço público da escola, pretendendo ordenar a vida

dos escolares sob um novo modo de relação com o mundo – a higiene – constituiu o cerne do discurso nascente da saúde escolar, então higiene escolar. (LIMA, 1985, p. 54).

Assim, a utilização dos princípios da higiene como instrumento de normatização e saneamento da sociedade (FOUCAULT, 1979) passa a adentrar na escola, em função da sua possibilidade atingir uma grande parcela da população em uma idade considerada ideal para o desenvolvimento de hábitos, valores, práticas e atitudes relacionadas à saúde.

Aspectos relacionados à arquitetura escolar, às condições de infraestrutura, à disposição e especificações do mobiliário, à regulamentação e orientação nutricional da merenda escolar, aos exames antropométricos e para a detecção de possíveis agravos ou deficiências na população escolar (comumente realizados pela disciplina de Educação Física) são exemplos desse tipo de incorporação da saúde pela escola (LIMA, 1985).

Baseada em preceitos originários da área da saúde e a partir de sua racionalidade científica, fundamentada principalmente na fisiologia (LIMA, 1985), a *saúde escolar* começa a fazer parte do ambiente da escola e passa a definir ações e prescrever intervenções durante todo o século XX. Esse movimento atinge seu ápice a partir da década de 1950, quando, a grande ação da área da saúde sobre o espaço escolar não se daria mais como uma prescrição de modos de viver, mas sim como uma intervenção direta e violenta no modo de ser da escola:

[...] quando a merenda escolar iria tomando corpo até chegar à soberania de 'razão de ser' da escola na década de 1970. A merenda devia existir, no discurso oficial, não por ser algo natural em um ambiente onde existem crianças que, por serem crianças, sentem fome. Ela devia existir como atrativo para que a criança pobre, famélica e desnutrida procurasse a escola (LIMA, 1985, p. 56).

A partir dessa perspectiva, a escola passa a ser o meio de acesso à alimentação, por meio da merenda escolar, para as crianças das parcelas mais pobres da população. Levada ao extremo, a perspectiva da *saúde escolar* como exposta na citação acima acaba por transformar o objetivo final da escola, que deixa de ter como função principal o processo ensino-aprendizagem e passa a ser vista como espaço privilegiado para o desenvolvimento de ações de caráter

assistencialista voltadas à saúde das crianças, sendo este o propósito final e a razão de ser da instituição escolar.

A segunda vertente diz respeito à incorporação dos conteúdos relacionados à saúde no currículo escolar, no qual conceitos, informações, valores, atitudes e práticas relacionadas ao tema passam a fazer parte dos conteúdos a serem desenvolvidos em sala de aula. Ou seja, a saúde passa a ser compreendida não mais apenas como passível de intervenção no espaço e na dinâmica escolar, mas também como objeto de trabalho dos professores e de estudo e aprendizagem por parte dos alunos.

Mais atualmente, a percepção dos países sobre o conceito e a prática de saúde escolar e de promoção da saúde tem mudado. Na década de 80, a crítica do setor de Educação em relação ao setor de Saúde de que este não utilizava a escola como uma aliada e parceira tornou-se mais contundente. Ao mesmo tempo, os resultados de vários estudos indicaram que a educação para a saúde, baseada no modelo médico tradicional e focalizada no controle e na prevenção de doenças, é pouco efetiva para estabelecer mudanças de atitudes e opções mais saudáveis de vida que minimizem as situações de risco à saúde de crianças, adolescentes e jovens adultos (BRASIL, 2006a).

A essas informações, somou-se o Informe Lalonde, documento oficial do governo do Canadá, publicado em 1974, que define o conceito de Campo da Saúde como constituído por quatro componentes: biologia humana, meio ambiente, estilo de vida e organização da atenção à saúde. Esse documento apoiou a formulação das bases da promoção da saúde e da estratégia para criação de espaços saudáveis e protetores. No início dos anos 90, diante das propostas do setor de Educação, da crescente crítica de pouca efetividade da educação em saúde nas escolas e do fortalecimento das políticas de promoção da saúde, o Ministério da Saúde recomendou a criação de espaços e ambientes saudáveis nas escolas, com o objetivo de integrar as ações de saúde na comunidade educativa (BRASIL, 2006a).

Assim, a promoção da saúde escolar, baseada num amplo leque de pesquisas e práticas, tem evoluído durante as últimas décadas, acompanhando as iniciativas de promoção da saúde mundo afora. Durante os anos 90, a Organização Mundial da Saúde (OMS) desenvolveu o conceito e iniciativa das Escolas

Promotoras de Saúde. Trata-se de uma abordagem multifatorial que envolve o desenvolvimento de competência em saúde dentro das salas de aula, a transformação do ambiente físico e social das escolas e a criação de vínculo e parceria com a comunidade de abrangência (STEWART-BROWN, 2006), o que inclui os serviços de saúde comunitários, como as Unidades Básicas de Saúde e equipes de Saúde da Família.

Nesta perspectiva, os Ministérios da Saúde e da Educação estabeleceram diretrizes considerando as recomendações da *Estratégia Global para Alimentação Saudável, Atividade Física e Saúde* da Organização Mundial da Saúde (OMS) e o desafio de incorporar o tema da alimentação e nutrição no contexto escolar, com ênfase na alimentação saudável e na promoção da saúde, reconhecendo a escola como um espaço propício à formação de hábitos saudáveis e à construção da cidadania (ASSAO e CERVATO-MANCURSO, 2008, p.1). Essas diretrizes nacionais, contidas na Portaria Interministerial nº 1.010, de 8 de maio de 2006, foram instituídas para a promoção da alimentação saudável nas instituições de educação infantil, de ensino fundamental e médio das redes tanto públicas como privadas com o objetivo de propiciar a adesão da comunidade escolar a hábitos alimentares saudáveis e atitudes de autocuidado e promoção da saúde (BRASIL, 2006b).

Hoje, os Parâmetros Curriculares Nacionais – PCN sugerem que toda escola deve incorporar os princípios de promoção da saúde indicados pela OMS, tendo entre os objetivos fomentar a saúde em todos os momentos; integrar profissionais de saúde, educação, pais, alunos e membros da comunidade; 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. (BRASIL, 1997).

Nacionalmente surgiu o Programa Saúde na Escola – PSE, instituído por Decreto Presidencial nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007, como estratégia conjunta do Ministério da Saúde e Ministério da Educação, com proposta de atuação intersetorial para a promoção da saúde no ambiente escolar. Este programa tem a perspectiva de ampliar as ações específicas de saúde aos alunos da rede pública de ensino: Educação Infantil, Ensino Fundamental, Ensino Médio, Rede Federal de Educação Profissional e Tecnológica, Educação de Jovens e Adultos (BRASIL, 2008b).

Este programa tem entre seus objetivos: promover a saúde e a cultura de paz, reforçando a prevenção de agravos à saúde; articular as ações da rede pública de saúde com as ações da rede pública de Educação Básica, de forma a ampliar o alcance e o impacto de suas ações relativas aos estudantes e suas famílias, otimizando a utilização dos espaços, equipamentos e recursos disponíveis; 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, assegurando a troca de informações sobre as condições de saúde dos estudantes; fortalecer a participação comunitária nas políticas de Educação Básica e saúde, nos três níveis de governo.

No seu artigo 3º, o PSE aponta, especificamente, as equipes de Saúde da Família para constituir, junto com a Educação Básica, uma estratégia para integração e a articulação permanente entre as políticas e ações de educação e de saúde, com a participação da comunidade escolar.

No artigo 4º, estão citadas as ações de saúde previstas no âmbito do PSE e que devem considerar atividades de promoção, prevenção e assistência em saúde, podendo compreender, entre outras: Avaliação clínica; Avaliação nutricional; Promoção da alimentação saudável; Avaliação oftalmológica; Avaliação da saúde e higiene bucal; Avaliação auditiva; Avaliação psicossocial; Atualização e controle do calendário vacinal; Redução da morbimortalidade por acidentes e violências; Prevenção e redução do consumo do álcool; Prevenção do uso de drogas; Promoção da saúde sexual e da saúde reprodutiva; Controle do tabagismo e outros fatores de risco de câncer; Educação permanente em saúde; Atividade física e saúde; Promoção da cultura da prevenção no âmbito escolar; Inclusão de temáticas de educação em saúde no projeto político pedagógico das escolas.

Percebe-se neste último item a importância dada ao papel da escola, que tem como missão primordial desenvolver processos de ensino-aprendizagem, pois desempenha papel fundamental na formação e atuação das pessoas em todas as arenas da vida social. Juntamente com outros espaços sociais, ela cumpre papel decisivo na formação dos estudantes, na percepção e construção da cidadania e no acesso às políticas públicas. Desse modo, pode tornar-se *locus* para ações de promoção da saúde para crianças, adolescentes e jovens adultos (DEMARZO; AQUILANTE, 2008).

Entre os desafios mais importantes das ações de promoção da saúde na escola, estão:

(1) A integração com ensino de competência para a vida em todos os níveis escolares; (2) A instrumentalização técnica dos professores e funcionários das escolas e dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família para apoiar e fortalecer as iniciativas; (3) A identificação e a vigilância de práticas de risco; (4) O monitoramento e a avaliação da efetividade das iniciativas, para melhorar o compromisso das escolas com a promoção da saúde de seus alunos, professores e outros membros da comunidade escolar (BRASIL, 2006).

Visando lograr a integralidade do enfoque da área da saúde, a Organização Pan-Americana de Saúde-OPAS propõe a utilização de técnicas e métodos participativos que ultrapassem a delimitação física da escola e envolvam pais, professores e comunidades. Metodologias dessa natureza devem permear todas as atividades desenvolvidas, tais como diagnóstico das necessidades de saúde da população escolar; desenvolvimento curricular de forma integrada; preparação de material didático; formação permanente de professores e funcionários; investigação, seguimento e avaliação das atividades desenvolvidas; e difusão de informações sobre os avanços e desafios encontrados (BRASIL, 2006a).

Todas estas recomendações quanto à promoção da saúde na escola têm igual importância, senão que maior, na educação infantil, objeto deste estudo e momento de formação inicial dos hábitos de vida das crianças. Neste sentido discorrer-se-á agora sobre o histórico e fundamentação legal a respeito da educação infantil no Brasil.

2.3 A Educação Infantil no Brasil

As creches, durante muito tempo, foram marcadas por ações que priorizavam a guarda das crianças, com propostas voltadas, quase, exclusivamente, ao atendimento de crianças empobrecidas. Organizava-se, portanto, na lógica da pobreza - “uma educação pobre para uma criança pobre”. A educação da criança pequena, nesse contexto, através dos programas ligados à área da assistência social, preocupava-se especificamente, com o cuidado, envolvendo primordialmente

alimentação e a higiene, e não se constituía como um direito das crianças (SEMED, 2012).

Como mencionado anteriormente, esse quadro começou a mudar com a Constituição Federal de 1988, a qual coloca em seu art. 208, IV- que o dever do Estado com a educação será efetivado mediante a garantia de educação infantil, em creche e pré-escola, às crianças de até 5 (cinco) anos de idade.

O Estatuto da Criança e do Adolescente, no capítulo IV, Art.54, inciso IV, ressalta esse direito constitucional: “É dever do Estado assegurar à criança e ao adolescente: (...) atendimento em creche e pré-escola às crianças de 0 a 6 anos de idade” (BRASIL, 1990, p. 31). Posteriormente, vários avanços foram observados no âmbito das políticas públicas para a Educação Infantil, principalmente, na área da prática pedagógica em creches e pré-escolas.

Com a implementação da LDB-9394/96, a Educação Infantil, localizava-se no contexto da Educação Escolar Brasileira e nesta, como primeira etapa da Educação Básica, tendo como finalidade o desenvolvimento integral da criança até cinco anos de idade nos seus aspectos físico, psicológico, intelectual e social, na qual o educar e cuidar são indissociáveis, tendo na centralidade nesse nível de educação as brincadeiras e interações.

Inserida na Educação Escolar, a Educação Infantil, submete-se aos mecanismos de credenciamento e supervisão do poder público e ao controle social. Sendo assim, a promulgação da LDB requer que regulamentações em âmbito nacional, estadual e municipal sejam estabelecidas e cumpridas.

A Portaria nº 2.854 de 19 de julho de 2000 no art. 4º autoriza que sejam garantidas as formas vigentes de atendimento ao grupo etário de 0 a 6 anos, tais como creches e pré-escolas, até que os sistemas municipais de educação assumam gradual e integralmente o serviço, conforme preceituado na Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional.

Atendendo ainda às exigências legais e pedagógicas, foi elaborado o Referencial Curricular Nacional para a Educação Infantil em 1998, com o objetivo de auxiliar as Instituições Infantis na realização das atividades curriculares educativas incorporando a estas, o educar e os cuidados essenciais das crianças e suas brincadeiras. O Referencial aponta metas de qualidade que contribuem para o desenvolvimento integral das crianças e de suas identidades, focando o objetivo

socializador dessa faixa etária, em espaços que propiciem o acesso e a ampliação dos conhecimentos da realidade social e cultural.

Considerando a Educação Infantil como um direito de todos e uma obrigação do Estado (art.208, IV da Constituição Federal), o Plano Nacional de Educação (2001-2010) propõe, a partir de diagnósticos específicos realizados, objetivos e metas, implementar as Diretrizes Nacionais para a Educação Infantil, que garantam ampliação da oferta e da qualidade nos serviços prestados às crianças da faixa etária de 0 a 5 anos.

A educação da criança pequena precisa ter uma intencionalidade e são organizados o espaço, o tempo e as atividades para que os conhecimentos sejam trabalhados de forma prazerosa, vivendo intensamente a sua infância em todos os aspectos. Nesse sentido, o Conselho Nacional de Educação-CNE estabeleceu Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação Infantil-DCNEI que são mandatórias e explicitam os princípios, fundamentos e procedimentos para formular as políticas públicas a para a elaboração, planejamento, execução e avaliação de propostas pedagógicas e curriculares dos sistemas de educação (MEC, 2009)

A partir dessas concepções houve necessidade de formular estratégias, documentos e propostas voltadas com embasamento teórico para realização dos objetivos da educação infantil.

Um importante trabalho de pesquisa que fornece subsídios à formulação de tais estratégias foi o estudo de Silva (2010) que explorou e avaliou o desenvolvimento de programas de promoção da saúde nas escolas a partir da experiência do município do Rio de Janeiro, que objetivou a identificação de modelos de saúde escolar e referenciais teóricos que subsidiassem suas práticas no contexto brasileiro.

O autor destacou uma evolução dos modelos de saúde do escolar desde o modelo higienista de saúde na escola até modelos mais atuais, embasados nos referenciais de promoção da saúde, particularmente a iniciativa de Escolas Promotoras da Saúde. Além de apresentar como produto, matrizes dos diferentes modelos teóricos de saúde na escola e das principais dimensões do programa no município do Rio de Janeiro, o estudo apontou,

[...] avanços no processo de colaboração intersetorial, a partir dos referenciais de Burris, Hancock e colaboradores; ações e

intervenções de descentralização da gestão; aproximação mais compartilhada na articulação de setores como a saúde, a educação e a assistência social no âmbito central e regional da gestão municipal (SILVA, 2010).

A partir desse contexto, a seguir discute-se brevemente sobre currículo para a educação infantil, formação de professores, o espaço escolar e a relação pais-escola.

2.3.1 Currículo

O Referencial Curricular Nacional para a Educação Infantil - RCNEI é um guia que destaca sete eixos norteadores que servem de orientação para a prática pedagógica nas Instituições:

Primeiro Eixo: Identidade e Autonomia - "O estabelecimento de um clima de segurança, confiança, afetividade, incentivo, elogios e limites colocados de forma sincera, clara e afetiva dão o tom de qualidade da interação entre adultos e crianças. O professor, consciente de que o vínculo é, para a criança, fonte contínua de significações, reconhece e valoriza a relação interpessoal." (BRASIL, 1998, p. 49)

Segundo Eixo: Movimento - "A organização dos conteúdos para o trabalho com este eixo deverá respeitar as diferentes capacidades das crianças em cada faixa etária, bem como as diversas culturas corporais presentes nas muitas regiões do país." (op cit, p 29)

Terceiro Eixo: Música - "A linguagem musical é excelente meio para o desenvolvimento da expressão, do equilíbrio, da auto estima e autoconhecimento, além de poderoso meio de integração social." (op cit, p. 49)

Quarto Eixo: Artes Visuais - "A arte da criança desde cedo sofre influência da cultura, seja por meio de materiais e suportes com que faz seus trabalhos, seja pelas imagens e atos de produção artística que observa na TV, em revistas, em gibis, rótulos, estampas, obras de arte, trabalhos artísticos de outras crianças etc" (op cit, p. 88).

Quinto Eixo: Linguagem Oral e Escrita - "Para aprender a ler e a escrever, a criança precisa construir um conhecimento de natureza conceitual: precisa compreender não só o que a escrita representa, mas também de que forma ela representa, graficamente a linguagem. Isso significa que a alfabetização não é o

desenvolvimento de capacidades relacionadas à percepção, memorização e treino de um conjunto de habilidades relacionadas sensório-motoras. É antes, um processo no qual as crianças precisam resolver problemas de natureza lógica até chegarem a compreender de que forma a escrita alfabética em português representa a linguagem, e assim poderem escrever e ler por si mesmas." (op cit,p. 122)

Sexto Eixo: Natureza e Sociedade- "Propõe-se que os conteúdos sejam trabalhados junto às crianças, prioritariamente, na forma de projetos que integrem diversas dimensões do mundo social e natural, em função da diversidade de escolhas possibilitada por este eixo de trabalho." (op cit, p. 177)

Sétimo Eixo: Matemática- "Diversas ações intervêm na construção dos conhecimentos matemáticos, como recitar a seu modo a sequência numérica, fazer comparações entre quantidades e entre notações numéricas e localizar-se espacialmente. Essas ações ocorrem fundamentalmente no convívio social e no contato com histórias, contos, músicas, jogos, brincadeiras etc." (op cit, p. 213).

De acordo com as Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação Infantil (2009), o Currículo na Educação infantil abrange um conjunto de práticas que buscam articular as experiências e os conhecimentos das crianças com os saberes que fazem parte do patrimônio cultural, artístico, ambiental, científico e tecnológico de modo a promover o desenvolvimento integral da criança (BRASIL, 2009).

A ideia de currículo defendida nas Diretrizes coloca em evidência a ação mediadora da Instituição de Educação Infantil como articuladora das experiências e saberes das crianças e os conhecimentos que circulam na cultura mais ampla e que despertam o interesse das crianças. As diretrizes consideram que todo ser humano traz consigo sua história de vida, ou seja, quando chega à Escola, possui saberes culturais ricos de significados que serão utilizados na aquisição de novos conhecimentos, isto é, a partir de experiências passadas, a criança assimila e interage com um novo conhecimento. Essa ideia possibilita avaliar e aperfeiçoar as práticas vividas pelas crianças nos espaços onde acontece a Educação Infantil.

No contexto do Currículo na Educação Infantil, as atividades devem partir das experiências e saberes das crianças, mas devem ser ampliadas, possibilitando a máxima apropriação das qualidades humanas. O artigo 9 das Diretrizes Curriculares para a Educação Infantil esclarece que "as práticas pedagógicas que compõem a proposta curricular da Educação Infantil devem ter como eixo norteadores as

interações e brincadeiras”. No mesmo artigo é sustentada, também, a necessidade de promover as interações dessa faixa etária através das “diversificadas manifestações de música, artes plásticas e gráficas, cinema, fotografia, dança, teatro, poesia e literatura”.(BRASIL, 2008)

Contudo, reafirma o Art. 26 da Lei 12.796 de 04/04/2013 o qual estabelece que “o currículo da Educação Infantil deve ter base nacional comum, a ser complementada em cada sistema de ensino e em cada estabelecimento escolar, por uma parte diversificada, exigida pelas características regionais e locais da sociedade, da cultura, da economia e dos educandos”. O necessário é estar explicitado no projeto político pedagógico da instituição.

Nesse sentido, a ação pedagógica das Instituições de Educação Infantil deverá efetivar, durante o desenvolvimento das atividades, elementos básicos, metodologias diversificadas, inovadoras, criativas e outras medidas didáticas eficientes que proporcionem a aprendizagem da criança respeitando a especificidade de cada faixa etária, mesmo estando agrupada e valorizando seu contexto social-histórico-cultural, favorecendo as relações significativas e seu crescimento integral.

2.3.1.1 Os eixos norteadores do currículo

“As práticas pedagógicas que compõem a proposta curricular da Educação Infantil devem ter como eixos norteadores as interações e brincadeira” (BRASIL, 1998, p. 25).

Nesse contexto, a criança é um ser extremamente ativo e curioso, está sempre fazendo alguma coisa. Ao chegar à creche ou pré-escola já possui inúmeras experiências que lhe permite interagir com o meio em que vive e experimentar novas aprendizagens. Esse processo de adaptação às condições novas que surgem se dá ao longo de toda a vida.

No decorrer do primeiro ano de existência, a criança constrói conhecimentos, intimamente relacionados à ação, percepção e manipulação de objetos. É por meio dessas ações que ela processa informações, produz cultura e se expressa ampliando suas experiências. Paulatinamente, suas ações passam a ser cada vez mais coordenadas e intencionais transitando de um pensamento

eminentemente concreto para o pensamento simbólico, permitindo a construção de esquemas mentais por meio de representações que lhe possibilitarão a ampliação do seu universo histórico, cultural e social (SEMED, 2012).

Aliado a isso, ocorre um aperfeiçoamento na linguagem das crianças e, conseqüentemente, o aumento no vocabulário, que se torna rico pela diversidade de experiências e oportunidades que as mesmas vivenciam.

Em relação ao aspecto físico motor, os três primeiros anos de vida, representam a fase em que o crescimento ocorre de maneira mais acelerada. As crianças aumentam de tamanho e altura e passam a controlar os movimentos do próprio corpo (BRASIL,1998).

Dos três a cinco anos, a linguagem da criança progride cada vez mais por meio da imaginação e da imitação. A criança faz uso de um repertório mais rico de símbolos, signos, imagens e conceitos para interagir com a realidade e o mundo social (BRASIL,1998).

O estabelecimento de diferentes interações, por meio da brincadeira, principal atividade da criança nessa faixa etária, favorece a aquisição de diferentes expressões culturais possibilitando a convivência com a rica diversidade.

Nas Instituições de Educação Infantil, a brincadeira deve constituir-se em uma atividade intencionalmente planejada com espaço e tempo reservado nas atividades diárias de cada professor/a de creche e pré-escola.

As brincadeiras, inclusive as regionais, poderão ocorrer espontaneamente, durante as atividades livres, ou deliberadamente orientadas pelo/a docente. Cabe ao/a professor/a disponibilizar materiais, recursos e espaços como brinquedos, jogos, latas, caixas, papéis, tecidos, música, e outros, de modo a permitir a criação e recriação de atividades lúdicas podendo inserir através destes métodos a temática transversal saúde.

Também, nas brincadeiras, as crianças interagem entre si e com os adultos, o que possibilita a vivência e o estímulo das diferentes linguagens (linguagem oral, escrita do movimento, do mundo natural e social, linguagem artística, a linguagem matemática, cênica, corporal, entre outras), na indissociabilidade do educar e cuidar (BRASIL,1998).

2.3.2 A relação com as famílias

A Educação infantil exerce um papel que é de fundamental importância para a sociedade, ao contribuir para a formação da criança, cidadão participante do contexto social. No entanto, de acordo com o Artigo 29 da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional – LDB, essa é uma ação compartilhada com a família das crianças. Nesse sentido, a interação e cooperação entre essas duas instâncias é essencial para um trabalho de qualidade.

Antes de a criança frequentar uma instituição de Educação Infantil, é necessário prever um tempo para que mães, pais e demais familiares ou responsáveis para que conheçam as dependências da mesma, dialogando e esclarecendo dúvidas, por meio de um diálogo franco e aberto (SEMED, 2012).

Após a matrícula, o período de adaptação deverá ser acompanhado, promovendo um acolhimento dos pais, de modo a deixá-los seguros e partícipes. No decorrer da vida da criança na instituição, os/as professores/as e demais integrantes do processo educativo deverão estar sempre dispostos a ouvir solicitações, sugestões e reclamações da família.

Nesse sentido, é importante que as famílias participem constantemente como parceiros na execução das ações desenvolvidas nas Instituições de educação infantil, em todas as atividades e temáticas, para que a criança sinta-se segura, valorizada, estimulada e feliz (BRASIL, 1998).

2.3.3 Formação de professores

De acordo com a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional - LDB, art. 62, a formação de docentes para atuar na Educação Infantil far-se-á em nível superior, em curso de licenciatura, de graduação plena, admitindo-se como formação mínima para o exercício do magistério nesse nível de educação Infantil o nível médio, modalidade Normal.

O professor/a é um dos mediadores no processo de apropriação do conhecimento, que oportuniza desafios e conquistas das crianças, considerando cada estágio do desenvolvimento infantil. Para a eficiência do trabalho do professor,

é reconhecida a importância da leitura, da pesquisa e dos estudos, tendo em vista as grandes mudanças no campo educacional.

A formação de profissionais da Educação Infantil implica, segundo Kramer (2002), dois fatores fundamentais: considerar as práticas concretas feitas nas creches, pré-escola e escolas e aquilo que sobre elas falam seus profissionais e também levar em conta a dimensão cultural, tanto da vida dos adultos quanto da vida das crianças. As práticas são o ponto de partida para as mudanças que se pretendem programar e a cultura traz possibilidades de aprender com as histórias de vida.

A formação de educadores infantis, além de prepará-los para o desenvolvimento do projeto pedagógico, demanda a inclusão de conteúdos relativos à promoção à saúde, tendo como finalidade aprimorar a qualidade dos serviços prestados às crianças, reduzindo o risco de adoecimento, o qual, segundo vários autores, é maior nas crianças que freqüentam creches em relação àquelas que são cuidadas no contexto familiar (BARROS, 1996; SOLOMON & CORDELL, 1996).

Nesse sentido, o processo formativo na Educação Infantil deverá propor situações que possibilitem a troca de saberes entre os professores, por meio de encontros articulados de reflexão conjunta.

Passa-se agora ao histórico da educação infantil no Pará e no município de Santarém, o qual em muitos pontos acompanhou os passos percorridos pela educação infantil nacional. Serão apresentados concomitantemente alguns marcos legais da educação infantil na região.

2.4 Educação Infantil no Pará/ Santarém

A Resolução 001 de 5 de janeiro de 2010, dispõe sobre a Educação Básica no Sistema Estadual de Ensino do Pará, e orienta em seu Capítulo II como deve ser consolidada a Educação Infantil nesse estado.

Referente à Política de Educação do Campo, foram instituídas as Diretrizes Operacionais para a Educação Básica nas Escolas do Campo, através da Resolução 01 de 03/04/02 e, posteriormente, a Resolução Nº 2 de 28 de Abril de 2008, a qual em seu Art.1º estabelece que “a Educação do Campo compreende a

Educação Básica, a partir da Educação Infantil, Ensino Fundamental, Ensino Médio e Educação Profissional Técnica de nível médio integrada com o Ensino Médio, e destina-se ao atendimento às populações rurais em suas mais variadas formas de produção da vida-agricultores familiares, extrativistas, pescadores artesanais, ribeirinhos, assentados e acampados da Reforma Agrária, quilombolas, caiçaras, indígenas e outros”. Continuando, o Art. 3º dessa resolução ressalta que, “a Educação Infantil e os anos iniciais do Ensino Fundamental serão sempre oferecidos nas próprias comunidades rurais, evitando-se os processos de nucleação de escolas e de deslocamento das crianças”.

Nesse sentido, a Proposta Pedagógica das Instituições de Educação do Campo deverá respeitar as diferenças das comunidades locais, seu modo de viver, sua história, suas tradições, seus valores e sua cultura.

Recentemente, foi promulgada a Lei nº 12.796 de 04 de Abril de 2013, que estabelece a educação básica obrigatória e gratuita dos 4 aos 17 anos de idade, e o Art. 6 afirma que” é dever dos pais efetuar a matrícula das crianças”. Também, de acordo com a referida lei, o currículo de Educação Infantil deve ter base nacional comum, a ser complementada pela parte diversificada considerando as características regionais e locais onde está inserida essa clientela.

No município de Santarém, como em todo o país, as turmas pré-primárias, denominação dada pela Lei 4.024/61 à educação das crianças menores de sete anos, representam as primeiras experiências de Educação Infantil. Nas décadas de 60 e 70 do século passado, as escolas da rede privada promoviam essa educação por meio de escolas maternais ou jardins de infância.

A oferta pública da Educação Infantil só começou a partir de 1960. No ano de 1980 começou a funcionar em Santarém o *Projeto Casulo*, programa de cunho compensatório implantado em 1977 pela Legião Brasileira de Assistência – LBA, órgão federal da assistência social, com o objetivo de compensar as carências, principalmente as nutricionais das crianças menores de 7 anos de idade. Tais casulos ou creches-casulos, como também eram denominados, funcionaram em Santarém, até por volta de 1986, quando foram substituídos pelas primeiras creches, implantadas pela Secretaria Municipal de Assistência Social – SEMTRAS.

No período de 1986 a 1988, foram construídas 04 creches, em substituição às antigas creches-casulos, que funcionavam de maneira improvisada em prédios

comunitários, dos bairros de Santana, Urumari, Aeroporto Velho e Santarenzinho. Além disso, a SEMTRAS construiu duas novas creches em bairros onde não havia projeto casulo: a creche do bairro da Interventoria, esta, a primeira creche inaugurada em Santarém e a creche denominada “Ubirajara Bentes de Souza”, no bairro do Diamantino. Nesse mesmo período, foi constituída uma equipe multidisciplinar, formada por pedagogos, assistentes sociais, médicos, psicólogo e nutricionista, tendo à frente, uma pedagoga, que de forma muito tímida, incluiu um caráter pedagógico às creches, implantando uma proposta pedagógica discutida elaborada conjuntamente pela equipe pedagógica, monitores, coordenadores e professores das creches.

A SEMTRAS coordenou as creches municipais até o ano de 2009, quando foram incorporadas ao sistema de ensino e passaram a ser coordenadas pela Secretaria Municipal de Educação – SEMED, conforme a portaria nacional nº 2.854 de 19 de julho de 2.000. Atualmente conhecidas como Unidades Municipais de Educação Infantil – UMEIS.

Já a pré-escola funcionava em pouquíssimas escolas municipais. Financeiramente, era mantida com recursos da Prefeitura Municipal e coordenada pela Secretaria Municipal de Educação. Não foram encontrados relatos que comprovem o início da pré-escola nas escolas do Município de Santarém.

O Conselho Municipal de Educação-CME de Santarém, através da Resolução nº 10 de 17 de Dezembro de 2010, fixou normas para regulamentação da Educação Infantil no Sistema Municipal de Ensino, com a finalidade de firmar a legislação vigente no país no que tange as especificidades da primeira etapa da Educação Básica.

No intuito de buscar nos referenciais legais da educação infantil proposta de ações que sinalizem para a promoção da saúde na escola, inclusive os anteriormente apresentados, o próximo tópico discorrerá sobre este aspecto apresentando um histórico das relações de cuidado que permearam a história das creches.

2.5 Saúde na educação infantil: o cuidar, o educar e a promoção da saúde.

Antes do advento da Educação Infantil, a tarefa de cuidados das crianças em idade pré-escolar sempre foi dada às famílias e às creches, instituições vinculadas à Assistência Social. Assim estas instituições assumiam a responsabilidade de cuidar das crianças sem um enfoque educativo.

Em 1977 foi implantado o Projeto Casulo pela Legião Brasileira de Assistência – LBA, órgão federal da assistência social, com o objetivo de compensar as carências, principalmente as nutricionais das crianças menores de 7 anos de idade favorecendo pais e mães que geralmente necessitavam trabalhar fora para o sustento das famílias.

Em 1988 a constituição Federal no seu artigo 208 inciso IV passou a considerar o dever do Estado com a educação afirmando que este deverá ser efetivado *“mediante a garantia de educação infantil, em creche e pré-escola, às crianças de até 5 (cinco) anos de idade”*.

Em 1990 o Estatuto da Criança e do Adolescente, no seu capítulo IV, Art.54, inciso IV definiu que: *“É dever do Estado assegurar à criança e ao adolescente: (...) atendimento em creche e pré-escola às crianças de 0 a 6 anos de idade”*;

Somente em 2000 ocorreu de fato a incorporação das creches ao sistema de ensino através da Portaria nacional nº 2.854 de 19 de julho de 2.000, o que alterou a concepção de creche passou de uma instituição de amparo e guarda das crianças advindas das famílias pobres de mães trabalhadoras para uma instituição baseada no cuidado e na educação, à luz de um novo modelo político-econômico-social dos dias atuais. Este modelo educacional das instituições de educação infantil está sendo rezado pela atual Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional – LDB 9.394/96, Lei que considera a educação infantil como parte inicial da educação básica e que deve objetivar uma educação para o desenvolvimento integral da criança pequena.

Mais recentemente foi promulgada a Lei nº 12.796 de 04 de Abril de 2013, que estabelece a educação básica obrigatória e gratuita dos 4 aos 17 anos de idade, fortalecendo ainda mais a garantia do direito e acesso das crianças à educação infantil.

A partir deste histórico, compreende-se a Educação Infantil enquanto fruto de ações amplas e complementares de cuidado e educação. Por isso, nesse tópico, é enfatizada a relação de cuidado e educação enquanto prática necessária nas instituições de educação infantil. Desta forma, buscou-se enfatizar desde o conceito de infância e suas modificações sociais, passeando pelos objetivos das instituições de educação infantil diante de uma prática norteada por ações de cuidado e educação e por fim levantando aspectos presentes no Referencial Nacional Curricular para Educação Infantil.

O caminho percorrido pelas creches, após a promulgação da Constituição Federal de 1988 e da LDB 9.394/96, exigiu uma mudança conceitual nos objetivos destas instituições, devendo corroborar a mudanças em suas práticas. Mas, para tanto, faz-se necessário compreender os objetivos que a creche deve atingir, sendo uma instituição que tem como finalidade o cuidado e a educação de crianças pequenas.

Didonet (2001, p. 14) relata que “tanto a creche quanto a pré-escola têm um *objetivo social*, um *objetivo educacional* e um *objetivo político*”. Segundo o autor, o primeiro objetivo está intrinsecamente relacionado à questão da mulher e seu papel social, enquanto participante dos diversos segmentos da sociedade, sendo a creche uma instituição de apoio às mães trabalhadoras. No que se refere ao *objetivo educacional*, segundo Didonet (2001), a creche deve mediar o processo de construção de conhecimentos, promovendo o desenvolvimento integral da criança através de ações educativas, versando em teorias pedagógicas que compreendam a criança como ser completo, considerando suas necessidades, peculiaridades e diferenças culturais, étnicas e de gênero. Ou seja, a creche deve objetivar-se em práticas de cuidado e educação as quais devem impregnar ações pedagógicas de consciência, estabelecendo uma visão integrada do desenvolvimento da criança com base em concepções que respeitem a diversidade e as peculiaridades da infância. O terceiro objetivo direcionado para a creche é o *político*, sendo este responsável pela formação da cidadania, tendo em vista que, desde o nascimento, a criança é constitucionalmente considerada cidadã detentora de direitos e deveres. Tal compreensão tem como ponto de partida a concepção da criança como ser histórico-social e, portanto, ativo, no processo de construção de conhecimento, cidadã, detentora de direitos e de cultura; e a concepção de educação enquanto

prática social humana. Logo, a creche deve ser considerada enquanto direito da criança. Neste sentido, as creches enquanto instituições de atendimento da criança devem ter uma prática integradora requerida pelas funções do cuidar e do educar. Por ser a creche o primeiro espaço público, garantido por lei, que a criança deva habitar, esta instituição deve promover a socialização, a integração e o desenvolvimento de diversos aspectos como o físico, emocional, afetivo, cognitivo, cultural, social etc. Mas, para tanto, faz-se necessário uma revisão conceitual a qual determina a prática desenvolvida nessas instituições, tendo em vista a necessidade de compreensão do que é o cuidar e do que é o educar na faixa etária em questão.

O Referencial Curricular Nacional para Educação Infantil-RCNEI é um documento elaborado pelo MEC (1998), que constitui uma política de “formação” e qualidade do atendimento prestado na educação infantil, que tem como objetivo a constituição de parâmetros direcionados ao currículo neste nível educacional, o referido documento propõe a indissociabilidade entre ações de cuidado e educação, sendo composto por três volumes abordando questões como a “Formação Pessoal e Social”, travando uma discussão sobre a construção da Identidade e Autonomia da criança e “Conhecimentos de Mundo” onde apresenta os conteúdos para a educação infantil. Vale ressaltar que o Referencial, por ser um documento oficial, elaborado pelo MEC, deve ser compreendido enquanto auxílio na prática pedagógica da educação infantil, sendo este, um elemento norteador e não limitador, tendo em vista sua relevância nas concepções que perpassam suas propostas, as quais são enfatizadas no desenvolvimento integral da criança pequena. O Referencial direciona as relações intrínsecas entre o cuidar e o educar às práticas na Educação infantil firmando-se na seguintes concepções:

Educar significa, portanto, propiciar situações de cuidados, brincadeiras e aprendizagens orientadas de forma integrada e 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, pelas crianças, aos conhecimentos mais amplos da realidade social e cultural. (BRASIL, 1998 p. 23).

Nesse processo, a educação poderá auxiliar o desenvolvimento das capacidades de apropriação e conhecimento das potencialidades corporais, afetivas, emocionais, estéticas e éticas, na perspectiva de contribuir para a formação de crianças felizes e saudáveis. (BRASIL, 1998 p. 23)

Ao se pensar o conceito de cuidado, remete-se a várias ações como preservar, guardar, conservar, apoiar, tomar conta. O cuidado implica ajudar os outros, tentar promover o seu bem-estar e evitar que sofram de algum mal.

Segundo Waldow (1998) o cuidado engloba o processo de saúde, de adoecimento, de invalidez, de empobrecimento e que busca promover, manter ou recuperar a dignidade humana. Neste contexto o cuidado, ao ser compreendido propiciará ações que tragam o homem com suas necessidades para o centro do pensar e do agir.

Segundo o RCNEI, o cuidar deve ser considerado:

Cuidar significa valorizar e ajudar a desenvolver capacidades. O cuidado é um ato em relação ao outro e a si próprio que possui uma dimensão expressiva e implica em procedimentos específicos [...] O cuidado precisa considerar, principalmente, as necessidades das crianças, que quando observadas, ouvidas e respeitadas, podem dar pistas importantes sobre a qualidade do que estão recebendo. Os procedimentos de cuidado também precisam seguir os princípios de promoção da saúde. Para se atingir os objetivos dos cuidados com a preservação da vida e com o desenvolvimento das capacidades humanas, é necessário que as atitudes e procedimentos estejam baseadas em conhecimentos específicos sobre desenvolvimento biológico, emocional, e intelectual das crianças, levando em conta diferentes realidades sócio-culturais (BRASIL, 1998, p. 24-25).

Na educação infantil ao se considerar o cuidar enquanto ato que envolve aspectos afetivos, emocionais, cognitivos e sociais, este deve ser compreendido como parte integrante da prática educativa, sendo inseparável e indivisível do ato de educar. Cuidar de uma criança em um contexto educativo demanda a integração de vários campos de conhecimento e a cooperação de profissionais de diferentes áreas. Nesse sentido, as múltiplas ações de saúde, educação, cultura, esporte e lazer devem se concretizar em práticas interligadas, pois tanto nas creches quanto nas pré-escolas as crianças têm necessidades e direitos de ser cuidadas e educadas. A educação para crianças pequenas deve ser concebida enquanto ação que se faça presente nos cuidados com o corpo, saúde, crescimento, sono, alimentação, desenvolvimento físico, cognitivo, social e afetivo, ou seja, em uma proposta de desenvolvimento integral das necessidades da criança.

Nesse sentido, há que se considerar que

[...] os aspectos físicos, intelectuais e sociais são tratados como dimensões do desenvolvimento e não como coisas distintas ou áreas separadas evidenciando a necessidade de se tomar a criança como um todo, para promover o seu desenvolvimento integral (OLIVEIRA, 1992 p. 37).

Segundo Kramer (2002), quando se educa se cuida, não havendo distinção nas atividades, assim torna-se fundamental enfatizar que quaisquer tipos de

atividades direcionadas às crianças pequenas implicam em ações educativas e de cuidados associadas.

Daí a relevância dessa pesquisa, pois busca investigar as percepções dos professores quanto à promoção da saúde no âmbito da educação infantil, pois conforme os referenciais teóricos apresentados anteriormente é uma ação que está diretamente ligada às ações de cuidado prestadas aos infantes, entre outras ações.

Nesse sentido, deve-se cuidar e educar a criança como indivíduo que está em contínuo crescimento e desenvolvimento, compreendendo sua singularidade, identificando e respondendo às suas necessidades. Isso inclui interessar-se sobre o que a criança sente, pensa o que ela sabe sobre si e sobre o mundo, visando à ampliação desse conhecimento e de suas habilidades, em prol da promoção da independência e autonomia, desenvolvidas através de práticas pedagógicas que objetivem a especificidade de cada faixa etária. Desta forma, a educação infantil deverá auxiliar o desenvolvimento das capacidades de apropriação e conhecimento das diferentes potencialidades da criança, a fim de colaborar na formação de cidadãos autônomos e livres.

É de suma importância que as instituições de educação infantil incorporem, de maneira integrada, as funções de cuidado e educação, não mais diferenciando, nem hierarquizando ações de cuidado para as crianças de 0 a 3 anos, e de educação para as crianças em idade pré-escolar (4 a 5 anos). Cabe compreender que as novas funções da educação infantil devem estar associadas a ações integradas que objetivem o desenvolvimento integral da criança. Essa prática advém das concepções de desenvolvimento que consideram as crianças nos seus contextos sociais, ambientais, culturais e, mais concretamente, nas interações e práticas sociais que lhes fornecem elementos relacionados às mais diversas linguagens e ao contato com os mais variados conhecimentos para a construção da autonomia.

No estudo de Della Barba e colaboradores, intitulado “Promoção da saúde e educação infantil: caminhos para o desenvolvimento”, publicado em 2003 na Revista Paideia os autores trouxeram importantes reflexões acerca do cuidado nas instituições de educação infantil, do ponto de vista histórico-social, bem como situações de vulnerabilidade e pobreza. Neste texto foi discutido o conceito e a efetivação das práticas de educação infantil no Brasil, destacando ações de

desenvolvimento e promoção da saúde na infância, o *empowerment* e intersectorialidade, *na perspectiva da construção de caminhos para minimizar ou atenuar os inúmeros estressores aos quais as famílias de parcelas menos favorecidas da população estão expostos*. Os autores concluem enfatizando a necessidade do investimento na formação continuada dos educadores, considerando que resultados satisfatórios são obtidos quando a intervenção envolve a família, a comunidade e os serviços públicos.

Como afirma Guimarães (2000), quando se pensa no trabalho com higiene dentro da Educação Infantil, vem a imagem do cuidado como um momento de construção de hábitos e que se deve favorecer a autonomia da criança, pois quando as crianças se trocam sozinhas, algumas regras já são trabalhadas. Dentro desta concepção, o trabalho de formação de hábitos de higiene, realizado com crianças pequenas, deve ter um caráter totalmente pedagógico e não assistencial (Gonçalves et al 2008, p.185).

Portanto, conclui-se essa reflexão sobre as definições da necessidade do cuidado e da educação para com as crianças pequenas, enfatizando que se deve considerar a relação de cuidado e educação na educação infantil enquanto direito da criança, devendo ser constituída de uma prática indissociável que deve possibilitar à criança a leitura da realidade, apropriação de conhecimentos e desenvolvimento integral.

Após esta discussão acerca da abordagem da saúde na educação infantil foi possível obter embasamento o suficiente para a partir de agora lançar um olhar sobre inserção da temática no ensino infantil em Santarém, através da análise da Proposta Curricular para Educação Infantil de Santarém.

2.5.1 A saúde na educação infantil em Santarém

Em Santarém, a Secretaria Municipal de Educação e Desporto - SEMED, no ano de 2012, por meio da Equipe da Divisão de Educação Infantil desenvolveu um trabalho que contou com a participação de professores, coordenadores de UMEIs, diretores, vice-diretores, representantes das Universidades e escolas particulares para conjuntamente refletirem e indicarem as bases para a elaboração da Proposta Pedagógica para a Educação Infantil com o objetivo de proporcionar as Instituições de Educação Infantil da Rede Municipal de Santarém, orientações, subsídios técnicos, pedagógicos e legais, visando o aperfeiçoamento da prática educativa e o desenvolvimento integral da criança (SEMED, 2012).

Como resultado de todo esse processo rico de discussão, análise e proposições, os técnicos da Divisão de Educação Infantil da SEMED, tendo como objetivo contribuir com as instituições que oferecem a Educação Infantil, como princípio e uma prática pedagógica que respeite os direitos da criança, foi elaborada a Proposta Curricular Municipal para a Educação Infantil de Santarém.

Analisando-se a proposta de PPP do município de Santarém, observou-se a presença do componente saúde em todas as séries, contemplando as crianças de 2 a 5 anos. O projeto segue as recomendações do Referencial Curricular Nacional para a Educação Infantil – RCNEI, guia que destaca sete eixos norteadores que servem de orientação para a prática pedagógica nas Instituições: Identidade e Autonomia, Movimento, Música, Artes visuais, linguagem oral e escrita, Natureza e sociedade, matemática.

Há de se admitir que há muito mais ênfase no componente saúde quando se trata da educação inclusiva, uma vez que propõe-se a formação de uma equipe interdisciplinar para atendimento especializado às crianças que se enquadram nesta clientela.

A criança para receber o Atendimento Educacional Especializado – AEE deverá passar por uma avaliação psicopedagógica, em seguida com os profissionais que atuam na equipe de educação especial (Psicólogo, pedagogo, psicopedagogo e especialistas em áreas afins) para identificar se o mesmo é público alvo da Educação Especial (SEMED, 2012).

Segundo a própria Proposta pedagógica de Santarém, para melhor programar esta política contar-se-á com os especialistas como: Psicólogo, Fisioterapeuta; Neurologista. Far-se-ão parcerias com o sistema de Saúde de Escolar (prevenção com a saúde dos dentes). Parcerias com a Casa da Criança para fins clínicos para crianças com ou sem deficiência (SEMED, 2012).

Já dentro da educação regular, as ações de saúde estão presentes em vários momentos, sempre no sentido de apresentar para a criança a importância que há para a saúde, em desenvolver hábitos de higiene, alimentação, etc, porém sem citar equipe multiprofissional envolvida (SEMED, 2012).

As ações de promoção à saúde estão evidenciadas no PPP para a educação infantil de Santarém dentre as estratégias como incentivo às práticas de escovar dentes, lavar as mãos, pentear os cabelos e outras atividades ou cuidados

higiênicos que devemos ter com o corpo assim como o estímulo à alimentação saudável.

Segue abaixo quadro com indicativo da presença ou ausência de propostas de ações de saúde nos PPPs por séries da educação infantil.

Quadro 2 – Ações de saúde previstas no Projeto Político Pedagógico da Educação Infantil.

Ações de saúde	Maternal I	Maternal II	Pré I	Pré II
Higiene Bucal	Presente	Presente	Presente	Presente
Higiene Corporal	Presente	Ausente	Presente	Presente
Lavagem das Mãos	Ausente	Presente	Presente	Presente
Sono	Ausente	Ausente	Ausente	Ausente
Alimentação Saudável	Presente	Presente	Presente	Presente
Atividade Física	Presente	Presente	Presente	Presente
Lazer (saúde mental)	Presente	Presente	Presente	Presente
Avaliação de saúde	Ausente	Ausente	Ausente	Ausente

Fonte: SEMED, 2013.

Pode-se perceber no quadro acima que não há orientação específica quanto à rotina de sono das crianças, o que nas séries iniciais é de extrema relevância, uma vez que as crianças destas séries necessitam de um tempo maior de sono, sendo, portanto necessário dormir durante o dia.

Também se observa a ausência da avaliação de saúde da criança nos PPPs. Apesar desta ausência, isto não quer dizer que ela não ocorra. Na verdade são realizadas tais avaliações através do Programa Saúde na Escola, faltando apenas que estas avaliações estejam inclusas nos PPPs.

Entre suas metas o plano também prevê *“assegurar a continuidade do Plano de Formação Continuada a 100% dos profissionais de Educação Infantil que atuam na rede municipal de ensino”* (SEMED, 2012, p15).

Segundo o documento, com relação à formação continuada o processo formativo na Educação Infantil deverá propor situações que possibilitem a troca de saberes entre os professores, por meio de encontros articulados de reflexão conjunta. Segundo o PPP a Secretaria de Educação proporcionará aos professores de Educação Infantil da Rede Municipal Formação Continuada com temas atuais e diversificados, voltados para o aperfeiçoamento da prática pedagógica.

Isto se reforça no discurso de ASSAO & CERVATO (2008) quando afirmam que para a garantia da obtenção dos resultados desejados frente à proposta de inclusão da educação para a saúde no âmbito das creches, deve-se garantir que os educadores infantis estejam preparados para abordar tal temática.

À época da inserção das creches no âmbito da educação, a Política Nacional de Educação Infantil já apontava para a necessidade de formação regular dos educadores infantis, considerando que 18,9 % dos professores de pré-escola eram leigos e, em algumas regiões do país, superavam um terço do corpo docente. (MEC, 1994,1996).

Hoje, de acordo com a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional - LDB, art. 62, a formação de docentes para atuar na Educação Infantil far-se-á em nível superior, em curso de licenciatura, de graduação plena, admitindo-se como formação mínima para o exercício do magistério nesse nível de educação Infantil o nível médio, modalidade Normal, cursos estes que já contam com a presença do tema transversal saúde em sua grade curricular.

A formação de educadores infantis, além de prepará-los para o desenvolvimento do projeto pedagógico, demanda a inclusão de conteúdos relativos à promoção à saúde, tendo como finalidade aprimorar a qualidade dos serviços prestados às crianças, reduzindo o risco de adoecimento, o qual, segundo vários autores, é maior nas crianças que frequentam creches em relação àquelas que são cuidadas no contexto familiar (BARROS, 1996; SOLOMON & CORDELL, 1996). Esta preparação deve se estender as mais variadas ações destes educadores para que estes promovam nos escolares a aquisição de hábitos saudáveis.

No próximo item será apresentada uma breve revisão dos estudos na área de promoção e prevenção em saúde na educação infantil que serão importantes para a discussão de resultados desta pesquisa.

2.6 O estado da arte sobre promoção e prevenção em saúde na educação infantil

Neste item, buscou-se conhecer as produções científicas já existentes no campo de investigação desta pesquisa. Buscou-se aqui coletar, organizar e analisar o maior número possível de artigos, monografias, dissertações e teses sobre a promoção e prevenção em saúde na educação infantil.

A pesquisa de produções científicas referentes ao objeto deste Estado da Arte foi realizada em meio eletrônico primeiramente no site Google Acadêmico. O período estabelecido para a seleção de artigos, dissertações e teses publicados no Brasil foi de 2000 a 2015, considerando-se que nos últimos anos a produção acadêmica sobre Educação Infantil tem aumentado significativamente.

Inicialmente optou-se por uma busca mais abrangente, a partir do título da produção acadêmica, na qual foram utilizados os descritores ou palavras-chave *promoção da saúde e prevenção em saúde*, tendo por data base de início da busca o ano de 2000. Ao analisar os resultados encontrados verificou-se que a palavra de acesso escolhida foi extremamente ampla, o que resultou numa quantidade de 105.000 (cento e cinco mil) trabalhos na área de saúde, oriundos das mais variadas ciências e etapas de ensino.

Constatou-se nesse momento a necessidade de redefinir a palavra-chave de busca a fim de se localizarem especificamente as produções voltadas ao segmento da Educação Infantil, ou seja, a produção acadêmica sobre *promoção da saúde na Educação Infantil*. Esta pesquisa retornou 15 resultados, entre estes, dissertações, artigos e resumos, que continham as palavras chave presentes em seus títulos, sendo os últimos descartados. Os resumos foram descartados assim como os artigos que tratavam da saúde do trabalhador no âmbito da creche.

Para ampliar o quantitativo de trabalhos acerca da temática de estudo utilizou-se de variações dos termos utilizados nas buscas definindo palavras chave complementares que delimitassem melhor a busca a partir de alguns objetos de estudo em saúde educacional, possíveis para a Educação Infantil: *cuidado, saúde-na-escola, saúde na creche, higiene e alimentação na creche, ambiente saudável* [grifo nosso] todas elas enquadradas na primeira etapa da Educação Básica, portanto na Educação Infantil. Os resultados encontrados estão na tabela a seguir.

Tabela 1: Produção científica conforme palavras chave no período de 2000 a 2015

PALAVRAS CHAVE	QUANTIDADE PRODUÇÕES	QUANTIDADE APÓS SELEÇÃO INICIAL
Promoção da saúde, prevenção em saúde	105.000	---
Promoção saúde educação infantil	15	7
Promoção saúde creche	4	1
Saúde creche	34	20
Cuidado educação infantil	31	14
Cuidado creche	18	12
Saúde-na-escola	243	112
Higiene creche	4	2
Higiene educação infantil	5	3
Alimentação educação infantil	19	12
Alimentação creche	22	6
Ambiente saudável creche	0	0
Ambiente saudável educação infantil	0	0
Saúde ambiente creche	1	1
Total	396	190

Fonte: dados da pesquisa, 2015.

O total de textos encontrados ao final da busca foi de 396. Após a leitura dos resumos foram descartadas várias produções que abordavam a saúde dos trabalhadores no âmbito da creche, entre estes professores e pessoal de apoio, permanecendo apenas as com foco na saúde infantil. Também foram descartadas produções que abordavam a saúde infantil a partir da visão dos pais e das crianças entre outros, permanecendo apenas as que destacavam a visão de professores conforme o objeto deste estudo. Foram mantidos também os ensaios e estudos de avaliação do crescimento e desenvolvimento infantil no âmbito da creche, além de trabalhos que abordavam intervenções de profissionais de saúde no âmbito da creche. Terminada esta seleção inicial permaneceram 190 estudos.

Posteriormente foi feita uma leitura dos resumos dos trabalhos para identificar maior semelhança com o objeto de estudo desta pesquisa. Terminado o processo de triagem permaneceram 09(nove) teses de doutorado, 14 (catorze) dissertações de mestrado, 03(três) monografias e 14(catorze) artigos sendo estas

produções oriundas de pesquisas em diversos endereços eletrônicos, dentre eles o Scielo, o Google Acadêmico, o Portal de Periódicos da Capes, a Biblioteca virtual em Saúde (BVS), as bases de dados da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Bases de Dados de Enfermagem (BDENF), além do Repositório institucional da USP e de outras Universidades. As produções encontram-se listadas nas tabelas 2, 3, 4 e 5.

Tabela 2: Distribuição dos artigos sobre promoção e prevenção em saúde na educação infantil, segundo base de dados, títulos, periódicos e anos de publicação.

Base de Dados	Título	Periódico	Ano
LILACS	Ações e possibilidades de prevenção de acidentes com crianças em creches de Fortaleza, Ceará.	Ciência e Saúde Coletiva	2009
LILACS	Alimentação Saudável: percepções dos educadores de instituições infantis	Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano	2008
LILACS	Conhecimentos, atitudes e Práticas de professores do ciclo básico, expostos e não expostos a Curso de educação nutricional.	Revista de Nutrição	2004
LILACS	Conhecimento de professores das creches municipais de João Pessoa sobre saúde bucal infantil	Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada	2010
LILACS	Conhecimentos e Práticas de educadoras infantis sobre Anemia	Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil	2006
LILACS	Escolas promotoras de saúde	Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano	2008
LILACS	O Processo Saúde-Doença e os Cuidados com a Saúde na Perspectiva dos Educadores Infantis	Caderno de Saúde Pública	2000
LILACS	Percepção dos educadores e coordenadores de uma creche sobre processo educativo em saúde desenvolvido com abordagem multiprofissional	Revista APS	2009
LILACS BDENF	Percepção dos educadores infantis quanto ao processo de alteração do peso em pré-escolares	Revista Mineira de Enfermagem	2013
LILACS	Percepções de educadores de creches acerca de práticas cotidianas na alimentação de lactentes: impacto de um treinamento	Ciência e Saúde Coletiva	2013
LILACS	Práticas e Crenças de educadoras de Berçário sobre cuidado	Psicologia em Estudo	2013
LILACS BDENF	Problemas Respiratórios em crianças na primeira infância: Conhecimento dos Profissionais da creche	Revista Mineira de Enfermagem	2008
LILACS	Projeto a escola promovendo hábitos alimentares saudáveis: comparação de duas estratégias de educação nutricional no distrito federal, Brasil.	Revista de Nutrição	2010
LILACS	Promoção da saúde e ações fonoaudiológicas em educação infantil	Revista CEFAC	2011

Fonte: Dados da Pesquisa, 2015.

Tabela 3: Distribuição das teses sobre promoção e prevenção em saúde na educação infantil, segundo títulos, Instituição e anos de publicação.

Número	Título	Universidade/Instituto	Ano
1	A construção da parceria família-creche: expectativas, pensamentos e fazeres no cuidado e educação das crianças.	Universidade de São Paulo	2011
2	A educação e o cuidado da criança: o que advogam os documentos políticos do ministério da educação para a educação infantil?	Universidade Estadual Paulista	2010
3	Cuidado, relações de gênero e trabalho docente na educação infantil: Um estudo de caso na pré-escola pública.	Universidade Federal da Bahia	2007
4	Educação em ciências e saúde na educação infantil: um estudo na creche Fiocruz	Instituto Oswaldo Cruz	2012
5	Educação em saúde e educação ambiental estratégias de construção da escola promotora da saúde	Universidade de São Paulo	2000
6	O programa de Alimentação em uma instituição de educação infantil e sua integração entre o cuidar e o educar	Universidade Federal de Viçosa	2004
7	Promoção da saúde na escola: modelos teóricos e desafios da intersetorialidade no município do Rio de Janeiro	Escola Nacional de Saúde Pública	2010
8	Qualidade da assistência à saúde da criança em creche	Universidade Federal de São Paulo	2001
9	Saúde na escola: um campo em busca de espaço na agenda intersetorial	Universidade de São Paulo	2004

Fonte: Dados da Pesquisa, 2015.

Tabela 4: Distribuição das dissertações sobre promoção e prevenção em saúde na educação infantil, segundo títulos, Instituição e anos de publicação.

Número	Título	Universidade/Instituto	Ano
1	A educação de bebês e crianças pequenas no contexto da creche: Uma análise da produção científica recente	Universidade Federal de Santa Catarina	2014
2	A educação infantil no contexto da creche - um estudo sobre a educação, o cuidado da criança de zero a três anos e a formação de professores no município de Marília, SP	Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho"	2006
3	A formação do licenciado em física na Unir: Um estudo de caso no campus de Porto Velho	Universidade Federal de Rondônia	2011
4	A inserção da equipe da estratégia saúde da família em um centro municipal de educação infantil na promoção da saúde da criança	Universidade Federal do Rio grande do Norte	2011
5	As crianças no Interior da creche: A educação e o cuidado nos momentos de sono, higiene e alimentação.	Universidade Federal de Santa Catarina	2002
6	O cuidado na educação infantil na fala de alunas-professoras	Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP)	2010
7	O lugar do médico na creche institucional: discutindo seu campo de trabalho como profissional de saúde	Fundação Oswaldo Cruz (Instituto Fernandes Figueira)	2006
8	Percepções de educadoras e proposta institucional acerca dos cuidados infantis de saúde em creche	Universidade de São Paulo	2006
9	Programa de Prevenção em Saúde Bucal em creche da cidade de Campinas - Estudo da técnica de escovação	Unicamp	2013
10	Promoção da saúde nas práticas pedagógicas de um núcleo de educação infantil	Universidade do Vale do Itajaí	2008
11	Qualidade Nutricional da Alimentação escolar fornecida a crianças de 7 a 36 meses em centros municipais de educação infantil	Universidade Federal do Paraná	2014
12	Redes de Proteção a Infância: Ampliando a Noção de Cuidado na Educação Infantil	Universidade Federal do Rio Grande do Sul	2014
13	Variação temporal do excesso de peso em crianças matriculadas em Escolas Municipais de Educação Infantil de Porto Alegre e análise da alimentação escolar (2006-2013)	Universidade Federal do Rio Grande do Sul	2015

Fonte: Dados da Pesquisa, 2015.

Tabela 5: Distribuição das Monografias sobre promoção e prevenção em saúde na educação infantil, segundo títulos, Instituição e anos de publicação.

Número	Título	Universidade/Instituto	Ano
1	A importância de uma alimentação adequada na educação infantil	Universidade Tecnológica Federal do Paraná	2014
2	Alimentação Saudável na Educação Infantil	Universidade Federal de Santa Catarina	2012
3	Momento da alimentação na educação infantil: Um olhar a partir da concepção histórico-cultural	Universidade Federal de Santa Catarina	2012

Fonte: Dados da Pesquisa, 2015.

Entre os textos mais relevantes, é dado destaque ao artigo “O cuidado como elo entre a saúde e a educação” de Damaris Gomes Maranhão, publicado em 2000 na revista *Cadernos de Pesquisa*. Este trabalho foi originado de um estudo de caso realizado em 1996 através de entrevistas com educadores do berçário de uma creche, além do coordenador pedagógico, do diretor e do auxiliar de enfermagem que atuavam com crianças de 0 a 2 anos, utilizando-se também técnicas de observação. O estudo objetivou compreender a prática dos educadores infantis em torno dos cuidados com as crianças, num contexto educativo, sob a ótica da saúde. O artigo trata-se de parte teórica extraída da dissertação, não apresentando a forma como foram analisados os dados da pesquisa (MARANHÃO, 2000, p.115).

Dentre seus resultados, a autora aponta para uma dicotomia entre uma possível concepção ampliada do cuidado entre os educadores e uma restrição daquilo que se compreende como necessidades infantis, uma vez que estes relataram o cuidado como sendo “*tudo o que fazem com a criança e tendo uma interface com a educação*”. Dentre estes cuidados foram citados inúmeros exemplos podendo ser resumidos em grandes categorias de cuidados que se tornam os eixos da rotina de trabalho, a saber: *cuidados com a segurança, a higiene e a alimentação*.

A saúde apareceu nos discursos destes educadores quando associaram a necessidade de inclusão destas crianças na creche às condições socioeconômicas familiares, classificando estas crianças como carentes, não apenas de bens financeiros, mas também de afeto e de atenção dos pais. Assim, atribuíram o aparecimento de doenças a estas condições, negando a responsabilidade da

instituição na operacionalização dos cuidados, dificultando a adoção de medidas de promoção à saúde nestes espaços. A autora conclui que para a garantia dos direitos das crianças e seu cuidado integral, o educador infantil deverá ser formado no sentido de uma prática reflexiva, que integre educação e saúde, família e instituição.

Também merece destaque o artigo “O ambiente físico da creche influenciando o processo saúde-doença na primeira infância”, de autoria de Nery e colaboradores (2004) que teve como objetivo identificar os fatores de risco no ambiente escolar que favorecem os agravos à saúde das crianças em uma creche da periferia de Fortaleza-CE que atende crianças de dois a seis anos. Apesar de se tratar de Trabalho de conclusão de curso, este texto não foi excluído por ser o único encontrado com a palavra chave “saúde-ambiente-creche”, o que leva a inferir a pouca atenção dada a esta problemática, uma vez que o ambiente é um importante fator determinante no processo saúde-doença.

O estudo do tipo exploratório utilizou um roteiro de observação para a coleta de dados, o qual contemplava os fatores de risco para acidentes e doenças. Os dados registrados em diário de campo foram posteriormente descritos. Dentre as influências do ambiente na saúde das crianças, os autores destacam a possibilidade de ocorrência de acidentes como quedas e sufocamento, o aparecimento de problemas dermatológicos pelo compartilhamento de utensílios de uso pessoal entre as crianças ou ausência de produtos neutros para higiene, dentre outros. Nery et al (2004) também identificaram riscos para doenças gastrintestinais pela ausência do hábito de lavagem das mãos antes e após as refeições e eliminações. E, para as doenças respiratórias os autores constataram que o ambiente era extremamente aquecido com intensa radiação solar, e que os colchões e cobertores estavam acondicionados em local quente e abafado, dentre outros. Diante de seus resultados, os autores concluem que a creche pode funcionar como um ambiente propício aos agravos à saúde da criança, sendo necessária a identificação precoce dos fatores de risco para tais agravos junto aos educadores infantis e toda a equipe, visando à promoção da saúde da criança (NERY et al., 2004).

Uma das temáticas bastante encontradas na busca para construção deste estado da arte independentemente das palavras chave foi a Saúde Bucal, totalizando 7 estudos. Apresentam-se agora aspectos relevantes da dissertação “Programa de prevenção em saúde bucal em creche da cidade de campinas –

estudo da técnica de escovação” de autoria de Fabiola Pedrão Farha, submetida ao Programa de Mestrado em Saúde, Interdisciplinaridade e Reabilitação da UNICAMP, no ano de 2013.

Segundo Farha (2013) embora técnicas de escovação dental sejam descritas na literatura, há ainda uma escassez quanto a estudos que revelem a técnica mais apropriada a ser usada para orientar crianças com pouca idade. A autora ressalta que devem ser considerados a idade cronológica das crianças, o desenvolvimento de habilidades motoras manuais e estímulos gerados pelo meio social em que vivem.

Neste sentido, seu estudo objetivou identificar o padrão de escovação dental de 36 crianças com idade entre 36 e 48 meses, de uma creche da cidade de Campinas. As crianças foram avaliadas quanto a índice de placas, entre outros indicadores, e posteriormente orientadas quanto às técnicas de escovação. A orientação individual contribuiu para a identificação e solução de dificuldades específicas sendo direcionada de acordo com as necessidades de cada criança, possibilitando habilitar a criança a realizar a escovação dental, em detrimento à simples memorização de técnicas. A autora conclui que a prevenção em saúde bucal por meio de escovação dental deve possibilitar que a criança se torne hábil e consiga autonomia em higiene bucal o mais cedo possível.

Ao se correlacionar a educação com a higiene na educação infantil, optou-se por considerar este descritor nesta busca, o que culminou com o achado do texto “Multimodos de Representação em Atividades Sobre Higiene para a Educação Infantil”, artigo de autoria de Zompero et al (2010). O artigo resulta de uma pesquisa, com alunos da Educação Infantil, durante intervenções desenvolvidas a partir do tema higiene e teve como objetivo verificar a aprendizagem dos alunos de Educação Infantil (crianças de 0 a 5 anos) com relação à pediculose e à higiene bucal.

O autor realizou uma intervenção utilizando como instrumento de trabalho a Unidade Didática, uma sequência de diversas atividades, abordando os temas “Prevenção da Pediculose e Higiene Bucal”, ambos vinculados a aspectos de higiene na escola. Entre estas atividades pode-se citar a Roda de Conversa, Paródia, desenhos para identificar o procedimento correto de higiene e prevenção, e desenhos para colorir. Ao final do estudo percebeu-se que os alunos obtiveram um aproveitamento satisfatório demonstrado pelas atividades que foram a eles

aplicadas. No entanto, é importante ressaltar que no momento da divulgação destes estudos, os alunos não tinham sido acompanhados durante um determinado tempo para que fossem verificados os procedimentos relativos à higiene, desenvolvidos por eles após a aplicação desses conteúdos por meio de diferentes modos de representação. Sendo assim, o autor sugeriu continuidade da pesquisa para posterior avaliação de procedimentos dos mesmos alunos que se submeteram ao presente estudo, pois a aprendizagem é um processo contínuo e não pode ser avaliada somente em um curto espaço de tempo.

Komarsson et al. (2008) realizaram um estudo para avaliar o conhecimento dos educadores infantis quanto aos principais sinais e sintomas para problemas respiratórios em crianças na primeira infância, bem como quanto aos fatores de risco presentes na creche. A partir de seus resultados concluíram pela necessidade de capacitação dos docentes direcionada por profissionais da saúde.

Esta necessidade se confirmou em outro estudo, realizado por Davanço et al. (2004) que objetivou (...) *avaliar os conhecimentos sobre nutrição de professores expostos e não expostos a um programa educativo*, e que envolveu a utilização de jogos de regra com cunho educativo e lúdico e um plano didático para aplicação das atividades. Os autores concluíram que os professores expostos ao programa se apresentaram melhor preparados conceitualmente e também mais sensibilizados quanto ao papel do professor e da escola enquanto transformadores da realidade.

No estudo de Teixeira-Palombo & Fujimori (2006) intitulado *Conhecimentos e Práticas de educadoras infantis sobre Anemia* também foi identificada a falta de conhecimentos teóricos sobre promoção da saúde. Os resultados apontaram que os conhecimentos e práticas das educadoras decorriam do senso comum, sendo adquiridos no dia-a-dia, com a própria experiência. Muitas apresentaram conceitos equivocados, que podem prejudicar a prestação de cuidados, segundo os autores. Teixeira-Palombo & Fujimori concluíram pela necessidade de incluir conhecimentos sobre anemia e práticas de cuidados, tanto na formação inicial, quanto continuada dos educadores infantis.

Assao & Cervato-Mancurso (2008) realizaram um estudo qualitativo acerca das percepções de educadores sobre alimentação saudável no ambiente escolar revelando que a maioria das percepções dos educadores sobre a alimentação

saudável observadas nos discursos demonstrou-se inadequada quando comparada aos parâmetros da promoção dos hábitos alimentares para as crianças.

LONGO-SILVA et al realizaram em 2013 um estudo como intuito de avaliar o impacto de um treinamento de educadores de creches nas percepções e práticas acerca da alimentação infantil. A pesquisa utilizou abordagem qualitativa, com aplicação da técnica do grupo focal com 16 grupos, sendo oito com as creches expostas ao treinamento e oito com as não-expostas, tendo em média de seis a 11 participantes por instituição, os quais apresentavam idades entre 19 e 66 anos. Nos seus resultados LONGO-SILVA et al. (2013) apontam que as professoras participantes citaram a maternidade como o elemento que contribui fundamentalmente para a competência e qualificação das educadoras de creches no cuidado com as crianças.

Analisando os resultados dos estudos e buscando correlacioná-los verificou-se que o profissional da educação infantil é uma peça chave na promoção da saúde. Sua atuação nas creches e pré-escolas, com crianças de idade que variam de zero a três anos é fundamental (BRASIL, 2011; MARANHÃO, 2000). A participação do educador nesse processo é de grande valia, visto que apenas 8,1% das creches e 3,8% das pré-escolas no Brasil contam com a presença de profissional da área da saúde na educação básica, segundo dados do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP). De tal modo, o educador possui a tarefa de oferecer além dos cuidados básicos essenciais, relacionar o processo educativo com a saúde (BRASIL, 2011; MARANHÃO, 2000). Porém, a maioria dos estudos abordados (ARAGÃO et al., 2010; DAVANÇO et al., 2004; KOMARSSON et al., 2008; LONGO-SILVA, 2013; MARANHÃO, 2000; TEIXEIRA-PALOMBO & FUJIMORI, 2006), revelam que as professoras de educação infantil não atribuem a promoção à saúde das crianças como uma responsabilidade, muitas vezes, conferindo a totalidade do encargo, somente aos pais, em especial às mães, ou não consideram a instituição de ensino como o principal meio de obtenção de informações sobre a saúde, atribuindo o adoecimento das crianças a causas exteriores à creche ou pré-escola, resistindo em relação à avaliação do seu trabalho. Outras adotam uma atitude de aceitação ou conformismo em relação a alguns acometimentos na infância, admitindo que estes sejam decorrentes das fases de crescimento e desenvolvimento, assinaladas por descobertas (CARDOSO, 2008;

VIEIRA, 2009), ou consideram árduo o processo de influenciar positivamente o comportamento das crianças, como na alimentação, principalmente quando ocorre a rejeição de alimentos essenciais para o desenvolvimento saudável (LONGO-SILVA, 2013; MARINS & REZENDE, 2013).

Porém, alguns estudos mostram que as educadoras consideram as atividades que vislumbrem a saúde da criança importantes (ARAGÃO et al., 2010; ASSAO & CERVATO-MANCURSO, 2008; CARDOSO, REIS & IERVOLINO, 2008; VIEIRA et al. , 2009), como por exemplo, estarem vigilantes para a prevenção de acidentes domésticos (CARDOSO, REIS & IERVOLINO, 2008; VIEIRA et al. , 2009), inserir na dieta das crianças uma alimentação saudável diversificada, com o consumo de frutas, legumes, verduras, sempre atuando como um modelo social (*teacher modeling*) para as crianças durante as refeições e lanches (ASSAO&CERVATO-MANCURSO, 2008; MARINS & REZENDE, 2013) e transmitir informações sobre a saúde bucal (ARAGÃO et al., 2010). Mas, alguns confiam esta ação aos profissionais de saúde ou então não cogitam realizar atividades educativas por relatarem a falta de condições do ambiente de trabalho (MARANHÃO, 2000; SANTOS et al.,2009).

Alguns estudos mostram que os profissionais da educação, também expõem a seriedade de orientar e educar as crianças, seja no dia-a-dia ou através do lúdico, utilizando recursos como fantoches, desenhos e peças teatrais para promover saúde (BECKER et al., 2013; CARDOSO, REIS & IERVOLINO, 2008; SANTOS et al. ,2009; VIEIRA et. al. , 2009), ou seja, é observado uma divergência no pensar dos professores infantis a respeito de sua ação como um agente provedor e colaborador para a saúde das crianças.

Considerando o exposto, esses profissionais devem ser “conscientizados” do papel que desempenham como sujeitos ativos desse processo, pois é observada uma maior aderência dos educadores quanto à função de professor e da escola na promoção de hábitos saudáveis, quando alertados sobre a sua estima.

Nos estudos também foram encontrados resultados que remeteram à necessidade de implementação dos currículos, incluindo além do preparo para o desenvolvimento pedagógico, a abrangência de conteúdos voltados à promoção à saúde, pois o professor está em contato diário e prolongado com as crianças (LONGO-SILVA, 2013; VIEIRA et al., 2009). Todavia, nos artigos analisados, foi

levantado que os profissionais carecem da orientação básica para melhor desenvolverem os trabalhos que fazem com a criança e, são conscientes de que, somente a vivência com os seus próprios filhos ou no cotidiano com o grupo infantil é que lhes dá um pouco mais de conhecimento, nesse caso, o conhecimento empírico e senso comum (MARANHÃO, 2000; MARINS & REZENDE, 2013; SANTOS et al., 2009; TEIXEIRA-PALOMBO & FUJIMORI, 2006; VIEIRA et al. , 2009), também foi apontado outro meio, que é através da televisão ou breve orientação de um profissional de saúde (ARAGÃO et. al., 2010; ASSAO&CERVATO-MANCURSO, 2008). Essa evidência é preocupante, pois induz à tomada de decisões, de acordo com as influências do senso comum e das práticas tradicionais (MARANHÃO, 2000; TEIXEIRA-PALOMBO & FUJIMORI, 2006; VIEIRA et al., 2009).

Os estudos apontaram que o conhecimento empírico e do senso comum, não são suficientes para atingir os objetivos de promover o desenvolvimento infantil, sendo mostrados equívocos na pesquisa, como a crença de que o consumo total dos lanches seria o indicador de saúde nas crianças, além da ligação da comida pastosa e líquida com as “crianças pequenas” (ASSAO & CERVATO-MANCURSO, 2008; LONGO-SILVA, 2013; MARINS & REZENDE, 2013).

Sendo observado, o conhecimento frágil das profissionais de educação infantil é relevante a urgente capacitação, para atingir um grau plausível de atenção à criança usuária de creche e pré-escola, devendo ser incluído no currículo desses profissionais, tanto na formação, quanto na educação continuada em serviço, as múltiplas especificidades que possam interferir na saúde da criança (ARAGÃO et. al., 2010; CARDOSO & IERVOLINO, 2008; DAVANÇO et. al., 2004; KOMARSSON et.al., 2008; TEIXEIRA-PALOMBO & FUJIMORI, 2006; VIEIRA et al. , 2009). Além do exposto, um estudo (LONGO-SILVA, 2013) mostrou que algumas educadoras consideram o curso de pedagogia ou de magistério ineficaz no âmbito de preparo para a lida com as especificidades da infância.

As pesquisas mostram que os professores reconhecem a importância desse conhecimento para a prevenção, mas alguns admitem que, nem a prefeitura, nem eles mesmos, nunca discutiram sobre muitos assuntos voltados à criança (CARDOSO & IERVOLINO, 2008; MENDONÇA & LEMOS, 2011; VIEIRA et al., 2009). Também foram visualizados vários fatores, além da falta de preparo destes profissionais que interfere diretamente no processo de educação social, como a falta

de motivação dos educadores, indisponibilidade de recursos materiais, falta de interação creche-família, ausência histórica ou descontinuidade da convergência entre saúde e educação (SANTOS et al., 2009).

De tal modo, sendo a responsabilidade dos educadores infantis de compensar a carência educacional dos familiares, orientando sobre as necessidades mais comuns em cada faixa etária infantil, previstas quanto às modificações de crescimento e desenvolvimento (TEIXEIRA-PALOMBO & FUJIMORI, 2006; VIEIRA et al., 2009), os profissionais da saúde devem oferecer uma parceria coadunada em princípios e ações com os profissionais do setor da educação, compartilhando a sua prática de cuidado (ARAGÃO et al., 2010; KOMARSSON et al., 2008; LONGO-SILVA, 2013; SANTOS et al., 2009; VIEIRA et al., 2009; YOKOTA, et al. 2010).

Concluindo, a maioria dos artigos, teses e dissertações que compuseram esta revisão foi de natureza qualitativa, nos anos de 2000 a 2015, com a maior participação da enfermagem. Da análise dos estudos aqui revisados pode-se concluir que estes se concentram predominantemente em torno de duas crenças que são complementares.

Uma destas crenças refere-se à ausência de responsabilidade quanto à promoção da saúde infantil pelos profissionais e a resistência relacionada à avaliação do seu trabalho. Estes estudos correlacionam-se diretamente com o segundo objetivo específico desta pesquisa *“analisar os relatos dos participantes sobre as práticas de promoção e prevenção em saúde na educação infantil”* evidenciando que de fato estas ainda são em sua maioria inconscientemente executadas.

A segunda categoria mostra a prevalência do conhecimento empírico ou do senso comum na tomada de decisões por estes profissionais, evidenciando a forte relação das crenças com suas práticas (terceiro objetivo específico do estudo) e ressaltando a necessidade do trabalho conjunto entre a saúde e a educação e a capacitação do professor na promoção e prevenção em saúde infantil.

A partir deste ponto será iniciada a segunda seção deste referencial teórico, que abordará as crenças e práticas, iniciando por sua conceituação e aportes teóricos, passando pelas crenças docentes e finalmente correlacionando as mesmas com a saúde infantil.

3. CRENÇAS E PRÁTICAS DOCENTES: APORTES TEÓRICOS

Objetiva-se nessa seção apresentar os aportes teóricos utilizados para embasar a pesquisa no que concerne às crenças e práticas de docentes. Nesse sentido, parte-se de uma discussão mais geral quanto às conceituações do termo Crença, em seguida adentrando a discussão no âmbito das crenças e práticas e docentes e, por fim, situando as crenças docentes na temática promoção da saúde na escola e na educação infantil.

3.1 Crenças: conceituações e características gerais

A tentativa de definição do conceito de crenças não é tarefa fácil, pois os estudiosos dessa área assumem atitudes diferentes: enquanto uns fundem os termos como saber, conhecimento, representação e valores, outros optam por distingui-los (SOARES & BEJARANO, 2008).

Segundo Barcelos (2007) o conceito de crenças acompanha o ser humano desde que este passou a existir, pois a partir desse momento, “ele passou a acreditar em algo” (BARCELOS, 2007, p. 113). Dessa forma, o termo tem sido utilizado e pesquisado nas áreas da Antropologia, História, Psicologia, Filosofia e Pedagogia.

A necessidade de se investigar as crenças já havia sido apontada na década de 30 pelo filósofo da educação, o norte americano John Dewey quando em seu ensaio sobre o pensamento reflexivo, distingue três sentidos de pensar. O primeiro, que chama de "corrente da consciência", refere-se a situações nas quais não estamos pensando em algo em específico, mas vários pensamentos passam em sequência pela nossa cabeça. No segundo sentido, o ato de pensar "[...] aplica-se a coisas não sentidas ou diretamente percebidas pelos sentidos, a coisas que não são vistas, ouvidas, tocadas, cheiradas, nem provadas" (DEWEY, 1933). O terceiro sentido de pensamento, segundo ele, corresponde ao sentido de crença, que deve ser investigado:

As crenças, por outro lado, é que envolvem precisamente essa realização intelectual e prática; e, por conseguinte, cedo ou tarde, requerem

Referencial teórico: Crenças e práticas docentes: aportes teóricos

investigação a fim de se descobrirem as bases em que repousam (DEWEY, 1959, p.17, grifo do autor).

Apesar disso, autores como Soares e Bejarano (2008) apontam que a conceituação não está bem definida, havendo vários usos e compreensões quanto ao termo. Alguns autores consideram que o termo deve ter uma concepção mais ampla, abarcando vários produtos cognitivos (PAJARES, 1992, ROKEACH, 1981), enquanto outros autores delimitam especificamente quais outros termos as Crenças englobam e quais não estão contemplados em sua definição (MILLER, 1988).

No entanto, de maneira geral, o termo crenças está relacionado às percepções e interpretações que uma pessoa faz da realidade. Para autores como Siegel, McGillicuddyDeLise e Goodnow (1992) o termo engloba ainda as preferências e avaliações sobre as condições da própria vida. Rokeach (1981), considerado um autor de referência no estudo das Crenças, afirmou que elas são proposições simples acerca da relação entre duas coisas ou ainda entre uma coisa e uma de suas características, sendo endossadas ou não pelas pessoas. Nesse contexto, as crenças abarcam fenômenos como esquemas, atribuições, ideias, julgamentos, concepções e cognições na visão desse autor. Ainda nesse sentido, Ribas (2002) ressaltou que as crenças são produtos de vários processos cognitivos, sendo representações mentais que exercem papel importante na execução de vários processos psicológicos como, perceber, raciocinar, generalizar, julgar e acreditar.

Soares e Bejarano (2008) apontaram que as crenças são formulações simbólicas que dão certezas subjetivas. Tais crenças aparecem de maneira indireta e inconsciente mediante as experiências, a rotina do trabalho, a linguagem, dentre outras. Tais crenças determinam o pensamento e a ação e dão segurança para viver as situações cotidianas.

Barcelos (2006) afirmou que as crenças são uma forma de pensar, são construções da realidade, ou seja, maneiras de perceber e conceber o mundo mediante um processo de interpretação e ressignificação. Nesse sentido, as crenças são sociais, dinâmicas, relacionadas ao contexto e ao mesmo tempo, paradoxais.

Pajares (1992) considerou que o termo deve englobar as percepções, as concepções, as pré-concepções, sistemas conceituais, teorias implícitas e explícitas, teorias pessoais, processos mentais internos, estratégias de ação, regras da prática, princípios práticos, perspectivas, repertórios de entendimento e estratégia social.

Referencial teórico: Crenças e práticas docentes: aportes teóricos

Apesar de Miller (1988) ter apontado que o termo Crenças deve ser entendido de maneira mais ampla, para que inclua fenômenos como esquemas, ideias, julgamentos, atribuições, concepções e percepções, ele excluiu os valores e as metas, considerando-os como termos à parte.

Por outro lado, Ramos (1997) apresenta uma discussão realizada por Ortega e Miolo Gasset (1957) na qual os autores fazem uma clara diferenciação entre os termos ideias e crenças. Para esses autores, as ideias são representações imaginárias do indivíduo em relação à realidade, enquanto as crenças são a “realidade radical do sujeito” (RAMOS, 1997, p.20).

Segundo Barcelos (2006), a visão mais atual do conceito de crenças situa-se na área de cognição, incorporando componentes como capacidade simbólica, e ou, a vontade, *crenças* e desejo. Assim sendo as crenças não são mais entendidas como estruturas mentais, estáveis e fixas, localizadas dentro da mente das pessoas e distintas do conhecimento, diferentemente do que se acreditava no início dos estudos sobre crenças (décadas de 70 e 80 e no Brasil, 90). Com os avanços na área da cognição, passa-se a entender a natureza das crenças dentro de uma perspectiva mais situada e contextual (BARCELOS, 2006).

Em 1996, Woods, também preocupado com essa distinção, sugeriu a terminologia *BAK* (*beliefs, assumptions and knowledge*) para designar o construto crenças e conhecimento. O autor afirma uma forte interligação entre os termos *crenças, pressupostos e conhecimento*, sugerindo que estes se referem a pontos em um *continuum* ou rede de significados, podendo sobrepor-se uns aos outros em determinado momento.

De modo geral, elas podem ser entendidas como um conjunto de significações provenientes das interpretações de nossas experiências na vida. É como se vivendo, experienciando e interpretando as experiências, fôssemos desenvolvendo uma teoria de como a vida é ou como deveria ser (LUZ, 2007).

Segundo o autor op. Cit. as crenças e/ou as representações sociais tratam, enfim, das significações que são adquiridas ao longo de uma vida em interação com outras vidas, com o meio e com as situações vividas onde o indivíduo vai estabelecendo relações e constrói suas significações a partir de tais relações (LUZ, 2007).

Não é possível, por exemplo, admitir que os termos crença e opinião sejam sinônimos como sugere Wenden (1986, p. 05 apud: Barcelos 2006) em sua

Referencial teórico: Crenças e práticas docentes: aportes teóricos

definição. As opiniões são descompromissadas e facilmente mutáveis, ao contrário das crenças, que, exatamente por sua origem nas experiências, se apresentam mais estáveis e sólidas. Quando se crê em algo se crê até que surja um argumento forte o suficiente para desestabilizar esta crença. Isto se afirma no estudo de Luz (2007) discutindo o conceito de crenças na formação inicial do professor de línguas, quando afirmou que uma opinião pode mudar a qualquer momento sem motivo aparente.

Por serem mais superficiais, as opiniões são mais facilmente identificáveis, ao passo que as crenças são, na maioria das vezes, implícitas e até mesmo desconhecidas de quem as possui. A maioria das pessoas, se questionadas sobre sua opinião a respeito do racismo vai rapidamente se mostrar contrária, ou afirmar que nem sequer existe racismo no Brasil. Porém, se as ações forem observadas com cuidado, “vamos descobrir que guardamos crenças bastante racistas, as quais negamos ou nem sequer conhecemos” (LUZ, 2007).

Apesar da ausência de consenso quanto à quais produtos cognitivos o termo deve abarcar, para fins de definição e para evitar imprecisões conceituais, nessa pesquisa adota-se a perspectiva de que as Crenças são percepções e interpretações que uma pessoa faz da realidade (SIEGEL, MCGILLICUDYDELISE, GOODNOW, 1992).

Quanto a quais produtos esse termo engloba, adota-se o entendimento de Pajares (1992), segundo o qual Crenças engloba percepções, concepções, pré-concepções, sistemas conceituais, teorias implícitas e explícitas, teorias pessoais, processos mentais internos, estratégias de ação, regras da prática, princípios práticos, perspectivas, repertórios de entendimento e estratégia social.

A partir da conceituação, as Crenças possuem características que foram observadas por diversos autores. As características consideradas mais relevantes para contextualizar o tema são comentadas a seguir.

Segundo Rokeach (1981), a quantidade de crenças que uma pessoa adulta possui é muito grande, podendo existir centenas e milhares de crenças relacionadas, por exemplo, ao que é verdadeiro ou falso, bonito ou feio, bom ou ruim com respeito ao mundo social e físico no qual a pessoa está. Nesse sentido, as crenças são organizadas em sistemas. Um sistema de crenças tem representado dentro de si cada uma e todas as crenças inumeráveis que as pessoas tem sobre a realidade física e social. Nem todas as crenças tem o mesmo peso de importância para as pessoas, havendo uma variação ao longo de uma dimensão centralidade-

Referencial teórico: Crenças e práticas docentes: aportes teóricos

periferia. Quanto mais uma crença for central, mais resistirá à mudança. Quanto mais central for a crença que modificou, mais repercussões trará ao sistema de crenças. A centralidade e estabilidade das crenças acontecem de acordo com o grau de ligação funcional de uma crença com outras, ou seja, quanto maior a ligação, maior a centralidade e estabilidade. O reforçamento pelo consenso social unânime torna as crenças mais centrais (ROKEACH, 1981).

Para Pajares (1992) este sistema de crenças se trata de uma construção social por um processo de aculturação tendo como consequência deste processo, a formação de teorias (crenças) altamente resistentes à mudança devidos às experiências precoces que influenciarem fortemente os julgamentos finais. “Os resultados são perseverantes fenômenos de resistência da teoria” (PAJARES, 1992, pg. 317) devido aos quais quanto mais precocemente uma crença for incorporada à estrutura de crenças, mais difícil é para alterá-la, porque essas crenças afetam subsequentemente a percepção e influenciam fortemente o processamento de uma nova informação.

As crenças parecem funcionar como um filtro de informações, isto é, todo novo conhecimento proposto vai passar antes pelo filtro daquilo que a pessoa em questão acredita, do que é resultado da interpretação do que ela tem vivido (PAJARES, 1992).

Ainda no sentido de compreender o sistema de Crenças, Rokeach (1981) afirma que todas as crenças são formadas por três componentes: cognitivo, afetivo e comportamental. As crenças são cognitivas, porque avaliam conhecimentos como sendo verdadeiros ou não; são afetivas por possuírem a capacidade de evocar afetos de intensidades variadas; e comportamentais, porque predispõem a respostas específicas, ou seja, as crenças predispõem a uma ação em acordo com elas mesmas.

Quanto à tipologia, as crenças podem ser descritivas, avaliativas e prescritivas:

As crenças descritivas firmam uma relação entre duas coisas. As crenças avaliativas julgam os objetos das crenças e as crenças prescritivas apontam uma determinada maneira de agir como desejável ou não (ROKEACH, 1981).

A partir desses princípios gerais para a compreensão das crenças, é possível estabelecer, reunindo estudos de outros autores, as características gerais das crenças.

3.1.1 Características gerais das crenças

a) As crenças não podem ser observadas diretamente, mas podem ser inferidas a partir do que a pessoa diz e faz (ABELSON, 1979; ROKEACH, 1981; MASSAROLO & FORTKAMP, 2002);

b) São elaborações individuais, mas produzidas a partir do contexto sociocultural (SOARES & BEJARANO, 2008; MASSAROLO & FORTKAMP, 2002). Nesse contexto, elas absorvem as expectativas sociais e nascem na interação e relação com os grupos sociais (BARCELOS, 2007);

c) Dão segurança (SOARES & BEJARANO, 2008), pois promovem estabilidade e uma suposta congruência entre o acreditar e o agir;

d) Estão organizadas como um sistema que cria ou reforça outras crenças (ABELSON, 1979, SOARES & BEJARANO, 2008, ROKEACH, 1981);

e) Não têm uma preocupação primordial com a “verdade” (SOARES & BEJARANO, 2008);

f) São elaborações que não se limitam a racionalidade (SOARES & BEJARANO, 2008);

g) São saberes que se tornam sólidos e cristalizados (SOARES & BEJARANO, 2008);

h) Interferem nas atitudes e no comportamento (MASSAROLO & FORTKAMP, 2002, BARCELOS, 2007; SOARES & BEJARANO, 2008);

i) Há crenças mais consistentes do que outras (SOARES & BEJARANO, 2008);

J) Podem ser modificadas, são dinâmicas (SOARES & BEJARANO, 2008, ROKEACH, 1981, BARCELOS, 2007, MASSAROLO & FORTKAMP, 2002);

k) As crenças são existenciais, pois são constituídas pelo que foi acumulado na experiência de vida e são elaboradas considerando a forma de sentir, pensar e atuar no mundo (SOARES & BEJARANO, 2008, BARCELOS, 2007);

Referencial teórico: Crenças e práticas docentes: aportes teóricos

L) São paradoxais, pois ao mesmo tempo em que são individuais, são também compartilhadas socialmente; ao mesmo tempo em que sofrem modificações, podem ser fatores impeditivos para a mudança (BARCELOS, 2007);

M) Servem para compreender o mundo social e enfrentar problemas (ABELSON, 1979, MASSAROLO & FORTKAMP, 2002);

N) As crenças dizem respeito a práticas conhecidas, ainda que uma pessoa não tenha tido uma experiência direta com o tema que é motivo das crenças (ABELSON, 1979).

A partir dessa breve discussão sobre as conceituações em Crenças e suas características é possível adentrar na temática Crenças Docentes, compreendendo sua inter-relação com as práticas destes profissionais.

3.2 Crenças e práticas docentes

As crenças docentes têm sido investigadas em relação a uma variedade de temas. Além das pesquisas que explicitam as crenças sobre diversos temas pertinentes à área da educação, teóricos têm se preocupado em discutir o uso do termo em se tratando da docência. Para Soares e Bejarano (2008) as crenças estão próximas ao conceito de saberes enunciado por Tardif (2002). Uma vez que esse autor afirma que os saberes experienciais “[...] formam um conjunto de representações a partir das quais os professores interpretam, compreendem e orientam sua profissão e sua prática cotidiana em todas as suas dimensões” (TARDIF, 2002, p. 49).

Se as crenças estão presentes nas formas de pensar e agir como pessoa e como profissional e se formar um professor significa mais do que transmitir conhecimentos prontos, então pode-se concluir que o conhecimento e o entendimento das crenças são fundamentais para que este professor não se torne um mero repetidor de modelos, mas sim, um conhecedor de padrões diversos e que possa escolher entre eles. Nesse sentido, Pajares (1992) afirma que, dado que a escola entra muito cedo na vida das pessoas, as crenças envolvendo a sala de aula e o professor estão muito cristalizadas.

Crenças e concepções são construídas com e na aprendizagem da profissão docente ou até mesmo no período da educação básica, e vão aos poucos moldando as representações utilizadas por estes profissionais ao longo de sua trajetória. É

Referencial teórico: Crenças e práticas docentes: aportes teóricos

nesse período que ele constrói, numa aprendizagem por observação, formas peculiares de entender: os processos de ensino/aprendizagem; o papel da escola, além de criar um modelo de professor, entre outros aspectos de crenças educacionais (PAJARES, 1992; LUMPE ET AL, 2000).

Dessa maneira, os autores afirmam que estudar as crenças docentes representa aproximar-se do pensamento e das ações dos professores, que são movidas não apenas pelo conhecimento, mas também por suas crenças de homem, de mundo, dentre outras. Assim, as crenças sobre o processo pedagógico não são separadas das questões pessoais. Ao contrário, as crenças docentes são produto das vivências pessoais e profissionais.

A partir dos estudos dentro da abordagem do pensamento do professor surgem as novas tendências da formação de professores, baseadas na reflexão. Considera-se necessário formar professores que reflitam sobre a sua própria prática como forma de desenvolver o pensamento e a ação (MARCELO GARCIA, 1997). Uma forma de conduzir esse processo reflexivo é eleger as crenças do professor como objeto de reflexão.

Barcelos (2004a, p. 145) afirma que o entendimento destas crenças faz parte de formar professores críticos, reflexivos e questionadores do mundo a sua volta (não somente da sua prática).

De acordo com Almeida Filho (1999), todo professor age orientado por uma dada abordagem de ensino, que opera com conhecimentos explícitos e implícitos.

Os conhecimentos implícitos são as teorias informais e pessoais que se manifestam muitas vezes na forma de crenças culturalmente marcadas pelo inconsciente coletivo. Os conhecimentos explícitos, por sua vez, são teoria formalizada, aprendida, (re)construída e citável na forma de pressupostos e princípios estabilizados (ALMEIDA FILHO, 1999).

Segundo o autor (1999, op. Cit. p.16), "é desejável [...] a crescente explicitação pelos professores da sua abordagem de ensinar".

Finalmente, a respeito da formação deste sistema de crenças de professores, Massarollo e Fortkamp (2002, p.08) afirmam que como apontado por vários pesquisadores (KINDSVATTER, WILLEN, AND ISHLER, 1988; RICHARDS, 1994), o sistema de crenças de professores é construído de maneira gradual ao longo do tempo e é derivado de diferentes situações tais como: (1) sua própria experiência como aprendizes; (2) experiências quanto às estratégias de ensino que proporcionam melhores resultados; (3) práticas de ensino preferidas ou

Referencial teórico: Crenças e práticas docentes: aportes teóricos

determinadas pela instituição; (4) preferências pessoais por determinado modelo de ensino; (5) princípios baseados em programas instrucionais ou pesquisas; (6) princípios derivados de um determinado método ou abordagem de ensino.

Para compreender melhor as crenças docentes e subsidiar este estudo, foi realizada uma busca no portal de periódicos da CAPES utilizando o termo “Teachers’ beliefs”, onde foram listados 19.455 artigos publicados sobre o assunto. Em uma breve pesquisa na base de dados da Scielo utilizando o termo “Crenças de professores” foram encontrados 67 trabalhos voltados para essa temática. Com isso percebe-se que a produção na temática está bem mais avançada fora do país.

Ao utilizar o termo “Crenças de docentes” foram encontrados 31 trabalhos na base de dados da Scielo, que trataram dessa temática nas áreas de ensino e aprendizagem de línguas (BARCELOS, 2007; Da SILVA & FIGUEIREDO, 2005), carreira docente (FARIAS, 2015), Formação de professores (MOREIRA, 2010; SOARES & BEJARANO, 2008), pesquisa educacional (PAJARES, 1992; MANRIQUE, 2003), entre outros.

Um dos autores que contribuiu significativamente para a compreensão das crenças docentes foi Pajares (1992) que em seu artigo busca clarificar o conceito e cita vários exemplos típicos de crenças educacionais dos professores: confiança para influenciar a performance dos alunos, ou seja, crença na eficiência do professor; crença sobre a natureza do conhecimento, ou seja, uma crença mais de caráter epistemológico; crença sobre as causas das performances dos professores ou dos estudantes, como por exemplo, obsessão pelo controle da classe; papéis que devem representar os professores e papéis reservados aos alunos; motivação acadêmica dos alunos e motivação do próprio professor; percepção de si mesmo como professor e sentimento de crescimento pessoal e/ou profissional, onde entram fatores como autoconceito e autoestima; confiança em realizar tarefas docentes específicas, que são governadas por conceitos como auto eficiência; e finalmente crenças educacionais sobre as disciplinas ou conteúdos específicos (Pajares, 1992, p. 316).

Também merece destaque a pesquisa de Soares & Bejarano (2008) publicada em seu artigo intitulado “Crenças dos professores e formação docente” o qual discute o conceito de crenças e sua influência na prática pedagógica dos professores. Trata-se de uma pesquisa de campo realizada com quatro professoras das séries iniciais do Ensino Fundamental em uma escola pública na periferia de

Referencial teórico: Crenças e práticas docentes: aportes teóricos

Salvador-BA, através dos seguintes recursos metodológicos: a observação, a entrevista e a (auto) biografia. Os autores op. Cit. contribuem com o estudo dessa temática ao acrescentar três novas características construídas através da análise da pesquisa de campo com educadores:

(...)as crenças que os/as professores formulam sobre o processo pedagógico não se separam das questões pessoais, mas a ela se misturam, pois suas convicções são fruto das vivências pessoais e profissionais[...] As crenças são pensadas a partir de uma interpretação parcial da realidade, mas que são usadas para explicar genericamente diferentes situações, sem um conhecimento mais sistematizado do fato[...] as crenças influenciam na criação de estereótipos (Soares & Bejarano,2008, p.66-67)

Ao analisar algumas crenças e concepções de professores de Matemática, Manrique (2003, p. 68), indicou que:

O trabalho do professor iniciante está impregnado de conflitos e tensões que precisam ser solucionados rapidamente [...] são das crenças mais estáveis que fazem uso para resolver problemas.

A pesquisa utilizou-se de questionários aplicados aos professores, observação de encontros de formação e aulas, entrevistas com os participantes e análises de relatórios, concluindo que é possível a alteração de concepções e conseqüentemente a alteração da prática pedagógica dos docentes. Sendo assim, justifica-se a importância da formação continuada e da oportunização de momentos de trocas, reflexão da prática e aprendizado.

Segundo alguns autores, por vezes, as crenças estão tão enraizadas que a formação inicial é incapaz de provocar uma transformação profunda nessas mesmas crenças (Pajares, 1992; Richardson & Placier, 2001). Em contraposição, NASCIMENTO& HETKOWSKI (2007) apontaram a necessidade formação específica, afirmando que a formação inicial será tanto mais importante para a carreira do futuro professor quanto mais próximo ele estiver da construção identitária desse sujeito. E isso passa pela sua organização coletiva. As autoras consideram que para uma formação ideal “[...] *para além da academia, esses cursos têm que estar em relação muito estreita com o meio escolar de atuação desses futuros ensinantes*”.

O que significa dizer que será preciso um curso com matérias mais sensíveis às verdadeiras necessidades desse sujeito. Antes de tudo que seja um curso aberto a escutar, entender, saber de suas crenças, convicções e representações sobre o que é ensinar e aprender, o que é ser professor, etc. Um curso assentado sobre o que pensam os sujeitos e que lhes favoreça um olhar para mais além, para o desenvolvimento de

competências emergidas no próprio contexto escolar; sobre seus “saberes” e seus “quereres” (NASCIMENTO& HETKOWSKI, 2007, p.237).

O conhecimento e compreensão das crenças, que estão na base da formação do professor (teorias / competência implícitas), e, a partir daí, a reflexão sobre elas, são fundamentais para que o desenvolvimento ocorra, possibilitando uma reflexão crítica e, então, talvez uma mudança (DONAGHUE, 2003).

Essas crenças influenciam o processo de ensino-aprendizagem ao mediarem as decisões pedagógicas e as interações que os professores estabelecem com seus alunos (PAJARES, 1992). Neste sentido, o próximo item abordará as crenças e práticas de docentes com relação à saúde na escola, como forma de compreender suas relações e aproximando-se da temática deste estudo.

3.3 Crenças e práticas docentes em saúde na infância

Neste item buscou-se discutir as crenças docentes relacionadas à saúde, situadas no contexto da educação infantil, e onde essas podem ser evidenciadas nas práticas de cuidado direcionado às crianças, uma vez que em sua maioria estes cuidados influenciam diretamente no processo saúde-doença.

Segundo Kuhlmann (2000) o percurso histórico da Educação Infantil passando da prática compensadora nas creches para o caráter educacional proposto mais atualmente pela LDB, contribuiu para a contraposição entre assistência e educação, influenciando as práticas e crenças neste contexto. Ante a defesa do caráter educacional da creche e pré-escola, o cuidado e a educação de crianças pequenas passaram, algumas vezes, a ser entendidos como fazeres independentes e opostos (BECKER et al, 2013, p144).

A literatura indica uma contradição entre práticas e crenças no cotidiano da creche, a qual parece estar ligada ao fato de que “as necessidades dos bebês demandam das educadoras práticas que vão muito além do que é considerado pedagógico ou educacional” (BECKER et al, 2013, p144).

Nesse sentido, os bebês, com o seu alto grau de dependência, exigem atenção de um adulto quase em tempo integral com uma demanda por cuidados básicos (alimentação, higiene, sono) constantes, que, aliada ao número de crianças comumente atendidas por cada educadora, torna-se foco das atividades durante boa parte do tempo (GUERRA, 2010).

Referencial teórico: Crenças e práticas docentes: aportes teóricos

Toda esta complexidade do contexto da creche parece influenciar a forma como os educadores percebem sua atuação junto aos bebês. Estudos mostram que educadores de crianças pequenas acreditam que a tomada de decisão para a prática baseia-se principalmente na emoção, e não em conhecimento teórico (FANG, 1996; MCMULLEN, 1999; VARTULI, 2005).

E de fato, as crenças em saúde, apesar de, por vezes, não corresponderem ao conhecimento científico, não necessitam comprovação para serem aceitas e incorporadas ao repertório popular (DE ESTON ARMOND & TEMPORINI, 2000). Essa integração ao contexto cultural ocorre em consequência da repetição do que se acredita verdadeiro nos contatos individuais e informais ao longo do tempo. O conhecimento popular difunde-se, assim, nos grupos sociais e subculturas (ROCHA et al., 1997; BRICEÑO-LÉON, 1996).

Em seu estudo sobre teorias implícitas no ensino infantil Spodek (1988) observou que crenças de educadores resultam de conhecimento prático pessoal, ao invés de conhecimento teórico sobre o desenvolvimento e aprendizagem infantil. O autor concluiu ainda que estas crenças implícitas têm forte impacto sobre as ações dos educadores durante a rotina diária. Portanto, conhecer essas crenças pode ser uma ferramenta importante para futuras intervenções que visem associá-las com o conhecimento teórico, e, conjuntamente, subsidiar práticas que favoreçam o desenvolvimento das crianças (Spodek, 1988).

Dada a importância das crenças docentes, já delineada anteriormente, qual seria a relação entre as crenças e as práticas? Para Pajares (1992), as crenças do professor influenciam suas percepções e julgamentos, os quais, por sua vez, afetam seu comportamento na sala de aula, podendo influenciar nos métodos de trabalhar os conteúdos e na forma de avaliação dos alunos.

Levando em consideração tal pensamento e tendo como pano de fundo a atual conjuntura da educação infantil, onde a convivência das crianças com os docentes se dá por um período longo de tempo devido às classes em horário integral, muitas destas crenças convertidas em práticas também são fatores de influência nos comportamentos infantis, podendo alterá-los no sentido à aquisição ou até mesmo deturpação dos hábitos saudáveis.

Isto se comprovou em um estudo realizado nos Estados Unidos com 39 crianças de dois a cinco anos (BIRCH, 1980) que mostrou que as crianças mudam suas preferências alimentares para coincidir com a de seus colegas, provando a

Referencial teórico: Crenças e práticas docentes: aportes teóricos

influência entre pares. Outro estudo comprovou a influência dos educadores, que podem estimular a aceitação de novos alimentos, além de atuar como referência ao consumirem variados alimentos, sob diferentes preparações (HENDY, 2000) ou ainda ao se negarem a consumir determinados alimentos prejudicando a construção de crenças favoráveis à promoção da saúde entre as crianças.

Além disto, estudos têm mostrado a significativa influência desses mesmos educadores e pares na prática de atividade física entre as crianças. Um exemplo é a pesquisa com crianças de nove países europeus, na qual se enfatizou que a participação dos melhores amigos, entre outros, no esporte influía mais do que a de membros da família na adesão à atividade física (WORLD B, 1992).

As crenças e práticas e a relação entre essas foram também analisadas por Becker, Bernardi e Martins (2013) que realizaram estudo que objetivou averiguar crenças e práticas de educadoras de berçário sobre cuidado. Participaram 14 educadoras de creches duas públicas. Os dados foram coletados mediante entrevistas e aplicação de questionários, utilizando os seguintes instrumentos: questionário sobre a experiência profissional das educadoras, entrevista sobre desenvolvimento, cuidados e adaptação dos bebês à creche e, por fim, mais quatro questões para os fins da pesquisa, que foram: 1) O que você imagina que um bebê necessita nessa fase? 2) Que práticas você considera importantes no dia a dia com os bebês? 3) Dentre essas práticas que você citou, quais você costuma realizar junto aos bebês? 4) Há outras práticas que você costuma realizar e não citou como importante? As falas das educadoras foram analisadas com base em categorias pré-determinadas e utilizando-se o software NVIVO. As categorias utilizadas foram criadas com base nas dimensões de cuidado propostas por Winnicott: holding (segurar/sustentar), handling (manipular) e object-presenting (apresentar objetos). Nos resultados do trabalho, as crenças e práticas foram apresentadas conjuntamente e uma categoria não prevista na teoria de Winnicott surgiu a partir da fala das participantes: Estimulação Geral. Concluindo, como principais resultados, averiguou-se que as educadoras entrevistadas identificaram o holding como a principal necessidade dos bebês e o handling (manipular) e a apresentação de objetos como as principais práticas. As autoras concluem destacando a necessidade de valorização dos cuidados básicos como um fazer legítimo do profissional da Educação Infantil, dada sua importância para o desenvolvimento dos bebês.

Em se tratado ainda das crenças e práticas voltadas para a saúde na

Referencial teórico: Crenças e práticas docentes: aportes teóricos

Educação Infantil, Longo-Silva et al realizaram em 2013 um estudo como intuito de avaliar o impacto de um treinamento de educadores de creches nas percepções e práticas acerca da alimentação infantil. A pesquisa utilizou abordagem qualitativa, com aplicação da técnica do grupo focal com 16 grupos, sendo oito com as creches expostas ao treinamento e oito com as não expostas, tendo em média de seis a 11 participantes por instituição, os quais apresentavam idades entre 19 e 66 anos. Nos seus resultados Longo-Silva et al. (2013) apontaram que as professoras participantes citaram a maternidade como o elemento que contribui fundamentalmente para a competência e qualificação das educadoras de creches no cuidado com as crianças.

Fazendo um paralelo entre os estudos revisados aqui e na seção anterior, constata-se que alguns profissionais ainda possuem uma crença limitada quanto ao conceito de promoção de saúde vinculando-o apenas à saúde física ou simplesmente, a uma concepção orgânica, como a ausência de doenças (RODRIGUES et al., 2008). Esta visão estritamente biológica foi observada nas crenças dos (as) profissionais da educação dos estudos revisados, sendo raramente atribuído o modo como o cuidado é ofertado, prevalecendo a relação da saúde com hábitos de higiene física, o repasse de informações sobre esse assunto ou a crença da ação curativa, como a de maior relevância (CARDOSO, REIS & IERVOLINO, 2008; LONGO-SILVA et al., 2013; MARANHÃO, 2000; MENDONÇA & LEMOS, 2011; VIEIRA et al., 2009). Contudo foi observado no estudo de Becker et al., realizado em 2013 que as educadoras não consideram importante somente as necessidades físicas, mas um conjunto de ações que estimulem a criança como um todo.

Os estudos apontaram que o conhecimento empírico e do senso comum, não são suficientes para atingir os objetivos de promover o desenvolvimento infantil, sendo mostrados equívocos na pesquisa, como a crença de que o consumo total dos lanches seria o indicador de saúde nas crianças, além da ligação da comida pastosa e líquida com as “crianças pequenas” (ASSAO & CERVATO-MANCURSO, 2008; LONGO-SILVA et al., 2013).

Assim percebe-se o quão importantes são as crenças dos docentes quanto à saúde e sua promoção e prevenção no âmbito da educação infantil, influenciando assim diretamente no estado de saúde de suas crianças e tornando extremamente relevantes estudos na área.

4 CAMINHO METODOLÓGICO

Neste estudo buscou-se compreender a seguinte problemática: Quais são as crenças e práticas sobre promoção e prevenção em saúde entre os professores da Educação Infantil de Santarém?

Acredita-se que o conhecimento das crenças sobre promoção e prevenção em saúde dentre estes docentes pode possibilitar um mapeamento da realidade simbólica do modo de pensar e agir dos mesmos, podendo representar significativamente os conceitos e princípios adotados na prática desta temática transversal nas UMEIs de Santarém além de desvelar a forma como está se dando a contribuição da escola na instituição de hábitos saudáveis entre as crianças.

A partir desta questão, construiu-se a metodologia deste estudo, na qual procurou-se utilizar as técnicas mais adequadas ao alcance dos objetivos. Nessa seção serão apresentados os caminhos percorridos: o tipo de estudo, as unidades pesquisadas, a escolha dos sujeitos, os instrumentos, a coleta dos dados e os procedimentos de análise.

4.1 Desenho da pesquisa:

Essa pesquisa teve cunho qualitativo e exploratório, uma vez que seu objetivo foi descrever as crenças e as percepções das práticas voltadas para a Promoção e prevenção em saúde na Educação Infantil, a partir da fala de professores que atuam nas UMEIs de Santarém.

De acordo com Trivinos (1987, p.122), “na pesquisa qualitativa as particularidades físicas e sociais do meio imprimem aos sujeitos traços peculiares que serão desvendados à luz dos significados que ele estabelece”. O autor ressalta, ainda que, neste particular, a pesquisa qualitativa permite compreender o problema no meio em que ele ocorre, sem criar situações artificiais que mascaram a realidade, ou que levam a interpretações ou generalizações equivocadas.

4.2 Locus da pesquisa:

Esta pesquisa foi realizada nas Unidades Municipais de Educação Infantil da área urbana de Santarém, mais especificamente nas séries Berçário, Maternal I e Maternal 2, que atendem crianças de 0 a 3 anos.

Para tanto considerou-se a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (Lei 9394/96) que define creches como instituições que atendem a crianças na faixa etária de 0 a 3 anos e pré-escolas as de 4 a 6 anos. Ambas compreendem a Educação Infantil, primeira etapa da educação básica que tem como finalidade o desenvolvimento integral da criança em seus aspectos físico, psicológico, intelectual e social (BRASIL, 1996).

O Município de Santarém possui hoje, 17 Unidades Municipais de Educação Infantil- UMEIs na cidade, 02 UMEIs no planalto, 01 UMEI na região de Rios, 08 Espaços Pedagógicos- EMEIs (anexados a escolas de Ensino Fundamental na cidade) e turmas de Pré-escola, funcionando nessas escolas, e nas escolas da Região de Planalto, e Região de Rios: Lago Grande, Região do Arapixuna, Tapajós e Arapiuns e várzea. Também, o FNDE/MEC, através do Programa Proinfância, em parceria com o Município, construíram o I Centro Municipal de Educação Infantil - C.M.E.I. Paulo Freire.

Estas unidades contam com os seguintes profissionais: Coordenador, pedagogo, auxiliar administrativo, educadores alimentares, e vigias. A rotina de atendimento se constitui de turmas com horário parcial nos turnos matutino e vespertino e de turmas com horário integral, as quais daremos prioridade para este estudo.

Segue abaixo quadro demonstrativo com o quantitativo de crianças matriculadas na rede municipal de educação infantil no ano de 2015.

Quadro 3 – Demonstrativo de Crianças matriculadas nas UMEIs, EMEIs, CMEI - 2015.

Nº de escolas/ UMEIs	Região	Nº de crianças/ Faixa etária.
17 UMEIs/01 CMEI	Zona Urbana	2.099/ 01 a 05 anos
03 UMEIs	Planalto / Rios	328 / 02 a 05 anos
09 EMEIs	Zona Urbana	1.004/ 04 e 05 anos
Total Geral	29 Instituições Municipais	3431 Crianças

Fonte: Lotação-SEMED/2015.

Caminho metodológico

Buscando atender de forma igualitária a todos os bairros da cidade, o CEMEI, as UMEIS e EMEIS estão distribuídos no município de Santarém divididos em 5 polos listados abaixo:

- Polo 1: UMEI Área Verde, UMEI Cohab, UMEI Santana, UMEI Urumari, EMEI Santo André, EMEI Uruará e EMEI Área Verde.
- Polo2: CEMEI Paulo Freire, UMEI Aeroporto Velho, UMEI Ebenezer, UMEI Interventoria, UMEI Esperança e EMEI Prainha.
- Polo3: UMEI Cipoal, UMEI Floresta, UMEI Matinha, UMEI Nova República, UMEI Ubaldo Correa (tabocal), EMEI São Francisco, EMEI Vitória Régia e EMEI matinha.
- Polo4: UMEI maracanã, UMEI Santarenzinho e EMEI Santarenzinho.
- Polo5: UMEI Caranazal, UMEI Três Pastorinhos (Fátima), UMEI N. Sra. Perpétuo Socorro (Liberdade) e UMEI Santa Bárbara.

O mapa a seguir demonstra a distribuição das UMEIs e EMEIs no município:

Caminho metodológico

Figura 1 – Mapa das UMEIs e EMEIs de Santarém-PA.



Fonte: Elaborado pela autora com dados da SEMED utilizando o Google maps.

4.3 Participantes:

Os participantes da pesquisa foram professores da Rede Municipal de Educação Infantil de Santarém, que atuavam nas UMEIs e no CEMEI nas séries berçário, maternal 1 e maternal 2 em turmas de horário integral a pelo menos dois anos. Para facilitar a logística de coleta de dados e desconsiderar o fator cultural do campo que nos daria outro viés teórico de discussão, foram selecionadas apenas as UMEIs da área urbana de Santarém.

Caminho metodológico

Dentre estas, selecionamos duas Unidades em cada polo do município, totalizando 10 Unidades, caracterizadas a seguir de acordo com o número de professores lotados por série.

Quadro 4 – UMEIs participantes da pesquisa segundo número de professores nas séries berçário e maternal I e II.

POLOS	LOCAIS DE PESQUISA	PROFESSORES POR SÉRIE		
		BERÇÁRIO	MATERNAL I	MATERNAL II
Polo 1	UMEI Cohab		4	6
	UMEI Santana			6
Polo 2	CEMEI Paulo Freire	4	4	4
	UMEI Aeroporto Velho			4
Polo 3	UMEI Matinha		2	2
	UMEI Nova República			4
Polo 4	UMEI Maracanã		6	4
	UMEI Santarenzinho			7
Polo 5	UMEI Caranazal			5
	UMEI Liberdade		2	3
TOTAL		4	18	41
				63

Fonte: Elaborado pela autora com dados da Lotação da SEMED (2015)

4.3.1 Perfil dos professores entrevistados

A amostra final foi composta por 53 professores, sendo o número menor que a amostra total devido aos critérios de seleção propostos por esta pesquisa e ao não aceite de alguns professores em participar da mesma. Dentre estes, 98% eram do sexo feminino, e apenas 2% do total do sexo masculino; o que demonstra a grande prevalência gênero feminino na docência em educação infantil, conforme demonstrado na figura 2:

Figura 2 – Professores segundo o gênero



Fonte: ficha de dados sociodemográficos utilizada na pesquisa.

Caminho metodológico

Com relação à faixa etária, os docentes do estudo encontram-se entre 22 e 56 anos de idade, sendo a maioria adultos de meia idade com mediana de 36 anos. Trata-se de uma idade bastante significativa para os resultados mostrando tanto uma larga experiência de vida como professores em início de suas carreiras. Estes dados são observáveis na tabela 6 abaixo.

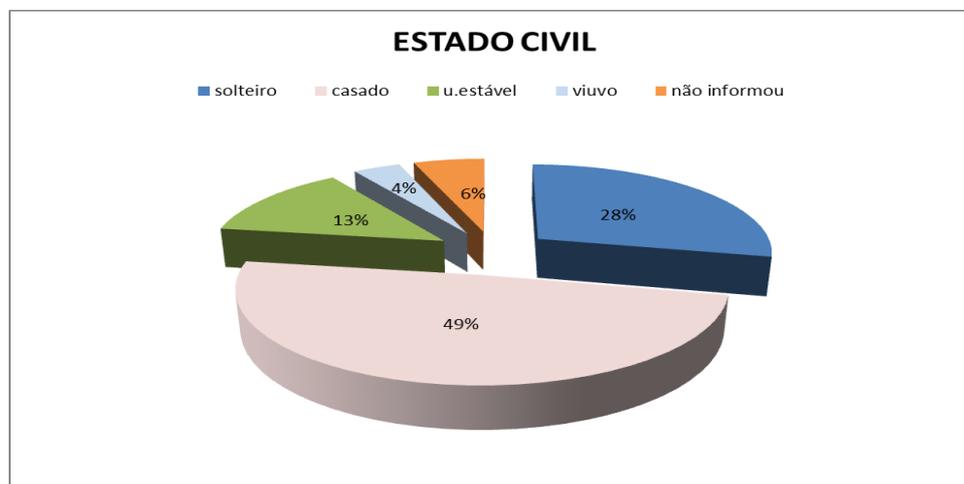
Tabela 6: Medidas de Tendência Central para a variável Idade

Análise da Variável idade		
Amostra	Válidos	53
	Perdas/inválidos	0
Media		37,34
Mediana		36,00
Moda		36
Desvio Padrão		7,595
Minimo		22
Maximo		56

Fonte: elaborada através do programa SPSS a partir da ficha de dados sociodemográficos.

Quanto ao estado civil dos professores, observou-se que a maioria, é casada, representando 49% da amostra, seguido de 28% que respondeu como solteira, 13% em união estável, 6% não informou, e o estado menos frequente entre os pesquisados foi de viuvez, com 4%.

Figura 3 – estado civil dos professores

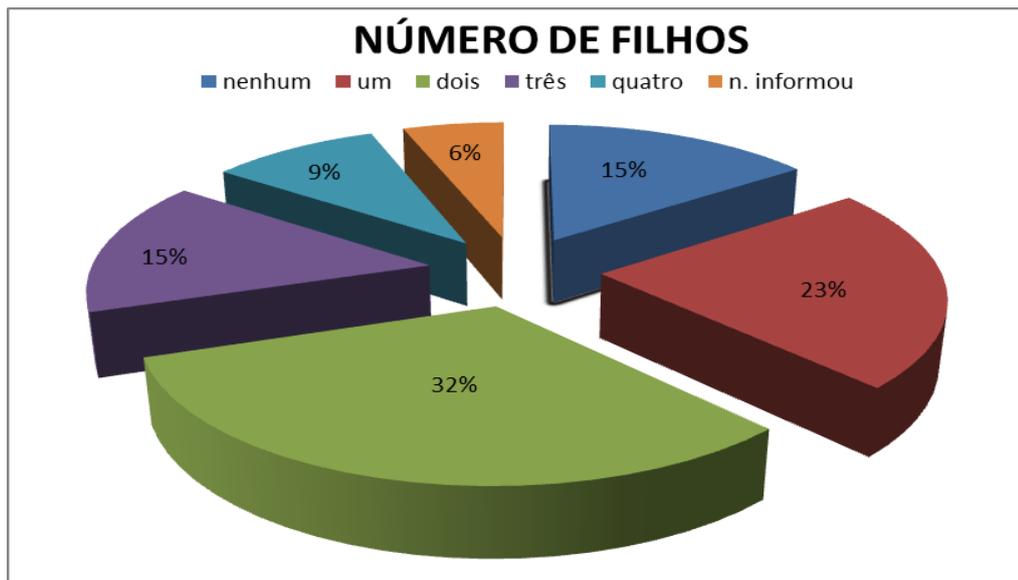


Fonte: ficha de dados sociodemográficos utilizada na pesquisa

Caminho metodológico

Em relação ao número de filhos, observou-se que a maioria dos docentes possuía mais de um filho em seu núcleo familiar, constatado por 32% dos docentes que informaram possuir dois filhos, enquanto que 23% informaram possuir apenas um filho, 15% possuir três a quatro filhos, e 9% afirmaram não possuir. Os dados serão melhor ilustrados na figura 5:

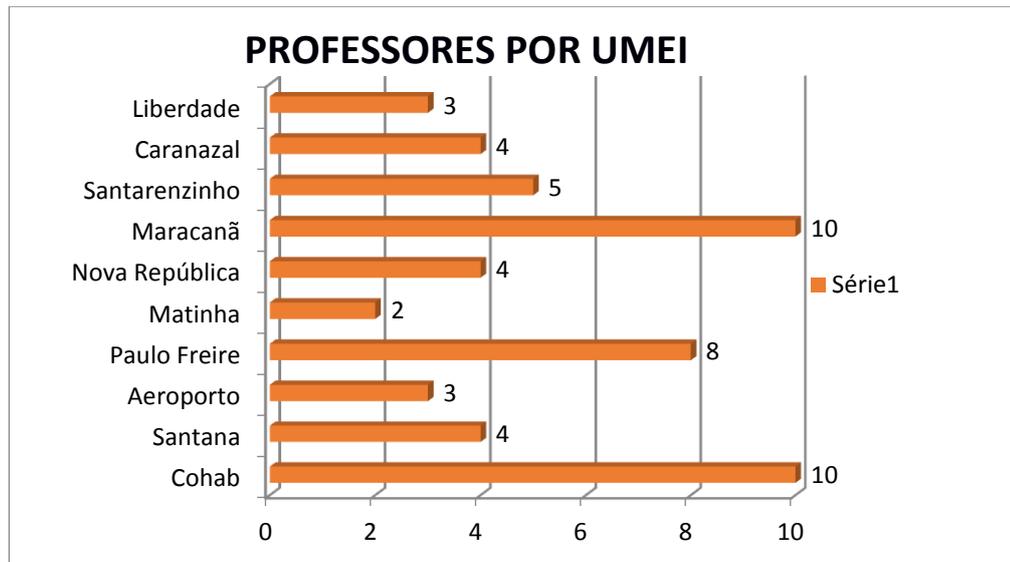
Figura 4 – Número de filhos por professor



Fonte: ficha de dados sociodemográficos utilizada na pesquisa

Da distribuição da amostra por UMEI, constatou-se que as unidades que apresentaram maior grupo de docentes nesta pesquisa foram Maracanã e Cohab com 10 professores cada, seguidos do CEMEI Paulo Freire, com 8 professores, Santarenzinho com 5 professores, Caranazal, Nova República e Santana com 4 professores em cada UMEI, Liberdade e Aeroporto com 3 professores em cada, e a Unidade da Matinha, que, com 2 professores, apresentou o menor grupo. Tais valores são proporcionais às dimensões das instituições e à quantidade de alunos matriculados. Este número também sofreu variações conforme o aceite dos professores em participar da pesquisa.

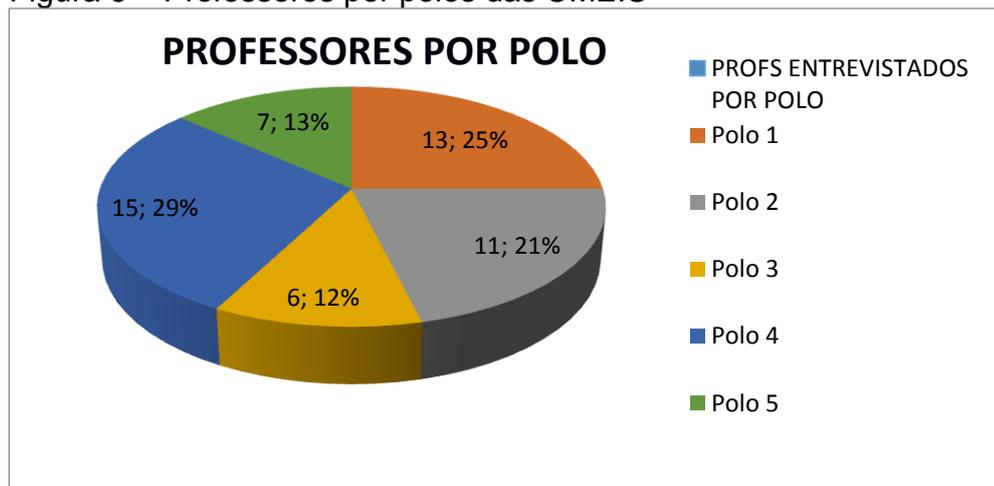
Figura 5 – número de professores entrevistados por UMEI



Fonte: ficha de dados sociodemográficos utilizada na pesquisa

Em relação ao agrupamento dos docentes entrevistados por polo, nota-se que o polo com maior quantidade de professores pesquisados foi o 4, com 15 participantes, seguido do polo 1, com 13 participantes, os polos 2 e 5 contendo 11 e 7 participantes respectivamente. O polo que apresentou menor quantidade de pesquisados foi o 3, representado por 6 docentes.

Figura 6 – Professores por polos das UMEIS



Fonte: ficha de dados sociodemográficos utilizada na pesquisa

Quanto ao vínculo funcional com a UMEI, constatou-se que 66% da amostra afirmou ser concursada e 34% afirmou trabalhar através de contrato temporário, conforme figura 8:

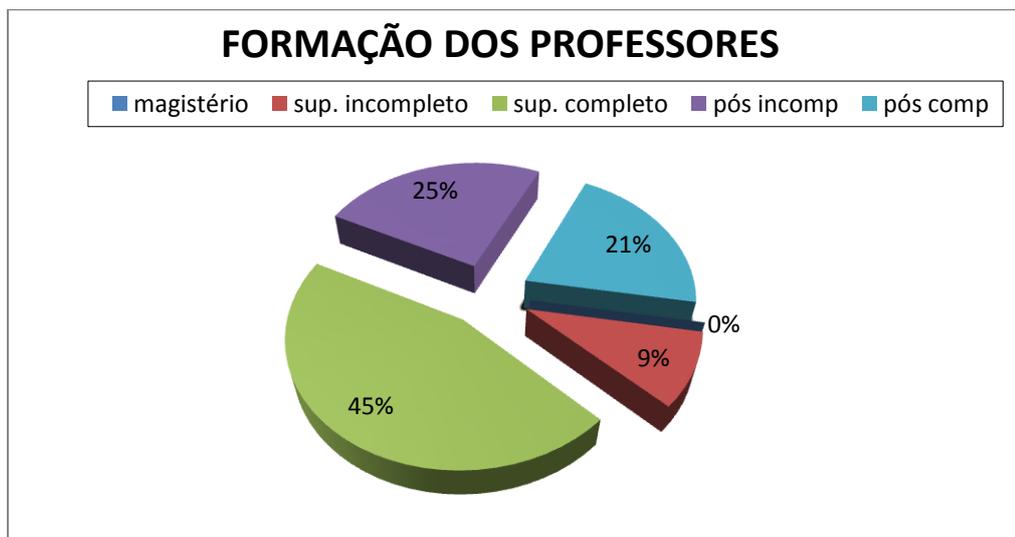
Figura 7 – Vínculo empregatício dos professores



Fonte: ficha de dados sociodemográficos utilizada na pesquisa

Acerca da graduação dos pesquisados, 45% informou possuir nível superior completo, 25% informou estar com pós graduação incompleta, 21% estar com a pós graduação completa, 9% informou não ter concluído a graduação e nenhum participante informou possuir apenas nível de magistério, o que leva a inferir que há um grande interesse por parte dos docentes em investir na ampliação de conhecimentos e capacitação para o trabalho.

Figura 8 – Formação dos professores

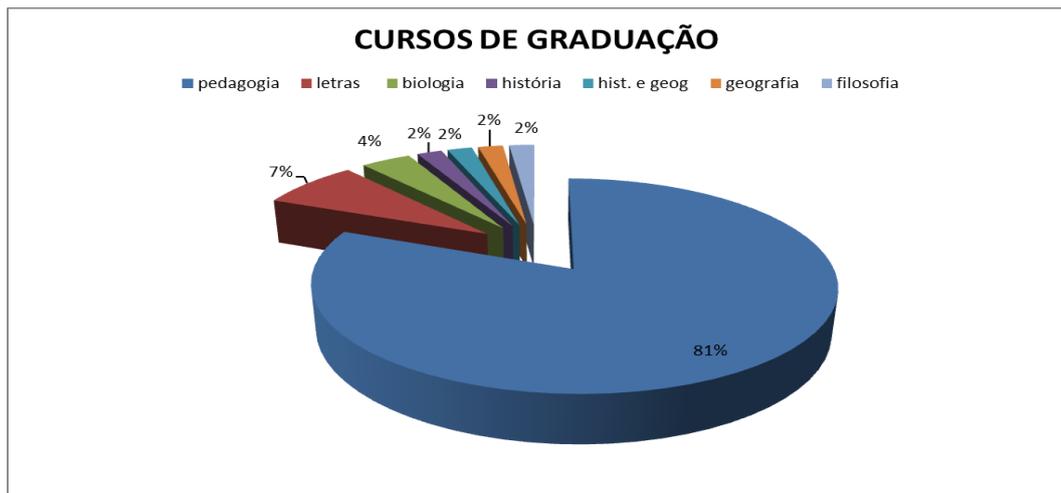


Fonte: ficha de dados sociodemográficos utilizada na pesquisa

Caminho metodológico

Dos cursos de graduação realizados pelos docentes, constatou-se que 81% dos entrevistados possui formação na área de pedagogia, seguido do curso de letras, que correspondeu a 7%, 4% dos professores cursaram biologia, e outros estudaram nas áreas de história, geografia, história e geografia, e filosofia, representando 2% da amostra cada um, conforme ilustrado no figura 10:

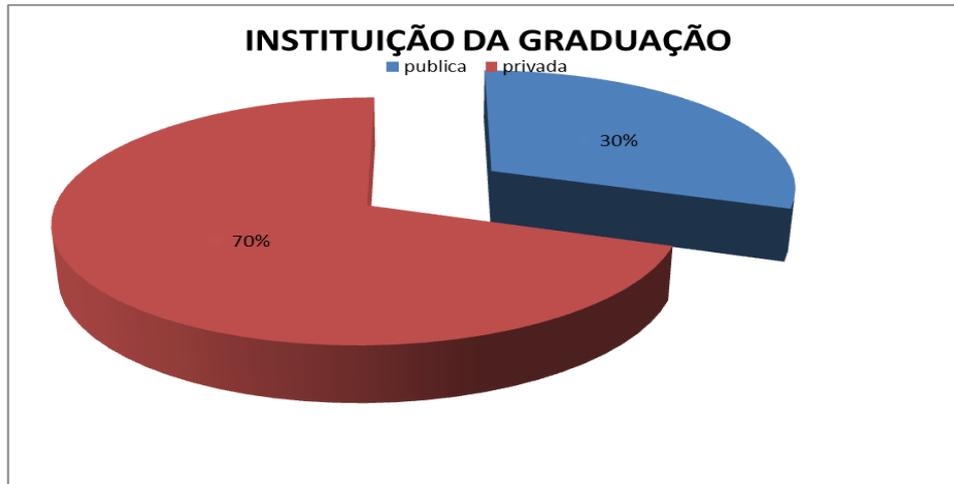
Figura 9 – Cursos de graduação dos professores entrevistados



Fonte: ficha de dados sociodemográficos utilizada na pesquisa

Sobre as instituições de graduação dos docentes, 70% provém de instituições privadas e 30% afirmou ter se formado em instituições públicas. Isto nos mostra um acesso maior a instituições privadas. Tais números deixam abertura para uma reflexão a respeito oferta de cursos de graduação na área da educação em Santarém, ou ainda da dificuldade de acesso à universidade pública que pode ser reflexo na formação básica para o processo seletivo.

Figura 10 – Tipo de instituição da graduação



Fonte: ficha de dados sociodemográficos utilizada na pesquisa

Com relação ao tempo de experiência na educação infantil, este variou de 2 a 25 anos com Moda em 5 anos e mediana de 8 anos de serviço. Já nas séries pesquisadas (berçário, maternal 1 e 2) este tempo variou de 0 a 18 anos, com mediana de 3 anos. Estes dados são observáveis na tabela abaixo.

Tabela 7: Medidas de Tendência Central para as variáveis Tempo na Educação Infantil, Tempo no Berçário ou Maternal 1 e 2, Tempo de Formação em Magistério e Tempo de Formação na Graduação.

Tempo de experiência e formação					
		Tempo na educação infantil	Tempo no berçário ou maternal 1 e 2	Tempo de formação em magistério	Tempo de formação na graduação
Amostra	Válidos	53	53	42	53
	Inválidos	0	0	11	0
Media		8,85	3,70	16,6905	4,2453
Mediana		8,00	3,00	17,0000	4,0000
Moda		5	3	16,00	1,00
Desvio Padrão		5,702	3,148	6,72269	3,70502
Mínimo		2	0	3,00	,00
Máximo		25	18	33,00	14,00

Fonte: Fonte: elaborada através do programa SPSS a partir da ficha de dados sociodemográficos.

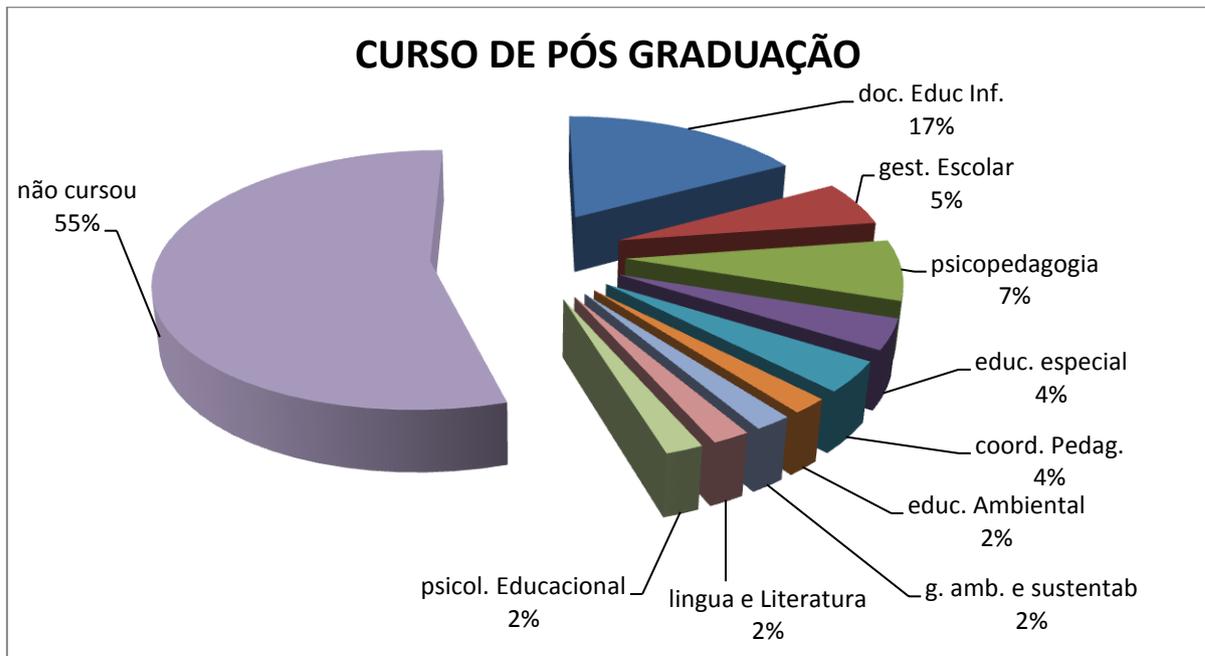
Com relação ao tempo de formação, 42 professores possuem magistério com no mínimo 3 anos de formação e máximo de 33 anos. Dos 53 professores

Caminho metodológico

pesquisados, 48 possuem curso de graduação (superior) e 5 estão cursando, com mínimo de 1 ano e máximo de 14 anos de formação.

Quanto aos cursos de pós graduação, constatou-se que 55% dos entrevistados não cursou nenhum, 17% cursou docência em educação infantil, representando o curso mais optado pelos docentes. Este é um ponto positivo para a fundamentação da atuação destes docentes. Em número menor, 7% cursou psicopedagogia, 5% cursou gestão escolar, 4% educação especial, 4% coordenação pedagógica. Por fim, os cursos de educação ambiental, gestão ambiental e sustentabilidade, língua estrangeira e literatura, e psicologia educacional apresentaram percentuais de 2% cada, de acordo com a figura 12.

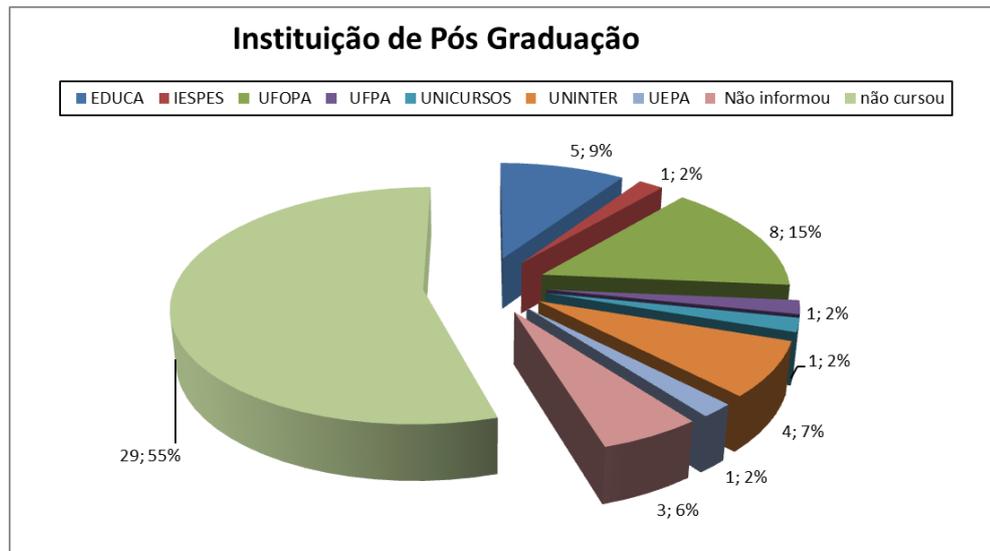
Figura 11 – cursos de pós graduação dos professores



Fonte: ficha de dados sociodemográficos utilizada na pesquisa

A respeito das instituições onde os docentes realizaram pós-graduação, observou-se que 55% não cursou nenhuma pós-graduação ou encontra-se cursando, 15% estudou na UFOPA, 9% estudou no EDUCA, 7% estudou na UNINTER, 6% não informou a instituição, e o restante da amostra dividiu-se entre UEPA, UFPA, UNICURSOS e IESPES, representados por 2% cada um, revelando a prevalência de cursos da rede privada em relação às instituições públicas.

Figura 12 – instituições de pós-graduação dos professores



Fonte: ficha de dados sociodemográficos utilizada na pesquisa

4.4 Instrumentos:

Para coleta dos dados que constituíram o corpus de análise deste estudo, foram utilizados os seguintes instrumentos:

a) Folha de dados sociodemográficos: objetivou caracterizar a amostra a partir das variáveis: idade, sexo, formação acadêmica e tempo e local de experiência, entre outros (APENDICE A).

b) Roteiro de entrevista individual: Composto por 07 (sete) questões que contemplam os conceitos de promoção e prevenção em saúde, a rotina diária na UMEI além da percepção do professor quanto à abordagem da temática transversal saúde na educação infantil (APENDICE B).

A entrevista semiestruturada foi a mais viável para esta pesquisa, devido propiciar características como a intersubjetividade, que é fundamental para buscar o que está no íntimo da pessoa informante, além da intuição e de valorizar a imaginação, que é a representação do real. (LEOPARDI, 2002) (APENDICE B)

Segundo Triviños (1987, p. 146), na entrevista semiestruturada, o informante, seguindo espontaneamente a linha de seu pensamento e de suas experiências dentro do foco principal colocado pelo investigador, começa a participar na elaboração do conteúdo da pesquisa, pois tem a possibilidade de discorrer sobre o tema proposto sem respostas pré-fixadas pelo pesquisador.

Para adequação do roteiro de entrevista individual foi realizada Análise

Caminho metodológico

semântica das questões. A Análise semântica objetivou averiguar a compreensibilidade das perguntas pelo público-alvo que iria respondê-las. Nesse sentido, Pasquali (1999) orienta que, de posse das perguntas, deve-se buscar, dentre o universo do qual a amostra faz parte, indivíduos que façam parte do extrato mais baixo da população-alvo. O autor parte do pressuposto de que se tais indivíduos compreenderem as questões, os participantes dos extratos posteriores também o farão.

O teste consiste em ler para o sujeito as perguntas, uma a uma, e pedir que ele fale em suas palavras o que a pergunta quis dizer. Caso surjam incompreensões e dúvidas, a pergunta deve ser reformulada e novo teste semântico será realizado, até que não surjam mais dúvidas. Um outro teste semântico deverá ainda ser realizado, para uma amostra mais sofisticada, considerada de maior habilidade, dentro da população-meta; tal medida evitará a deselegância na formulação das perguntas e também garantirá a validade aparente do teste.

Deste modo, esta análise foi realizada com professores atuantes nas séries berçário e maternal de uma UMEI também localizada na área urbana de Santarém, que não está entre as UMEIs selecionadas para este estudo. O roteiro de entrevistas foi aplicado inicialmente a três professoras da UMEI permitindo às mesmas que questionassem ou solicitassem esclarecimentos sobre o objetivo de cada pergunta. Para esta análise não foram realizadas as perguntas diretamente. Para verificar a aplicabilidade das questões da entrevista foi solicitado às professoras que respondessem o que compreendiam que estava sendo solicitado a responder com determinada pergunta. Ou seja, ao invés de solicitar a elas que respondessem às perguntas, foi solicitado que informassem acerca de sua compreensão do conteúdo da pergunta.

O procedimento permitiu à pesquisadora anotar as necessidades de reformulação das perguntas ainda durante a realização do teste, reaplicando o mesmo às professoras que relatavam melhor compreensão. Em seguida, este foi reaplicado a uma quarta professora, não havendo mais dúvidas ou incompreensões do conteúdo das perguntas.

4.5 Coleta de dados:

Os dados foram coletados mediante entrevista individual semiestruturada a qual foi definida por Kahn e Cannel (1962 *apud* Minayo, 2000) como “conversa a dois, feita por iniciativa do entrevistador, destinada a fornecer informações pertinentes para um objeto de pesquisa, e entrada (pelo entrevistador) em temas igualmente pertinentes com vistas a este objetivo”.

Com esse instrumento, podem ser obtidos dados de duas naturezas: objetiva, como dados de identificação pessoal e perfil; e subjetiva, pois se referem diretamente ao sujeito pesquisado, só podendo ser obtidos através de seus discursos, ou com a sua contribuição.

Para a coleta de dados os diretores das UMEIs foram contactados para o agendamento do horário para uma visita da pesquisadora à UMEI para apresentação da temática de pesquisa e obtenção do Consentimento Livre e Esclarecido dos participantes. As entrevistas foram agendadas conforme a conveniência da rotina de cada UMEI e dos sujeitos pesquisados, e realizadas no ambiente das UMEIs nos meses de Dezembro de 2015 e Fevereiro de 2016.

Após a apresentação da temática pela pesquisadora os sujeitos somente decidiram fazer parte ou não da pesquisa e após terem lido e concordado, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APENDICE C).

Foi garantida a confidencialidade dos dados, por meio do sigilo das informações e garantias de que os dados obtidos seriam utilizados apenas para fins científicos, onde a privacidade é preservada, assegurando a competência e responsabilidade do Projeto.

A ficha de dados sociodemográficos foi preenchida pela pesquisadora com base nas informações do professor participante da pesquisa no momento que antecedia às entrevistas. Em seguida dava-se início às entrevistas que foram gravadas com o auxílio de aparelho celular e gravador digital e posteriormente transcritas para documento de texto, constituindo o corpus de análise.

4.6 Análise dos dados:

Os dados obtidos foram analisados de duas maneiras diferentes, de acordo com suas especificidades e objetivos.

Os dados oriundos da folha de dados socioedemográficos foram digitados

Caminho metodológico

em planilha Excell seguindo uma codificação previamente estabelecida conforme exemplificado abaixo (APENDICE D) e utilizou-se da estatística descritiva para obtenção dos resultados. Os dados sociodemográficos foram codificados para serem inseridos posteriormente no software IRAMUTEQ.

Quadro 5 – Exemplo de Codificação das características variáveis dos participantes do estudo.

P = (Professor) sex = (SEXO) 1= (FEMININO) 2=(MASCULINO) Id = (Idade) Pu = (Polo da UMEI) (1) (2) (3) (4) (5)
--

Fonte: elaborado pela autora

A partir destes dados foi construído um segundo tipo de codificação: a linha de asteriscos (apêndice E). Esta linha foi utilizada para identificar os seguimentos de texto referentes a cada entrevista no corpus textual usado para rodar a análise no software Iramuteq, conforme amostragem de corpus abaixo.

Quadro 6 – Amostragem de corpus temático submetido à análise no Iramuteq

<pre>**** *p_01 *sex_1 *id_36 *UMEI_4 *pu_2 *n_1 *ec_1 *fl_1 *if_17 *ct_2 *fo_3 *tm_0 *cg_1 *tg_2 *ig_13 *pupr1_2 *cpg_00 *ipg_00 *tp_00 *pupr2_0 *tl_1 *ht_2 *tei_3 *tm_1 *rs_1 *ch_100</pre> <p>A minha rotina, o meu horario começa as 13 horas ne. Quando eu chego as crianças estão dormindo, como estão agora. Aí 14 horas tenho que acordar as para o lanche leve; as 1430 ... 1420 a 1430 volta pra sala; aí começa atividade pedagógica, pode ser dentro ou fora da sala de aula. as 1510 começa o banho até as 16h. 16 horas o jantar. Do jantar volta pra sala, o jantar dura em média 20 a 30 minutos. Aí depois volta pra sala aí... tem a escovacao dos dentes... e a preparacao pra saída que é as, as 17:00. Principalmente a higiene ne, a higiene corporal em geral, bucal também, a gente ressaltava bastante. Os recursos são xampu, sabonete e escova dental, creme dental... esses da prática mesmo que todos eles tem, aqui dentro da sala que são pedidos pros pais no início do ano. Olha os recursos, eu acho que são poucos ne, porque ne pra saúde, se nós formos observar tem que ter bastante recursos pra gente ter uma boa saúde ne. Lá...começando lá por casa. Eu tenho feito e, mostrado pra eles ne? Mostrado de forma bem clara ne, e fazendo como eles devem... ser feita ne essa prática da saúde, demonstrando de fato como deve ser feito, demonstrando através do lúdico, do próprio objeto. Demonstramos com eles devem tomar banho através de boneca ne, fazendo, demonstrando, escovando os dentes mesmo, várias formas de escovar dente, demonstra.</p>

Fonte: elaborado pela autora com os dados das entrevistas

Os dados de natureza qualitativa, coletados através de entrevistas individuais foram analisados utilizando-se o software IRAMUTEQ. Os softwares para análise qualitativa dão conta do processo de categorização e comparação dos segmentos de texto gerados pelas entrevistas, que geralmente se configuram em grandes quantidades de texto, podendo resultar em uma sobrecarga de dados (MILES & HUBERMAN, 1994, *apud* GASKELL, 2012).

Nesse contexto, o Iramuteq é um software gratuito e com fonte aberta,

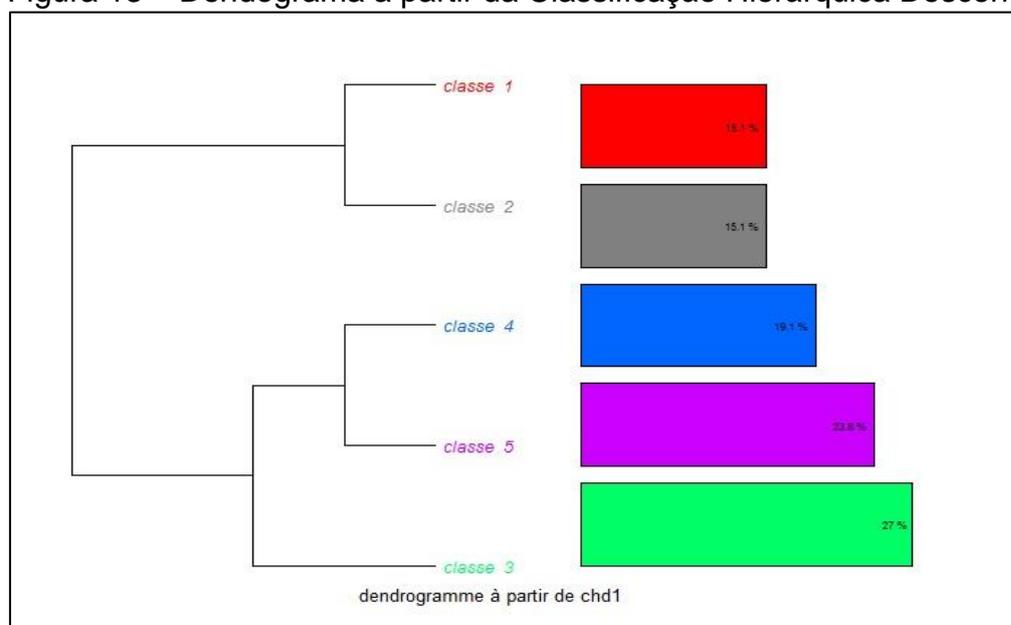
Caminho metodológico

desenvolvido por Ratinaud (Lahlou, 2012; Ratinaud & Marchand, 2012), que possibilita realizar análises estatísticas a partir de dados textuais. O software em questão possibilita análises do tipo lexicográficas e de representações sociais. Quanto aos tipos de análises possíveis, destaca-se: Estatísticas textuais clássicas, Classificação hierárquica descendente, Análise de similitude de palavras, Nuvem de palavras e Descrição e X2 (CAMARGO E JUSTO, 2013).

Para os fins dessa pesquisa, foi realizada a Classificação Hierárquica Descendente que objetiva criar classes ou categorias, a partir do corpus textual. Para isso o software cria segmentos de texto que são classificados conforme seus respectivos vocabulários. O conjunto desses segmentos é repartido de acordo com a função da frequência das formas reduzidas. A partir de matrizes que cruzam segmentos de textos e palavras, obtém-se a classificação das categorias, considerada como estável e definitiva (REINERT, 1990, apud, CAMARGO E JUSTO, 2013).

Tais classes possuem similaridade de vocábulos entre si, mas diferentes das outras classes. A partir disso o software apresenta as classes graficamente em um dendograma que mostra as relações entre elas (veja figura 2).

Figura 13 – Dendograma a partir da Classificação Hierárquica Descendente.



Fonte: Iramuteq®

Na sequência, o programa mostra uma Análise Fatorial de Correspondência, que apresenta os principais segmentos de texto de cada classe, o que permite a

Caminho metodológico

contextualização do vocabulário de cada classe (CAMARGO E JUSTO, 2013).

Para esta análise o texto completo da transcrição das entrevistas foi dividido em corpus textuais por temas, separados de acordo com o conteúdo que se buscava apreender com cada grupo de questões, de acordo com o preconizado por Camargo e Justo (2013).

Nesse contexto, as entrevistas foram agrupadas em dois corpus temáticos que foram submetidos separadamente à análise pelo Iramuteq. O primeiro: *crenças docentes sobre promoção e prevenção em saúde* foi formado pelo conjunto das respostas às seguintes questões: *Como você acha que deve ser trabalhada a saúde na educação infantil? O que você acha que seu aluno deve aprender sobre promoção e prevenção em saúde? O que você acha que pode influenciar na saúde das crianças? Como você acha que deve ser uma escola ideal para a saúde de suas crianças?* Este corpus gerou 5 classes que abordam as crenças docentes de promoção e prevenção em saúde, e que serão discutidas no capítulo de resultados

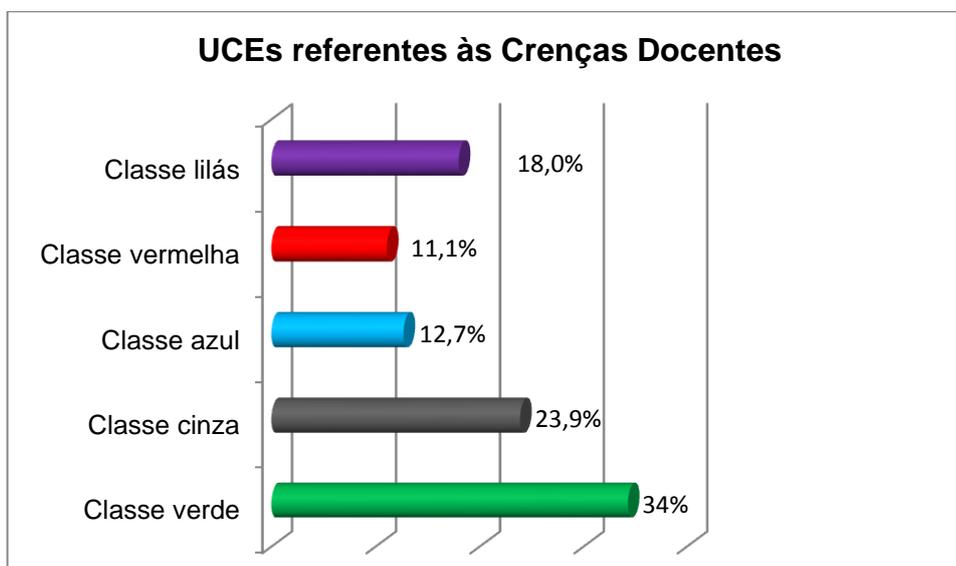
O segundo corpus textual, denominado *Práticas docentes de promoção e prevenção em saúde*, foi constituído do conjunto de respostas às perguntas *Conte como é a rotina diária de sua turma? Que recursos você utiliza para promover a saúde na sua turma? O que você faz para possibilitar que as crianças construam essas aprendizagens?* Este corpus também gerou 5 classes que abordam as práticas docentes de promoção e prevenção em saúde, assim como de cuidado e educação no âmbito da creche, que serão discutidas no capítulo de resultados, adiante.

5 CRENÇAS DOCENTES QUANTO À PROMOÇÃO E A PREVENÇÃO EM SAÚDE NA EDUCAÇÃO INFANTIL: RESULTADOS E DISCUSSÃO

Essa seção apresenta os resultados relativos às crenças docentes sobre promoção e prevenção em saúde, a partir das respostas dos participantes às seguintes perguntas: *Como você acha que deve ser trabalhada a saúde na educação infantil? O que você acha que seu aluno deve aprender sobre promoção e prevenção em saúde? O que você acha que pode influenciar na saúde das crianças? Como você acha que deve ser uma escola ideal para a saúde de suas crianças?*

A partir da análise dos dados realizada pelo Iramuteq, foram obtidas 30766 palavras, sendo 2885 palavras analisáveis. O programa não considerou palavras que detinham frequência menor que 3,4. Foi gerada uma divisão de corpus em 873 unidades de contexto elementar (UCE), obtendo-se uma retenção de 94,85% do total de UCE do corpus, distribuídas em cinco classes que foram agrupadas em três eixos temáticos. O IRAMUTEQ computou as palavras características de cada classe e a Figura 17 descreve a repartição das UCE em classes por porcentagem; sendo possível verificar que a classe que mais agrupou UCE foi a classe verde, com 34% de UCE.

Figura 14 – Gráfico da Repartição de UCE por classes (crenças)

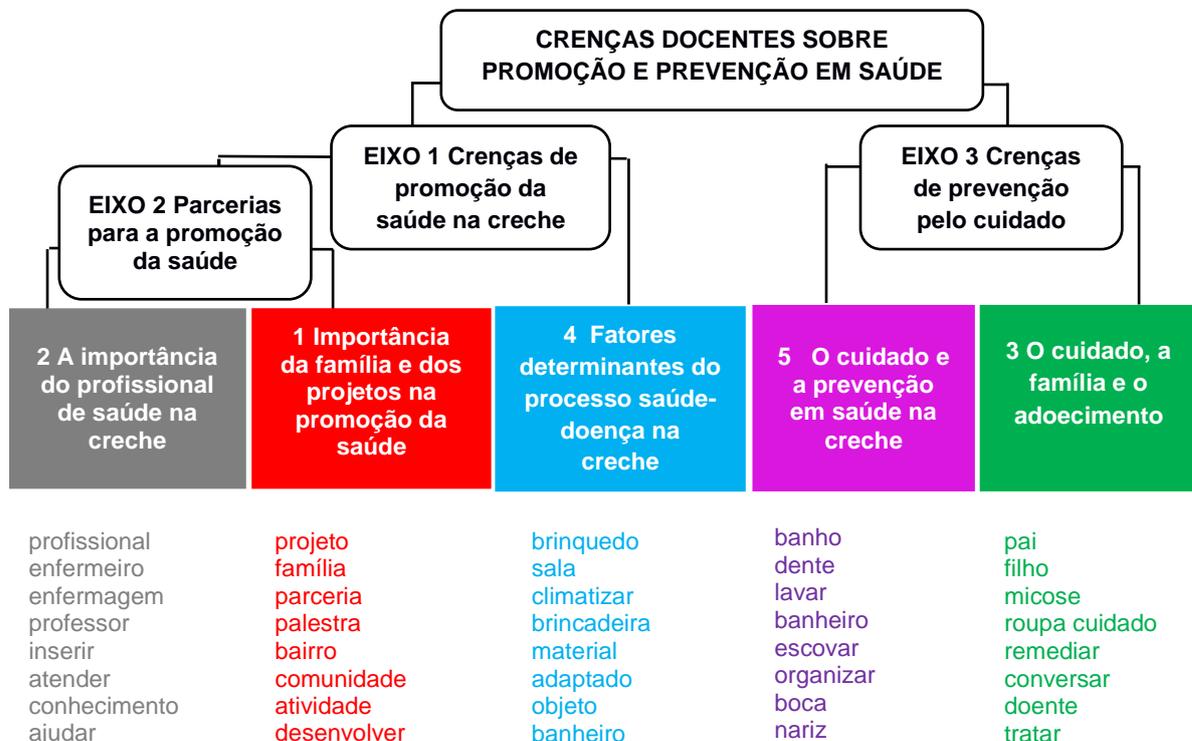


Fonte: Elaborado pela autora a partir dos dados gerados pelo Iramuteq nas análises do corpus temático *Crenças Docentes*.

Crenças docentes quanto à promoção e a prevenção em saúde na educação infantil: resultados e discussão

A análise do primeiro corpus temático no Iramuteq gerou 3 eixos subdivididos em 5 classes relativas às Crenças docentes quanto à promoção e prevenção em saúde nas UMEIS. Cada classe gerada foi analisada separadamente e as palavras mais representativas foram selecionadas por sua porcentagem. A partir da análise das palavras centrais de cada classe e considerando que abarcam contextos semânticos específicos, foi possível nomear as mesmas, além de encontrar as correlações entre elas, representadas pelos eixos temáticos, da forma como estão representados no dendograma a seguir.

Figura 15 – Dendograma da análise hierárquica descendente das respostas referentes às Crenças Docentes



Fonte: Elaborado pela autora a partir do dendograma gerado pelo Iramuteq na análise do corpus temático *Crenças Docentes*.

Inicialmente, pode-se perceber que o corpus foi repartido em dois eixos: por um lado o eixo 1) *Crenças de promoção da saúde na creche*, e por outro lado o eixo 3) *Crenças de prevenção pelo cuidado* que gerou secundariamente as classes lilás e verde. O primeiro eixo subdividiu-se novamente gerando de um lado a classe azul e do outro o segundo eixo 2) *Parcerias para a promoção da saúde* que abrangeu mais duas classes: a classe cinza e a classe vermelha.

Crenças docentes quanto à promoção e a prevenção em saúde na educação infantil: resultados e discussão

O primeiro eixo, formado pela classe azul, e secundariamente pelo eixo dois e suas classes, agregou as crenças de promoção da saúde na creche, considerando a influência dos fatores determinantes do processo saúde-doença, e a forma como os professores lidam com este processo, na classe azul. O segundo eixo, gerado da repartição do primeiro, que agregou as classes cinza e vermelha, destaca a importância das parcerias com os pais e familiares e com profissionais de saúde para a promoção da saúde. Por fim, o terceiro eixo que agregou as classes lilás e verde, trata das crenças de prevenção em saúde pelo cuidado, abordado tanto no âmbito familiar quanto no âmbito da creche.

A seguir será realizada a apresentação dos eixos e discussão das classes do corpus de crenças docentes conforme a sua correlação nos eixos e sequência de cores em que se apresentaram nos resultados.

5.1 Eixo 1: Crenças sobre promoção da saúde na creche

Este primeiro eixo foi assim nomeado por trazer à tona as crenças docentes quanto às formas de promoção da saúde das crianças. Por este motivo, cabe lembrar aqui que o que caracteriza a promoção da saúde, atualmente, é a constatação do papel protagônico dos fatores determinantes gerais sobre as condições de saúde, que podem ser modificadas tanto pelos professores como pelos gestores públicos e pais das crianças.

Sustenta-se ele na constatação de que a saúde é produto de um amplo espectro de fatores relacionados com a qualidade de vida, incluindo um padrão adequado de alimentação e nutrição, de habitação e saneamento, condições adequadas de trabalho e renda, oportunidades de educação ao longo de toda a vida, ambiente físico limpo, apoio social para famílias e indivíduos, estilo de vida responsável e um espectro adequado de cuidados de saúde (SUTHERLAND & FULTON, 1992).

Cabe destacar que promoção da saúde, como apresentado por Buss (2000), requer uma maior aproximação e apropriação dos temas relativos aos determinantes da saúde, visto que ações de promoção visam interferir neles.

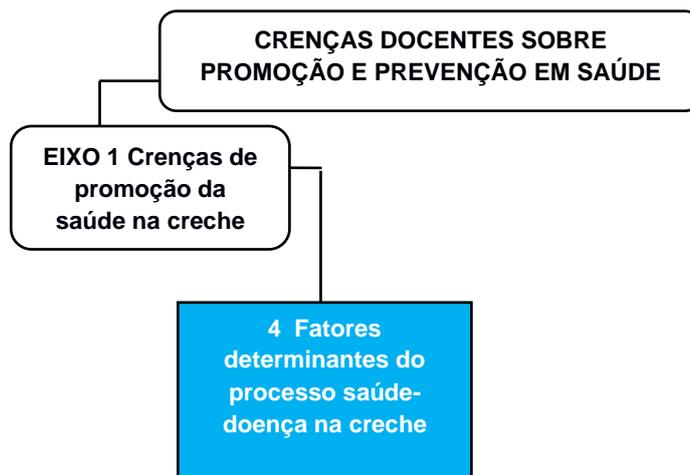
Esse é um ponto crucial, já que o planejamento e a implementação de ações de promoção devem ir ao encontro das necessidades dos grupos sociais, o que vai implicar, muitas vezes, a organização de ações intersetoriais, com métodos e

Crenças docentes quanto à promoção e a prevenção em saúde na educação infantil: resultados e discussão

enfoques apropriados. Os resultados da análise deste eixo condizem com este conceito, uma vez que ele se compôs de um eixo secundário e três classes que retrataram exatamente o espectro de fatores citados pelos autores acima, apresentando várias crenças que norteiam as ações destes docentes direcionadas às crianças.

A seguir será apresentada a discussão da classe azul, diretamente ligada ao eixo 1, a qual trata da saúde das crianças relacionada ao ambiente da creche, abordando diversos aspectos desta influência. Ela encontra-se representada no extrato de dendograma abaixo.

Figura 16 – Eixo 1, extraído do Dendograma de *Crenças Docentes*



Fonte: Elaborado pela autora a partir do dendograma gerado pelo Iramuteq na análise do corpus temático *Crenças Docentes*.

5.1.1 Classe azul: Fatores determinantes do processo saúde-doença na creche.

Essa classe retratou a crença de que a estrutura física da creche e outros fatores como a qualidade da alimentação e do lazer estão relacionados à promoção e prevenção em saúde na escola. Estes fatores acima se configuram como “fatores determinantes do processo saúde-doença”, conforme os conceitos de Buss (2000) e Arouca (1985), apresentados no início deste eixo, possibilitando nomear esta classe. Foram abordados aspectos como a necessidade de espaços amplos, limpos,

Crenças docentes quanto à promoção e a prevenção em saúde na educação infantil: resultados e discussão

seguros e adequados às necessidades infantis. Tal crença é retratada nas falas a seguir.

P.06: *“higiene alimentação a instituição a estrutura os banheiros essas coisas a escola ideal e adaptada, bem limpa com banheiros que estejam bem higienizados que os alimentos também estejam bem higienizados, coisas assim.”*

P.11: *“então eu acho que a escola a escola modelo em relação a saúde ela tem que ter estrutura tipo banheiro quando eu cheguei aqui os banheiros eram todos grandes, aí a gente batalhou e foi adaptando, é uma creche e as crianças não conseguiam nem subir né no vaso.”*

P.12: *“Também a questão de cada um ter o seu local ali pra guardar o seu objeto olha aqui e o seu espaço pro fulano guardar o sabonete dele o shampoo dele tudo isso tem que ser pensado, não da forma que esta”.*

P.12: *“não tem condições de a gente deitar colocar as crianças pra dormir no calor naquela quentura naquela agonia aquele monte de criança naquela sala pequena então o espaço ele tem que ser o físico ele atrapalha muito a estrutura física né.”*

P.13: *“então assim elas acabam ficando presas e eu não tenho medo de falar assim eu falo mesmo que pra essa criança se desenvolver integralmente ela precisa de espaço ela precisa de um espaço adequado pro lazer pra enfim.”*

P.22: *“dos espaços escolares que o espaço ideal pra mim seria ser climatizado ter material bom uma alimentação boa de qualidade”.*

P.19: *“insalubre um calor infernal muito quente pouca ventilação aqui e alugado”.*

P.04: *“influenciar a higienização da creche a gente trabalha muito com higiene aqui de todos os utensílios que as crianças tocam brinquedos, a escola bem limpa bem higienizada”.*

P.18: *“um sonho seria um sonho um espaço ideal uma escola que pudesse ter brinquedos disponíveis que poderiam esta disponibilizando para as crianças para o desenvolvimento físico motor”.*

A Carta de Ottawa, em 1986 já preconizou entre seus cinco campos de ação para a promoção da saúde a criação de ambientes favoráveis à saúde, revelando a importância da mudança no olhar para a saúde. Voltando-se para a educação, durante os anos 90, a Organização Mundial da Saúde (OMS) desenvolveu o conceito e iniciativa das Escolas Promotoras de Saúde, que trata-se de uma abordagem multifatorial que envolve o desenvolvimento de competência em saúde dentro das salas de aula assim como a transformação do ambiente físico e social das escolas (STEWART-BROWN, 2006).

Crenças docentes quanto à promoção e a prevenção em saúde na educação infantil: resultados e discussão

Nesse contexto, corroboram com esta visão proposta pela OMS as falas dos entrevistados trouxeram a crença de que existem fatores que corroboram para a saúde da criança, como a alimentação saudável e o lazer.

P.30: *“onde ela possa ter uma boa alimentação um melhor lazer porque a melhor forma de a criança aprender e brincando”.*

P.39: *“e para eles saúde deles e fundamental uma boa alimentação”.*

P.42: *“um espaço adequado para o lanche das crianças e almoço uma alimentação de qualidade com bastante verduras no balanceamento feito por acompanhamento de nutricionista”.*

P.22: *“porque mandar enlatados para a refeição das crianças? esse enlatado a gente sabe que não faz bem; então quando eu estou mandando esse enlatado estou mandando uma merenda de má qualidade”.*

P.30: *“então essas duas coisas: alimentação e calor devem ser de qualidade tem que melhorar”.*

P.31: *“só assim observando que nas férias as crianças vão cheinhas e quando voltam veem diferente porquê aqui eles tomam café da manhã, merendam e jantam”.*

No estudo de Assao & Cervato-Mancurso (2008), com educadores de instituições infantis públicas foi revelado que a alimentação saudável para as crianças, sob o ponto de vista destes profissionais, foi percebida a partir de diferentes dimensões como: a variedade e a diversidade da alimentação; a quantidade e qualidade adequada, que atendessem às necessidades biológicas e às preferências alimentares; de consistência adequada, que fosse natural e oferecida nos horários certos. Do mesmo modo, os professores das creches de Santarém referiram-se a aspectos específicos, como por exemplo, o tipo de alimentação ofertado na creche. Nos discursos dos professores observa-se relato da falta de qualidade dos itens enviados para as creches.

Surgiram também nesta classe crenças de que é importante ensinar as questões de saúde, pois contribui para a formação do bom cidadão, ou ainda a crença de que deve-se ensinar promoção e prevenção em saúde através do lúdico, conforme os depoimentos:

P.13: *que ele possa aprender as questões de saúde porque para a gente formar um cidadão na primeira infância com certeza ele será um cidadão mais consciente no futuro então eu acredito sim nessa promoção”.*

P.06 *“eu faço dinâmicas brincadeiras vídeos contação de histórias sobre o tema aprender sobre promoção e prevenção em saúde cuidar de si cuidar tanto do colega também da sua higiene da importância de estar de se manter limpo, de estar bem alimentado também, coisas assim”.*

P. 07: *”a escova grande então tudo muito lúdico tudo assim muito bem trabalhado bem colorido assim para que eles possam despertar aquela*

Crenças docentes quanto à promoção e a prevenção em saúde na educação infantil: resultados e discussão

curiosidade e através da curiosidade que eles têm através daquele material pedagógico eles começam a aprender e fixar isso na cabeça deles”.

Em síntese, essa classe trouxe as crenças de que a promoção e prevenção à saúde estão relacionadas a espaços seguros e adequados às necessidades das crianças, assim como à alimentação saudável. A seguir será discutido o segundo eixo, originado deste primeiro que trata ainda da promoção da saúde trazendo as crenças de que a promoção e a prevenção em saúde devem ocorrer com a parceria da família e de profissionais da saúde.

5.2 Eixo 2: Parcerias para a promoção da saúde

Este eixo revelou nos discursos dos professores entrevistados a crença de que as parcerias são importantes para a promoção da saúde na creche. Foram geradas duas classes diretamente relacionadas. A classe vermelha trouxe à tona a crença de que os pais devem ser parceiros na promoção e prevenção da saúde e que os projetos voltados para a saúde colaboram para a promoção e prevenção. A classe cinza abordou a crença de que é necessária a parceria intersetorial, trazendo-se profissionais de saúde para o ambiente da creche. As duas classes serão discutidas na sequência.

Figura 17 – Eixo 2, extraído do Dendograma de *Crenças Docentes*



Fonte: Elaborado pela autora a partir do dendograma gerado pelo Iramuteq na análise do corpus temático *Crenças Docentes*.

5.2.1 Classe vermelha: Importância da família e dos projetos na promoção da saúde

Essa classe tratou em geral da crença de que a família é parceira importante para a promoção e prevenção em saúde. Ela também trouxe à tona a questão dos projetos que são realizados na escola, porém com foco na participação dos pais neste processo.

Nesta classe surgiu a crença do papel central dos pais na promoção e prevenção da saúde dos filhos: ou seja, a crença do que os pais devem ou não fazer para manter seus filhos saudáveis. Notou-se que em alguns momentos esta responsabilidade é atribuída diretamente aos pais.

P.51: *“se ele vai fazer coco também está lá pra dar o papel e ensinar como e que se limpa direito porque a maioria das meninas vem de casa elas não sabem se limpar as mãos não ensinam.”*

P.13: *“eu acredito assim que uma família bem estruturada acima de tudo porque educação ela começa lá em casa né, e pra criança ela se desenvolver de forma saudável”.*

P.20: *“[...] são poucos os pais que interagem assim juntamente mesmo que vem na aplicação dos projetos até na participação junto com a escola eu vejo assim que a família precisa participar”.*

P.36: *“[...] então eu acredito que se tivesse um projeto voltado a trabalhar mais com os pais para eles assumirem essa responsabilidade mesmo ficaria melhor a questão da saúde aqui”.*

De acordo com o Artigo 29 da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional – LDB, a promoção e prevenção em saúde é ação compartilhada com a família das crianças. Nesse sentido, a interação e cooperação entre essas duas instâncias é essencial para um trabalho de qualidade. Nesse sentido, é importante que as famílias participem constantemente como parceiros na execução das ações desenvolvidas nas Instituições de educação infantil, em todas as atividades e temáticas, para que a criança sinta-se segura, valorizada, estimulada e feliz (BRASIL, 1998).

Crenças docentes quanto à promoção e a prevenção em saúde na educação infantil: resultados e discussão

Assim surgiu também a crença do papel da escola de promover a interação dos pais, inserindo-os nas ações desenvolvidas, e procurando orientá-los também quanto à promoção e a prevenção em saúde.

P.46: *“então eu penso que a saúde deve ser estendida também pra família trazer a família e mostrar pra ela que aquilo tem que ser feito tem que incluir a família junto”.*

P.11: *“esse corpo todo trabalhando em prol da saúde em si porque se todo mundo tiver fazendo a sua parte família escola e quadro de funcionários aí o negocio funciona de outra forma não vejo”.*

P.45: *“então a gente acha que tem que aumentar um pouquinho envolver mais a família nesse processo a promoção da saúde”.*

P.47: *“Porque geralmente quando a gente faz projeto a gente faz mais focado ao publico alvo que e os pais então essa responsabilidade cabe a eles, então a escola e só um complemento”.*

Esta intervenção na educação das famílias parece ser limitada por alguns fatores. Um deles é a crença de que o adoecimento ou a saúde das crianças está diretamente relacionada às condições socioeconômicas das famílias, ou à forma como está organizado o ambiente doméstico.

P.19: *“olha e complexo porque são famílias que vivem em estado de vulnerabilidade social, ou seja, se a gente for pensar os problemas que tem de saúde de são grandes desde que os pais eles também não tem consciência dos problemas ou eles não tomam”.*

P.13: *“eu acredito que a família ela influencia muito a questão da saúde da criança, eu acredito que tudo de bom que a criança traga de casa um ambiente favorável [...] eu acredito assim que uma família bem estruturada acima de tudo porque educação ela começa lá em casa”.*

P.17: *“É importante também a higiene corporal do espaço da convivência família porque eu acho isso importante porque uma criança vivendo em um ambiente familiar conturbado eu acredito que ele não vive a sua saúde por completo”.*

No estudo de Maranhão (2000) foram apresentados resultados semelhantes, em que educadores associaram a necessidade de inclusão das crianças na creche às condições socioeconômicas familiares, classificando estas crianças como carentes, não apenas de bens financeiros, mas também de afeto e de atenção dos pais. Assim, atribuíram o aparecimento de doenças a estas condições, negando a responsabilidade da instituição na operacionalização dos cuidados, dificultando a adoção de medidas de promoção à saúde nestes espaços.

Crenças docentes quanto à promoção e a prevenção em saúde na educação infantil: resultados e discussão

Outra crença que surgiu nessa classe refere-se à ideia de que os projetos realizados na escola corroboram para a promoção e prevenção em saúde na creche. Esses projetos, segundo os entrevistados, sempre abordam um tema específico durante uma semana com várias atividades desenvolvidas dentro deste tema.

P.05: *“um projeto por tema ou e saúde bucal ou e saúde do corpo e projeto meio ambiente também que tem haver com a saúde aí e um dia pra desenvolver o que foi feito durante a semana”.*

P.38: *“A gente tem alguns projetos que a gente trabalha ao decorrer do ano em parceria principalmente com a comunidade, principalmente com os pais”.*

P.07: *“e, por exemplo, a gente teve um projeto que a gente aplicou com eles em questão a higiene bucal né e a gente trouxe a escovinha de dentes um dente feito em tamanho grande para que eles pudessem ver o motivo de do trabalho que e feito na escovação de dentes”.*

P.09: *“a temática de saúde você fala em termo de projetos sobre a promoção da saúde e nos temos assim alguns projetos né que são desenvolvidos aqui na UMEI e são desenvolvidos assim no decorrer do ano né”.*

Um ponto negativo a destacar aqui, que através desta metodologia, o enfoque pedagógico/educacional dado à saúde ocorre apenas em algumas semanas do ano, quando da execução destes projetos, não havendo a possibilidade de manter a discussão do tema nos períodos de execução de outros projetos temáticos. Foi possível perceber na fala dos professores a necessidade de mais projetos para a efetividade da promoção e prevenção em saúde.

P.05: *“eu acho que tem que ter mais projeto com relação á saúde né porque a gente tem uma parceria, mas e muito pouco só um projeto dois projetos que envolvem a saúde né que e a saúde bucal e a saúde mesmo física que a gente aborda durante o ano dois projetos”.*

P.52: *“Precisa fomentar mais projetos né que possa assim fazer com que a criança realmente entenda a importância da saúde”.*

A concepção da função da escola na educação e no cuidado com as crianças teve forte influencia nesta classe, interferindo na forma como as crenças dos entrevistados se apresentam. A mudança do caráter de beneficência social para o caráter educacional das creches já aparece enraizado nas crenças desses professores.

Crenças docentes quanto à promoção e a prevenção em saúde na educação infantil: resultados e discussão

P.47: “A gente já está acabando um pouco com essa concepção porque antigamente né, não tanto tempo atrás assim, era só sentença de jumento, depósito de criança, que isso não existe mais né”.

P.50: “a maioria da UMEIS tem essa dificuldade pelo fato de ser considerado novo educação infantil em Santarém, daquela fase de transição do assistencialismo para a educação [...]”.

Conforme já citado anteriormente, em 1977 foi implantado o Projeto Casulo pela Legião Brasileira de Assistência – LBA, órgão federal da assistência social, com o objetivo de compensar as carências, principalmente as nutricionais das crianças menores de 7 anos de idade, e somente em 1988 foi que a constituição Federal no seu artigo 208 inciso IV passou a considerar o dever do Estado com a educação afirmando que este deverá ser efetivado *“mediante a garantia de educação infantil, em creche e pré-escola, às crianças de até 5 (cinco) anos de idade”* (BRASIL, 1988).

Apesar de não ser muito frequente, não se configurando no foco central desta classe, em alguns momentos os professores citaram a parceira de outras pessoas ou instituições, afirmando que a prevenção e promoção ocorreriam mais efetivamente com a intervenção de membros externos à escola.

P.48: “Acho que tem que trabalhar de forma pratica mesmo mostrando a pratica pra eles mostrando a palestra mostrando as pessoas que tem especialização nisso e mostrando pra eles como e higiene [...] tem muita gente que vai lá na unidade também e faz muita palestra como lava a mão”.

Esta classe evidenciou a crença do papel da importância do papel central dos pais e secundariamente da parceria com projetos para a promoção da saúde. Esta crença da importância das parcerias para a promoção da saúde foi bem mais evidente na classe cinza, diretamente relacionada a esta classe, que será discutida a seguir.

5.2.2 Classe cinza: A importância dos profissionais de saúde na creche

Na classe cinza, o foco central dos discursos dos professores foi a crença de que para promoção e prevenção em saúde na escola há necessidade da presença de profissionais de saúde. Esta crença está evidenciada nos trechos de entrevistas abaixo.

Crenças docentes quanto à promoção e a prevenção em saúde na educação infantil: resultados e discussão

P.02: *“deveria ter uma assistência assim da parte medica uma enfermeira de um profissional da enfermagem psicólogos e educação especial um profissional da educação especial”.*

P.27: *“tinha que ser completa né tinha que ter uma psicóloga tinha que ter uma assistente social tinha que ter uma enfermeira”.*

A partir destas falas percebeu-se que os professores associam a temática saúde diretamente ao adoecimento, que necessita de intervenção profissional, e não apenas de prevenção.

Há de se admitir que haja muito mais ênfase no componente saúde quando se trata da educação inclusiva, uma vez que propõe-se a formação de uma equipe interdisciplinar para atendimento especializado às crianças que se enquadram nesta clientela. Porém para outras situações de saúde o professor ainda é indicado pelas diretrizes como o principal ator, como por exemplo, no processo da educação em saúde. No próprio documento orientador para a educação infantil do município (PPP), as ações de saúde estão presentes em vários momentos, sempre no sentido de apresentar para a criança a importância que há para a saúde em desenvolver hábitos de higiene, alimentação etc., porém sem citar equipe multiprofissional envolvida (SEMED, 2012).

Neste sentido, muitos professores afirmaram a necessidade de equipe multiprofissional principalmente para situações de possíveis emergências ou pequenos incidentes com as crianças. Neste contexto, estes docentes também enfatizaram a necessidade de uma estrutura adequada e de materiais para primeiros socorros e prevenção de acidentes.

P.02: *“aqueles dali não são adequados (brinquedos), porque aqueles de ferro duro machuca”.*

P.04: *“a gente tendo uma farmacinha com todo aquele equipamento que eles necessitam, às vezes acontece, criança cai, criança se machuca, criança sempre ocorre muitos fatos dessa forma”.*

P.24: *“uma criança se machuca como a gente vai fazer os primeiros socorros? uma criança acontece isso. Então a gente não tem isso né a gente não tem esse apoio”.*

No estudo de Néry e colaboradores (2004) que se utilizou de um roteiro de observação para a coleta de dados a respeito de fatores de risco para acidentes e doenças na creche, entre as influências do ambiente na saúde das crianças, os

autores destacaram a alta possibilidade de ocorrência de acidentes como quedas e sufocamento.

Diante de seus resultados, os autores concluíram que,

a creche pode funcionar como um ambiente propício aos agravos à saúde da criança, sendo necessária a identificação precoce dos fatores de risco para tais agravos junto aos educadores infantis e toda a equipe, visando à promoção da saúde da criança (NÉRY et al., 2004).

Em seu estudo, Valadão (2004) também afirmou que as crianças na creche regularmente apresentam adoecimento, necessitando haver uma quebra da crença de que escolares são majoritariamente saudáveis, comprovando não apenas sua necessidade de atendimento, mas também que a escola é, por natureza, um local onde a saúde deve acontecer.

Diante destes riscos, os professores acreditam que não estão capacitados para a atuação adequada em saúde na escola. Porém, aqui os discursos mais uma vez enfocaram a saúde sob o aspecto do adoecimento e não no âmbito da promoção e da prevenção.

P.27: *"e tem crianças que tem convulsões né tem que ter o professor não sabe como trabalhar né não sabe como trabalhar tu não sabe trabalhar a minha área com uma criança especial e eu não sei trabalhar a sua área com uma pessoa que tem convulsão".*

P.03: *"a gente sabe que assim acontece acidentes né que nem aqui já aconteceu e assim a gente fica assim sem saber o que fazer né tem criança que se machuca".*

Vários estudos analisados apontaram que os profissionais de educação carecem da orientação básica para melhor desenvolverem os trabalhos que fazem com as crianças e, são conscientes de que, somente a vivência com os seus próprios filhos ou no cotidiano com o grupo infantil é que lhes dá um pouco mais de conhecimento, nesse caso, o conhecimento empírico e senso comum (MARANHÃO, 2000; MARINS & REZENDE, 2013; SANTOS ET al., 2009; TEIXEIRA-PALOMBO & FUJIMORI, 2006; VIEIRA ET al., 2009).

Assim, os professores das UMEIs de Santarém relataram a necessidade de ser capacitados para uma assistência adequada em saúde, utilizando para isso a parceria com profissionais de saúde.

Crenças docentes quanto à promoção e a prevenção em saúde na educação infantil: resultados e discussão

P.26: “Se nós pudéssemos ter acesso a formações específicas, sobre casos que pudessem ocorrer relacionados à saúde da criança, que pudesse está dando suporte a esse atendimento”.

P.27: “então pra tudo tem uma técnica, e aí a gente não sabe”.

Em outros estudos os professores também apontaram sua necessidade de breve orientação de um profissional de saúde, afirmando que estes devem oferecer uma parceria coadunada em princípios e ações com os profissionais do setor da educação, compartilhando a sua prática de cuidado (ARAGÃO et. al., 2010; ASSAO&CERVATO-MANCURSO, 2008).

Vale destacar aqui que nacionalmente foi instituído o Programa Saúde na Escola – PSE, como estratégia conjunta do Ministério da Saúde e Ministério da Educação, com proposta de atuação intersetorial para a promoção da saúde no ambiente escolar. Através deste Programa a atuação dos profissionais de saúde na creche tanto serve ao propósito de atenção e vigilância aos agravos, como também de capacitação de todos os atores envolvidos, empoderando docentes, técnicos das escolas, crianças e seus familiares para uma adequada manutenção de sua saúde (BRASIL, 2011).

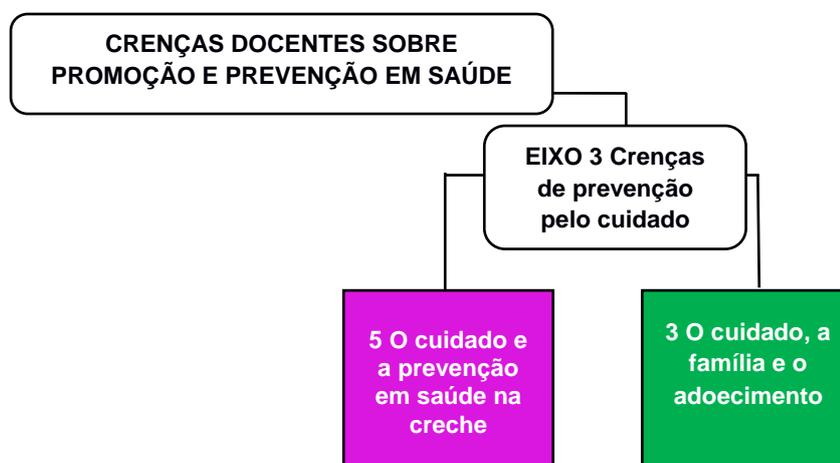
A seguir será apresentado o último eixo gerado pela CHD referente às crenças docentes, o qual englobou as crenças docentes quanto à prevenção em saúde.

5.3 Eixo 3: Crenças de prevenção pelo cuidado

O terceiro eixo gerado pela CHD agrupou as crenças de que a prevenção em saúde se dá através do cuidado. Este eixo trouxe congruências com o conceito de *prevenção* definido por Leavell & Clarck (1976, p. 17), e adotado por este estudo, como “ação antecipada, baseada no conhecimento da história natural a fim de tornar improvável o progresso posterior da doença”.

Este eixo subdividiu-se em duas classes: *O cuidado, a família e o adoecimento* e *O cuidado e a prevenção na creche*, conforme representado no extrato do Dendograma apresentado a seguir.

Figura 18 – Eixo 3, extraído do Dendograma de *Crenças Docentes*



Fonte: Elaborado pela autora a partir do dendograma gerado pelo Iramuteq na análise do corpus temático *Crenças Docentes*.

A seguir serão discutidas as classes deste eixo, iniciando pela classe verde, terceira classe gerada pelo Iramuteq na análise do corpus temático *crenças docentes* que aborda as relações entre a família e a escola na execução dos cuidados da criança, assim como a relação destas com o adoecimento.

5.3.1 Classe verde: O cuidado, a família e o adoecimento

Esta classe, diretamente relacionada à classe lilás que será discutida ao final deste capítulo, retratou as crenças relacionadas ao cuidado à criança e sua influência na saúde. Aqui os professores enfatizaram a questão do cuidado tanto na prevenção em saúde, quanto nas situações de adoecimento já instalado e sua abordagem adequada tanto na escola quanto no domicílio.

Estas crenças estão embasadas numa visão biológica do processo-saúde doença, o que foi evidenciado aqui pela preocupação dos professores com os hábitos de higiene entre as crianças, trabalhando também a conscientização das crianças quanto à prevenção.

P.14: “*não só a higiene corporal a higiene pessoal, mas também e a higiene todo o cuidados primeiros socorros também né que a gente trabalha com eles ensinando pra eles que eles não podem estar pegando próximo de do fogão no caso né*”.

Crenças docentes quanto à promoção e a prevenção em saúde na educação infantil: resultados e discussão

P.15: *“mas isso nos lutamos porque todas as crianças pegam e enfiam na boca e eles tinham isso e eu gosto de bater na tecla de não levar a mão suja na boca e eu sempre converso”.*

P.17: *“tomar banho adequadamente e o professor na rotina dele vai ensinando a criança a fazer a troca de roupa ter sua própria independência de fazer a troca de roupa ter o cuidado com a escovação dos dentes”.*

P.38: *“e a gente também começar a entender de que a criança apesar de ser criança ela consegue entender todo esse universo de cuidar; É claro que tem algumas coisas que ela não entende complexamente, mas se trabalhado desde cedo ela consegue aprender isso desde cedo”.*

Esta visão estritamente biológica foi observada nas crenças dos (as) profissionais da educação de vários estudos revisados nesta pesquisa, sendo raramente atribuído ao modo como o cuidado é ofertado, prevalecendo à relação da saúde com hábitos de higiene física, o repasse de informações sobre esse assunto ou a crença da ação curativa, como a de maior relevância (CARDOSO, REIS & IERVOLINO, 2008; LONGO-SILVA & TADDEI, 2013; MARANHÃO, 2000; MENDONÇA & LEMOS, 2011; VIEIRA et al., 2009).

Porém, na visão dos professores deste estudo, a implantação destes hábitos de higiene minimiza o adoecimento no âmbito da creche, mas não evita de fato que este ocorra. Neste sentido, pais e professores precisam lidar com este adoecimento. Nos trechos a seguir foi possível observar aspectos como a relação da escola com os pais quando se trata da saúde das crianças, onde os professores enfatizaram ações de conscientização e sensibilização dos pais quanto à prestação de cuidados às crianças em casa.

P.04: *quando o aluno adoecer a gente geralmente ou afasta ele da escola pede pros pais não trazerem ele naquele período né só retornar quando a criança tiver boa né*

P.07: *“a gente teria que ter principalmente apoio dos pais que infelizmente às vezes a gente tem paizinho que não compreende às vezes a criança esta doente, mas acaba trazendo mesmo estando doente e isso acaba transmitindo pra outras crianças não e”.*

P.10: *“esse ano a gente teve um uma infestação que a gente teve ate que paralisar por alguns dias poder a mãe cuidar em casa então tudo isso a gente também conversa né”.*

P.18: *“eu acho que e umas das coisas que a gente precisa, por exemplo, tem criança que esta resfriadinha, a gente percebe na sala né começa espirrar e tal, a gente ate fala para os pais: olha pai, hoje ele espirrou muito ele estava com uma tosse assim, então essas coisas a gente geralmente diz para o pai para já dar um encaminhamento”.*

Na visão destes professores, este cuidado no domicílio protege não só a criança doente, mas também as outras crianças da classe, que estariam expostas à transmissão dos agentes patógenos, reforçando a visão biologista do adoecimento.

Neste enfoque, muitos professores relataram trabalhar de forma a evitar o adoecimento, buscando ministrar um cuidado de qualidade às crianças de suas turmas. Segundo Maranhão (2010) As crianças aprendem a cuidar de si ao serem cuidadas. Neste enfoque, observou-se nos discursos que este cuidado é realizado pelos professores, já inserindo as crianças no ato de cuidar, num estímulo ao auto cuidado e independência.

P.07: *“no caso da minha turma berçário a gente em questão a saúde a gente trabalha muito com eles e o cuidado com a roupinha deles o cuidado com o dentinho”.*

P.11: *“cuidar e uma forma [...] os lençóis eu comprei no início do ano mesmo com meu dinheiro [...] todo final de semana eu levo eu ferver eu jogo água sanitária pra não contaminar né, [...] então isso olha um referencial da minha turma, que eles não têm quase micose entendeu?”.*

P.23: *“Nos temos aqui o acompanhamento com as crianças porque eles passam o dia inteiro aqui e aí às vezes não dá tempo né, de ir no médico e aí a gente tem também uma parceria com o posto de saúde e sempre eles vêm aqui né dar vacina”.*

P.43: *“você tem que cuidar dele mesmo você tem que dar o banho você tem que prestar atenção nas calcinhas na roupa que vem suja [...]”.*

Didonet (2001) relatou nas considerações de seu estudo que a creche deve objetivar-se em práticas de cuidado, devendo ter uma prática integradora requerida pelas funções do cuidar e do educar.

Porém, para os professores suas ações de cuidado são prejudicadas pela falta de cuidado dos pais em casa. Alguns professores até atribuem esta responsabilidade aos pais, afirmando que eles não costumam cumprir seu papel na promoção da saúde das suas crianças.

P.04: *“a gente só aconselha trabalha com os pais; eles é que têm que fazer essa higiene em casa”.*

P.10: *“um dos fatores para ela ter uma boa saúde eu acho que os pais deveriam ter o máximo de cuidado principalmente com as crianças muito pequenas”.*

Crenças docentes quanto à promoção e a prevenção em saúde na educação infantil: resultados e discussão

P.05: *“fatores externos, acho que é o cuidado que às vezes os pais não têm com as crianças né não tem esse cuidado diário falta de cuidado”.*

Aqui surgiram também crenças relacionadas a cuidados específicos onde os pais também são atores coadjuvantes no processo, como por exemplo, os cuidados com a questão da higiene ou da alimentação.

P.09: *“às vezes você observa que o pai e a mãe não têm cuidado com a alimentação da criança”.*

P.10: *“até porque a criança vem com roupa suja às vezes vem sem escovar os dentes aí tudo a gente tenta dialogar com os pais”.*

P.11: *“eu cuido eu lavo aquela roupa pra eu poder chamar já conversar com o pai e depois de canto então eu já tenho aquela olha hoje eu precisei lavar a roupa dele porque ela veio tão suja e ele veio sem tomar banho então eu queria que você fizesse isso”.*

Segundo os professores, muitos hábitos incorretos nestes aspectos específicos acabam sendo a causa principal deste adoecimento.

P.12: *aqui no início do ano a gente tem assim muita dificuldade porque os pais querem trazer aquele chocolate, então a família às vezes ela e até um fator assim, de barreira pra gente melhor ser trabalhada a prevenção.*

P.18: *“falta de cuidado influencia na saúde a falta de higiene causa isso também acredito que seja a responsabilidade que eu tenho enquanto pai e mãe ou responsável”.*

Porém este discurso não foi consenso, uma vez que alguns professores demonstraram compreender a impossibilidade dos pais de cuidar, principalmente por questões socioeconômicas e sociais que dificultam este processo.

P.19: *“se a gente for pensar que tem mãe que trabalha o dia todo e que deixa seu filho com um filho menor que não tem a responsabilidade aquele cuidado de esta com aquela criança e uma coisa que um fator que realmente contribui para que a criança não tenha saúde, ou deixa na casa de vizinhos [...] não que eles não queiram (cuidar), mas que eles não podem, não conseguem”.*

No item a seguir será discutida a última classe, relacionada a esta, e que revelou a importância para os professores dos cuidados direcionados às crianças no âmbito das UMEIs, sendo assim denominada como *O cuidado e a prevenção em saúde na creche*.

5.3.2 Classe lilás: O cuidado e a prevenção em saúde na creche

Essa classe trouxe a crença de que a promoção e a prevenção em saúde se faz através das práticas de cuidados de higiene no contexto da creche. Aparecem ainda as crenças de que os pais tem um papel a desempenhar na promoção e prevenção da saúde de seus filhos e a crença da influência da estrutura física na saúde das crianças. Essas três crenças serão comentadas na sequencia.

A crença de que a promoção e a prevenção em saúde se faz mediante o ensino de práticas de higiene apareceu nas falas de vários entrevistados. Os professores relataram que durante as práticas de cuidado buscam estimular o aprendizado das crianças sobre prevenção e higiene. Eles acreditaram que a higiene das crianças é fator influente na sua saúde.

P.08: *“Desde pequeno se você começar a conscientizar as crianças quanto à saúde, por exemplo, tem crianças que foi a maior dificuldade pra eu fazer a escovação dos dentes porque não tinha o habito em casa então aquilo já era uma dificuldade”.*

P.”11: *“e o que eu trabalho muito com eles e o asseio entendeu a higiene se ele não vem tomado banho se ele não tem costume de fazer isso se ele não vem tomado banho eu costume dar banho entendeu”.*

P.22: *“Eu já trabalhei na creche e eles aprendem muito rápido as crianças chegam aqui e muitos não sabem usar o banheiro tudo isso a gente vai trabalhando então os pais mesmo elatam que em casa as crianças já os corrigem”.*

Esta parece ser uma crença recentemente construída, uma vez que o próprio projeto pedagógico da Educação infantil aponta que muitos anos atrás a educação da criança pequena, através dos programas ligados à área da assistência social, preocupava-se especificamente, com o cuidado, envolvendo primordialmente a alimentação e a higiene, e não se constituía como um direito das crianças (SEMED, 2012). Somente quando foi elaborado o Referencial Curricular Nacional para a Educação Infantil em 1998, com o objetivo de auxiliar as Instituições Infantis na realização das atividades curriculares educativas, é que foi incorporado a estas, o educar e os cuidados essenciais das crianças, dando o enfoque pedagógico e preventivo a esta ação.

Crenças docentes quanto à promoção e a prevenção em saúde na educação infantil: resultados e discussão

Os professores baseiam estes cuidados prestados às crianças em alguns conhecimentos prévios evidenciados aqui como, por exemplo, os fatores que causam o adoecimento.

P.22: *“O que pode influenciar na saúde da criança são as praticas cotidianas a questão de você realmente prevenir tentar de todas as maneiras mostrar pra criança que ela também pode contribuir para a sua saúde que quando a gente trabalha pra que a criança não meta as coisas na boca*

P.27: *“tem que escovar os dentes porque e importante pra saúde pra não pegar bactéria que deixa a pessoa anêmica, tudo isso a gente passa pra eles no dia-a-dia”.*

P.34: *“a gente trabalha sempre com isso de não brincar com fogo não mexer com faca porque você pode se cortar às vezes a gente usa aqui mesmo o estilete que esta sempre na minha bolsinha e eles não mexem”.*

P.40: *“por exemplo, eu jamais deixaria eles irem descalço pro banheiro por mais que o banheiro esteja limpo”.*

Outra crença que apareceu nessa classe é a de que os pais são responsáveis pelos cuidados de saúde dos filhos, mas isso nem sempre ocorre. Os professores relataram que muitos destes cuidados são realizados somente na escola, afirmando que muitos pais não se preocupam com a higiene.

P.45: *“porque muitas vezes a criança só escova os dentes e o ultimo banho que ela toma e aqui só vai voltar a tomar banho no dia seguinte, os pais levam para casa e ali acabou”.*

P.50 *“algumas vezes foi necessário eu ficar aqui pela manha e eu percebo que nessa idade vem pouca informação dos pais sobre saúde”.*

P.51: *“ela já não precisava mais usar fralda porque a gente já tinha ensinado ela pedir pra ir pro banheiro, mas toda vez que ela vinha de casa ela vinha com a fralda [...] a maioria dos pais não querem deixar porque não quer ter o trabalho de trocar depois de lavar né o que faz adoecer as crianças”.*

Na visão dos professores, esta falta de higiene em casa influencia no adoecimento no âmbito da creche.

Outra crença que surgiu nesta classe referiu-se à questão da influência da estrutura e do ambiente na saúde. Esta crença se retrata nas falas abaixo, nas quais os professores demonstraram algumas dificuldades relativas à estrutura que possuem hoje nas creches.

P.12: *“então precisaria também os banheiros com mais chuveiros, pras crianças tomarem um banho de maneira digna não aquele banho acelerado*

Crenças docentes quanto à promoção e a prevenção em saúde na educação infantil: resultados e discussão

porque a outra turma vai entrar, e também a questão do espaço físico também, mais pias pras crianças passarem mais tempo escovando porque só tem duas pias então e muito rápido, a criança nem tem tempo de higienizar bem o dente porque já tem outra querendo usar então tudo isso interfere”.

P.36: *“o nosso bebedouro muitas vezes escangalha aí as crianças tem que tomar agua só do filtro da cozinha”.*

Neste sentido, autores como Lima (1985) corroboram com esta crença:

Aspectos relacionados à arquitetura escolar, às condições de infraestrutura, à disposição e especificações do mobiliário, à regulamentação e orientação nutricional da merenda escolar, [...] são exemplos da influência deste ambiente escolar na saúde (LIMA, 1985).

Esta classe encerra a discussão do terceiro eixo a respeito das crenças quanto à importância do cuidado, e reforça sua relação direta com a prevenção do adoecimento das crianças. Na sequência é realizada uma discussão geral dos resultados, em relação às similaridades encontradas entre as classes, a classificação dos resultados na tipologia proposta por Rokeach e por fim, dá-se um indicativo relativo à questão da influência das crenças sobre as práticas, justificando-se portanto, o estudo das crenças.

Buscou-se primeiro averiguar as similaridades entre as classes. Nesse sentido, observou-se que as classes relacionam-se entre si de maneira a apresentar conteúdos semelhantes em vários momentos. Um exemplo foi a repetição da crença quanto à *importância das parcerias para a promoção da saúde*, tanto na classe cinza (A importância dos profissionais de saúde na creche) quanto na classe vermelha (Importância da família e dos projetos na promoção da saúde) que fazem parte do mesmo eixo. Contudo, na classe azul as falas relativas a essa questão apareceram com mais frequência que na classe vermelha.

O terceiro eixo gerado pela CHD, que agrupou as crenças de que a prevenção em saúde se dá através do cuidado também apresentou forte similaridade entre suas classes *O cuidado, a família e o adoecimento* e *O cuidado e a prevenção na creche*, apresentando-se de maneira mais enfática na primeira classe.

Crenças docentes quanto à promoção e a prevenção em saúde na educação infantil: resultados e discussão

Ao tomar os resultados apresentados conjuntamente e levando em consideração a proposição de Rokeach (1981) de que todas as crenças têm componentes cognitivos, afetivos e comportamentais, observou-se que as crenças docentes apresentaram estes componentes, ora considerando os conhecimentos empíricos ou científicos que as embasam, e ora refletindo ações práticas com as crianças.

Quanto à tipologia proposta por Rokeach (1981) de que as crenças são descritivas, avaliativas ou prescritivas, observou-se os três tipos de crenças nas falas dos entrevistados.

Crenças descritivas surgiram, firmando relações entre duas coisas, como por exemplo, na classe vermelha, que apresenta a importância dos profissionais de saúde e de projetos para a implementação da promoção e prevenção em saúde na creche:

P.52: *“Precisa fomentar mais projetos né que possa assim fazer com que a criança realmente entenda a importância da saúde”.*

Aqui percebe-se uma relação entre o fomento de projetos e a compreensão da criança sobre a importância da saúde, ou seja, a criança compreenderá melhor a importância da saúde se os conteúdos relativos a essa questão forem ensinados mediante projetos.

Crenças avaliativas (julgam os objetos das crenças) emergiram, por exemplo, na classe lilás, que trata do cuidado e a prevenção em saúde na creche. Nessa classe, surgiu a crença relacionada à responsabilidade dos pais quanto ao cuidado com os filhos e de como isso nem sempre acontece.

P.51: *“ela já não precisava mais usar fralda porque a gente já tinha ensinado ela pedir pra ir pro banheiro, mas toda vez que ela vinha de casa ela vinha com a fralda [...] a maioria dos pais não querem deixar porque não quer ter o trabalho de trocar depois de lavar né o que faz adoecer as crianças”.*

Por fim, crenças prescritivas, que apontam uma determinada maneira de agir como desejável ou não, surgiram em vários momentos, dentre eles, na classe azul, que tratou dos Determinantes do processo saúde-doença na creche. Nessa classe,

Crenças docentes quanto à promoção e a prevenção em saúde na educação infantil: resultados e discussão

especificamente nas crenças relacionadas à questão da influência da estrutura sobre a saúde das crianças, observou-se o foco no que era desejável ou não.

P.12: *“Também a questão de cada um ter o seu local ali pra guardar o seu objeto olha aqui e o seu espaço pro fulano guardar o sabonete dele o shampoo dele tudo isso tem que ser pensado, não da forma que esta”.*

P.12: *“não tem condições de a gente deitar colocar as crianças pra dormir no calor naquela quentura naquela agonia aquele monte de criança naquela sala pequena então o espaço ele tem que ser o físico ele atrapalha muito a estrutura física né.”*

Observou-se nas diferentes classes geradas pelo Iramuteq, que o conjunto de crenças apresentados pelos participantes dessa pesquisa é oriundo em grande parte das experiências pessoais e do dia-a-dia na creche. Tal fato ecoa o pensamento preconizado por Spodek (1988), que em um estudo sobre teorias implícitas no ensino infantil, afirmou que as crenças dos educadores são formadas de conhecimentos prático pessoais, ao invés de conhecimentos teóricos sobre desenvolvimento e aprendizagem infantil. Tais crenças, segundo o autor, tem forte impacto sobre as ações dos educadores, ou seja, sobre suas práticas diárias. Nesse sentido também, corrobora Pajares (1992), ao citar que as crenças influenciam as percepções e julgamentos, o que por sua vez afeta o comportamento. Portanto, torna-se importante conhece-las e tendo sido esse um dos objetivos desse trabalho, e, especificamente, desta seção.

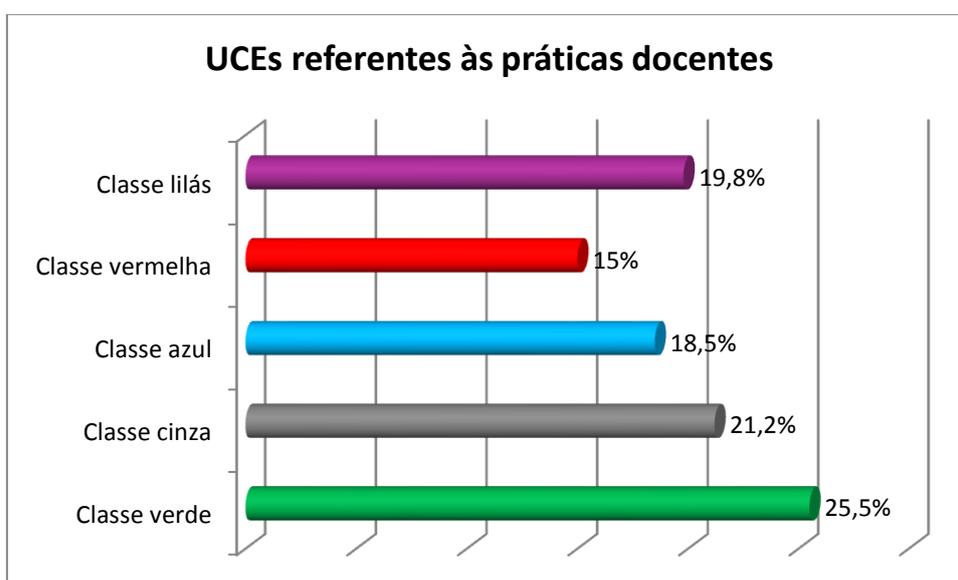
A seguir será apresentada a discussão das classes geradas pela análise do segundo corpus temático, denominado *Práticas Docentes de Promoção e Prevenção à saúde*.

6. PRÁTICAS DOCENTES DE PROMOÇÃO E PREVENÇÃO EM SAÚDE NA CRECHE: RESULTADOS E DISCUSSÃO

Essa seção apresenta e discute os resultados relativos às práticas docentes de promoção e prevenção em saúde na creche. O corpus para análise mediante o Iramuteq foi gerado a partir das respostas dos participantes às seguintes perguntas: *Conte como é a rotina diária de sua turma? Que recursos você utiliza para promover a saúde na sua turma? O que você faz para possibilitar que as crianças construam essas aprendizagens?*

O Iramuteq reduziu as palavras as suas raízes, obtendo-se 35.277 palavras, sendo 3.036 palavras analisáveis. O programa não considerou palavras que detinham frequência menor que 3,5. Foi gerada uma divisão de corpus em 758 unidades de contexto elementar (UCE), obtendo-se uma retenção de 75,27% do total de UCE do corpus, distribuídas em cinco classes que foram agrupadas em quatro eixos temáticos. O IRAMUTEQ computou as palavras características de cada classe e a ilustração 2 descreve a repartição das UCE em classes por porcentagem; sendo possível verificar que a classe que mais agrupou UCE foi a classe verde, com 25,5% de UCE.

Figura 19 – Gráfico da Repartição de UCE por classes (Práticas)

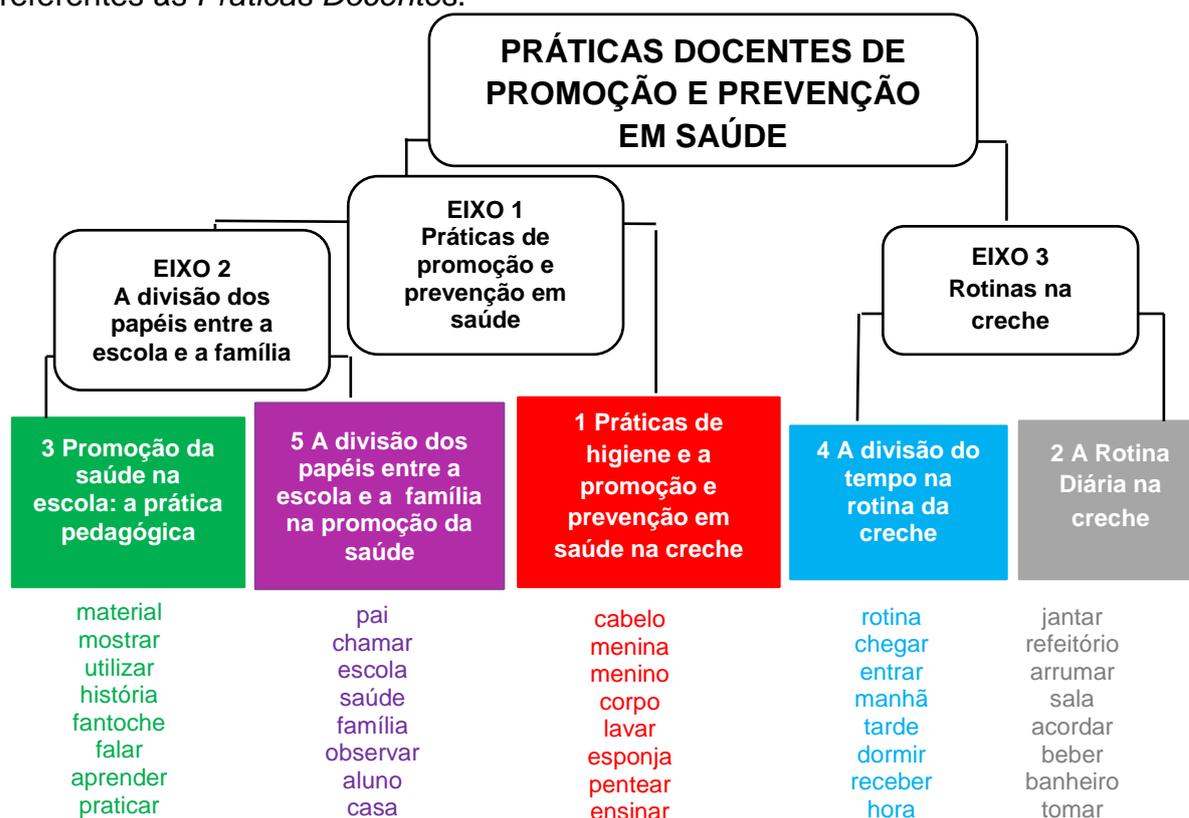


Fonte: Criado pela autora a partir dos dados gerados pelo IRAMUTEQ®.

Práticas docentes de promoção e prevenção em saúde na creche: resultados e discussão

A partir da análise das palavras centrais de cada classe, uma vez que abarcam contextos semânticos específicos, foi possível nomear as mesmas, da forma como estão representadas no dendograma a seguir que mostra os eixos encontrados, as classes e as formas reduzidas distribuídas por classes.

Figura 20 – Dendograma da análise hierárquica descendente das respostas referentes às *Práticas Docentes*.



Fonte: Elaborado pela autora a partir do dendograma gerados pelo Iramuteq na análise do corpus temático *Práticas Docentes*.

Inicialmente, percebe-se que o corpus foi repartido em dois eixos (1 e 3). O eixo 1) **Práticas de promoção e prevenção em saúde** subdividiu-se novamente gerando a classe vermelha de um lado e do outro lado da figura o segundo eixo 2) **A divisão dos papéis entre a escola e a família** que abrangeu mais duas classes: a classe lilás e a classe verde. O terceiro eixo oriundo da repartição inicial foi denominado de 3) **Rotinas na creche**, gerou secundariamente as classes cinza e azul.

A seguir será realizada a apresentação dos eixos e discussão das classes do corpus de práticas docentes, sendo seguida a sequência dos eixos e não a

sequencia numérica das classes. Ressalta-se que a numeração das classes é dada pelo Iramuteq e não definida pela pesquisadora.

6.1 Eixo 1: Práticas de promoção e prevenção em saúde

Este primeiro eixo foi assim nomeado por trazer à tona as práticas docentes quanto à promoção e prevenção em saúde. Ele se subdividiu novamente gerando de um lado o segundo eixo, que será discutido posteriormente e do outro, a classe vermelha que será discutida a seguir.

Figura 21 – Eixo 1, extraído do Dendograma de *Práticas Docentes*



6.1.1 Classe vermelha: Práticas de higiene e a promoção da saúde na creche

Essa classe trouxe, mediante as práticas relatadas, o fator Higiene enquanto prática de promoção e prevenção em saúde, sendo, portanto esta uma prática central de ação preventiva na creche.

Dentre as práticas citadas, a higiene corporal exemplificada pelo banho foi uma das mais citadas pelos professores, conforme os trechos de entrevistas abaixo:

P.15: *“nós fazemos todo aquele banho de cada um, cada um tem seu material de higiene toalha”.*

P.30: “[...] mas assim a gente trabalha muito com eles e a higiene corporal isso e cotidiano todos os dias no banho”.

P. 02: “É mais essa higiene corporal que a gente trabalha, a saúde né professora”.

Esta concepção higienista no âmbito da escola tem sua origem em tempos passados, coerentemente com as ações voltadas à melhoria das condições sanitárias da sociedade desenvolvidas no Brasil, vinculadas à “era do germe” (NUNÉS, 1998), onde a escola passou a ser considerada como um espaço privilegiado para o desenvolvimento de práticas voltadas à melhoria das condições sanitárias de uma parcela significativa da população.

A prescrição de um elenco de preceitos e práticas a serem institucionalizados no espaço público da escola, pretendendo ordenar a vida dos escolares sob um novo modo de relação com o mundo – a higiene – constituiu o cerne do discurso nascente da saúde escolar, então higiene escolar (LIMA, 1985, p. 54).

Assim, a utilização dos princípios da higiene como instrumento de normatização e saneamento da sociedade (FOUCAULT, 1979) passou a adentrar na escola, em função da sua possibilidade em atingir uma grande parcela da população, em uma idade considerada ideal para o desenvolvimento de hábitos, valores, práticas e atitudes relacionadas à saúde. O foco, portanto, nessa época, era voltado para ações higienistas (CARDOSO, REIS & IERVOLINO, 2008). Arouca (1975), já a citava quando do discurso da medicina preventiva, que emergiu em um campo formado por três vertentes, sendo uma delas a Higiene.

Voltando aos resultados, outras práticas relacionadas à higiene do corpo foram relatadas.

P.45: “Agora na questão da prevenção a gente trabalha durante o ano praticamente todos os dias a questão do despertar dos hábitos de escovar o dente de tomar o banho de cuidar do próprio corpo”.

P.34: “A gente tem os momentos diários para promover a saúde sempre que eles vão ao banheiro a gente vai orientando a lavar a mão, a gente tem o sabão, sabonete, à toalha para enxugar”.

Cardoso, Reis & Iervolino, realizaram em 2008, um estudo com 22 professores de Araquari, intitulado Escolas Promotoras de Saúde, cujos resultados corroboram os apresentados aqui. Os autores observaram que metade dos

Práticas docentes de promoção e prevenção em saúde na creche: resultados e discussão

professores relacionava a saúde exclusivamente com hábitos de higiene física, e 40% com o repasse de informações sobre higiene física. Sendo assim, 91% dos professores relacionam a educação em saúde com higiene física, prática essa identificada no século passado, quando o foco de trabalho em saúde eram as ações higienistas.

Em consonância com o estudo acima nesta pesquisa o banho foi abordado pelos professores, tanto sob o aspecto prático da sua execução, como da oportunidade de aprendizado, que está implícita neste momento:

P.34: *“É todo dia mesmo e na pratica mesmo quando a gente diz para eles que o momento de limpar o nariz e quando a gente esta no banho que não e higiênico estar fazendo isso em qualquer lugar [...] sobre lavar bem o pé, lavar entre os dedos, enxugar direitinho porque se não vai dar chulé, então e um trabalho diário mesmo”.*

P.09: *“Tem que se limpar para que possam evitar problemas futuros mais na frente que eles têm apenas três anos, mas desde pequenininho a gente orientando eles vão continuando fazendo durante muito tempo pro resto da vida né”.*

P.12: *“[...] A gente mostra pra elas (crianças) como e que elas devem fazer isso (banho) logo no início do ano letivo; já no final elas já sabem, é automático [...]”.*

Fica muito evidente aqui a relação direta da prática de higiene corporal das crianças com o ato de educar, mostrando que os professores praticam o ato de educar inserido na rotina diária do cuidado com as crianças. Observa-se nos discursos que os professores observam a evolução das crianças quanto ao aprendizado das questões de higiene ao longo do ano. Esta independência gerada na rotina diária da creche aparece inclusive como uma facilitadora do trabalho docente.

P.51: *“[...] então a gente ensina, e eles mesmos se lavam, depois a gente vem, é enxuga, eles vem pra sala passar talco”.*

P.12: *“No início do ano letivo eu fazia tudo, tipo colocava o shampoo e esfregava o corpo todinho, tudo praticamente eu fazia [...] a gente mostra pra elas como e que elas devem fazer isso logo no início do ano letivo, já no final elas já sabem, é automático, chama de uma por uma, fulana vem lavar o cabelo aqui.”*

Autores como Gonçalves traçaram conclusões no mesmo sentido destas afirmando que o trabalho de formação de hábitos de higiene, realizado com crianças pequenas, deve ter um caráter totalmente pedagógico e não assistencial (GONÇALVES et al 2008, p.185).

Práticas docentes de promoção e prevenção em saúde na creche: resultados e discussão

Um ponto delicado que surgiu aqui e que merece destaque é a questão da higiene íntima, pois se mostrou como um ponto de preocupação dos professores. Eles afirmaram possuir algum receio quanto ao toque na criança nos momentos de cuidado, preferindo ensinar as crianças a fazerem sua própria higiene desde muito cedo.

P.51: *“Porque a gente tem receio de pegar e lavar e depois acontecer alguma coisa e aí vir complicação pro lado né, do professor, então a gente ensina e eles mesmos se lavam depois a gente vem, a gente enxuga eles vem pra sala passar talco.”*

P.12: *“Só não lavava as partes íntimas porque desde o início do ano a gente já ensina como e você vai sentar demonstrar pra criança você vai abrir a perna e vai por a mão aqui no pipi pra lavar.”*

Neste momento os professores já inserem o conhecimento da questão de gênero separando meninos e meninas e apesar de não haver um padrão nas diversas UMEIs quanto à forma de ensinar, já há aqui o direcionamento para a nomenclatura das partes íntimas e para hábitos de respeito além do estímulo ao pudor das crianças.

P.24: *“Eles vão tomar banho só que como é proibido e o que é correto a gente leva assim, como eu tenho auxiliar eu levo as meninas primeiro elas vão com roupa pro banheiro e eu levo a toalha e levo o cesto com sabão, quando elas tomam banho as meninas tudinho elas se lavam, elas sabem o que é pênis e o que é vagina, isso é normal pra elas principalmente pra minha turma.”*

P.26: *“Lá no banheiro a gente separa meninos e meninas né, os meninos ficam esperando ou as meninas ficam esperando no banco fora e a gente leva os meninos pra tomar banho.”*

P.24: *“Aí na questão da gente colocar na cabeça deles que eles têm que sentir vergonha do corpo né, a gente coloca a questão do respeito quanto menino menina entendeu.”*

P.12: *“Elas mesmas fazem a higiene íntima delas, aí elas mesmas baixam lava o bumbum lava o pipi porque eu ainda não falo vagina porque eu acho um termo muito forte pra idade deles [...] eu falo pipi e bumbum aí eles já sabem.”*

Observou-se também nos discursos a preocupação com a transmissão de germes e parasitas causadores de adoecimento, fato este que os professores e a equipe da UMEI buscam minimizar através da higiene com as crianças, assim como dos utensílios utilizados por eles.

P.24: “algumas turmas vão primeiro pro café e antes de ir pro café a gente já vai de mão dada de trenzinho ou vai segurando a mão pro banheiro eles já sabem disso lava a mão vem de lá sem pegar”.

P.15: “aí nós vamos lá ao refeitório que as meninas tem muito cuidado de jogar uma água quente né, pra tirar o que a gente sabe que são varias bocas que passam ali, lavam, tem o material de limpeza lá tem um copo pra cada um, mas sabe que o copo não e numerado pra cada um né, mas pra cada berçário tem eles passam essa água quente em todos.”

P.20 “pra ensinar como tem que lavar as mãozinhas logo no início do ano e aí durante todo ano a gente utiliza desse recurso né da limpeza da higiene pessoal.”

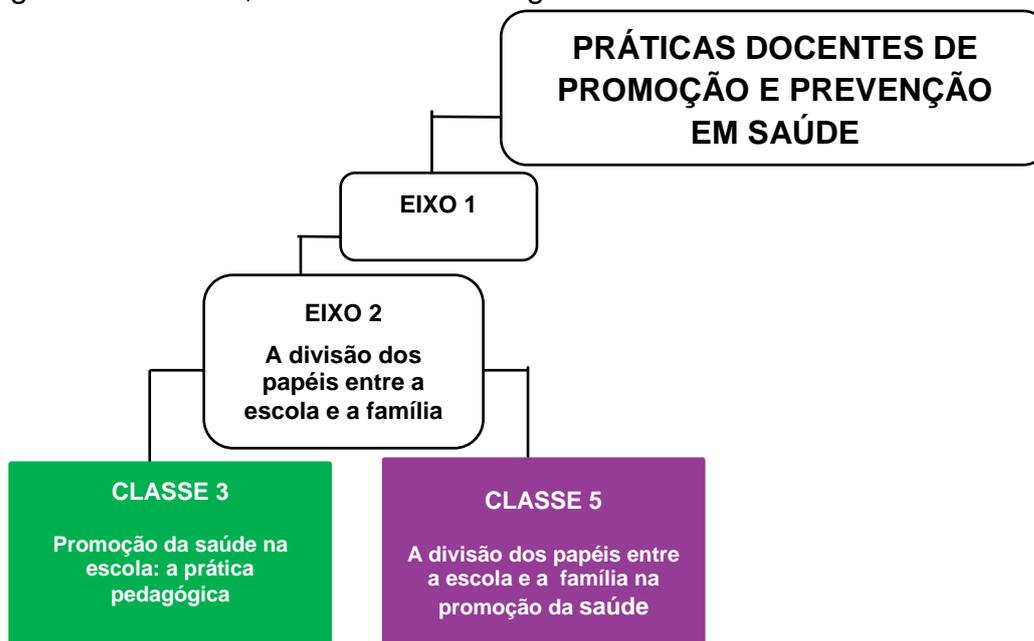
Sintetizando, o eixo em questão e sua respectiva classe trouxeram a higiene corporal como prática de promoção e prevenção em saúde na creche, adquirindo esta um caráter central nesse quesito.

Na sequencia será apresentado o segundo eixo, gerado a partir do primeiro, o qual detalha as práticas de promoção e prevenção em saúde, através da divisão dos papéis da escola e da família neste processo.

6.2 Eixo 2: A divisão dos papéis entre a escola e a família

O Eixo dois foi gerado secundariamente do primeiro eixo, e revelou que as práticas quanto à promoção e prevenção em saúde na creche, são realizadas numa divisão de tarefas que envolve não só os atores da escola, mas se estende também às famílias, envolvendo os pais e responsáveis neste processo. Estas práticas surgiram divididas em duas classes, as classes verde e lilás, conforme representado no extrato de dendograma a seguir:

Figura 22 – Eixo 2, extraído do Dendograma de *Práticas Docentes*



Fonte: Dendograma elaborado com os dados gerados pelo IRAMUTEQ®.

Nesse contexto, a própria Constituição federal apresenta em seus artigos a importância da parceria da família e do estado no atendimento, cuidado e proteção às crianças.

Art. 227. É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança, ao adolescente e ao jovem, com absoluta prioridade, **o direito à vida, à saúde**, à alimentação, **à educação**, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e **à convivência familiar e comunitária**, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão. (BRASIL, 1988, grifo nosso)

Em consonância com este direito este eixo abordou esta temática em duas classes, lilás e verde, que serão discutidas a seguir.

6.2.1 classe lilás: A divisão dos papéis entre a escola e a família na promoção da saúde

Essa classe revelou a relação família-escola, assim como os papéis exercidos por pais e professores, discutindo-se quais práticas de promoção e prevenção em saúde cabem a ambos. Nessa discussão entraram as concordâncias

e discordâncias quanto a quais práticas devem ser realizadas em casa e na escola e a quem cabe guiar as crianças nessas práticas.

No discurso dos professores surgiu repetidas vezes a ideia de que eles executam práticas de saúde que os pais deveriam realizar em casa, ou seja, práticas que seriam da responsabilidade dos pais.

P.12: *“Vai escovar na escola então não vou escovar em casa, então a gente já vai estar tirando a responsabilidade da família de incentivar eles a escovar os dentes, assim que acordar né, pra vir pra escolar, vir pra escola com bom hálito né[...].”*

P.11: *“Na hora do banho se eu vejo que aquela criança esta com piolho automaticamente eu converso logo com a mãe e eu mesmo passo pente fino na cabeça dele pra que não prolifere né, pra que não aumente isso na sala de aula”.*

P.11: *“eu sei que isso tem que vir de casa, mas através dessa minha pratica o pai vai se conscientizando também”.*

Essas falas traduziram a problemática que a classe traz: a questão das práticas em saúde realizadas ou não na escola e que, muitas vezes, são responsabilidade dos pais, na visão dos professores pesquisados.

O discurso demonstrou ainda impedimentos na realização de tratamento das crianças doentes na escola. No caso de alguma patologia em curso as famílias são orientadas a permanecer com as crianças em casa.

P.21: *“A gente recebe criança gripada, recebe criança doente, e nós aqui não podemos dar remédio, nestes casos a gente liga para os responsáveis.”*

P.26: *“Ninguém pode, digamos dar um remédio dar medicação, assim a criança esta na sala e esta se sentindo mal de enjoo de vômito já aciona os pais, porque nós não podemos dar nem um antibiótico nem um anti-inflamatório pra nada.”*

P.16: *“Na educação especial, por exemplo, eu tenho um que tem autismo, mais o remédio e tomado em casa não toma na escola.”*

Não houve consenso nos discursos quanto aos motivos reais desta proibição. Alguns professores relataram ser uma forma de proteger as próprias crianças e professores, enquanto outros atribuíram a falta de capacitação ou competência profissional docente, ou ainda a falta de profissional de saúde para administrar medicações às crianças.

P.33: “Educação infantil você tem que rolar, abraçar estar com eles, deitar e não tem como evitar, nós acabamos pegando também estes parasitas.”

P.27: “a parte de saúde a gente mais observa porque nós não somos recomendados a fazer, dar remédio, não somos recomendados a nada [...] se for um caso muito grave e os pais não atenderem pode até levar na UPA e conseguir localizar os pais, mas fora disso, só a parte da direção que toma iniciativa.”

P16: “se alguma medicação esta sendo dada e a partir disso trabalhar os pais conscientizar de que essa criança não pode estar vindo para a escola assim que nesse momento a criança precisa estar com a família.”

P.26: “se se machuca também já como não temos alguém especializado da saúde dentro da escola que já era pra ter, mas não tem, a gente já, o que a gente faz logo e chamar os pais.”

No estudo de Maranhão (2000) os cuidados prestados pelos professores às crianças foram resumidos em grandes categorias de cuidados que se tornam os eixos da rotina de trabalho, a saber: *cuidados com a segurança, a higiene e a alimentação*. Porém, os professores atribuíram o aparecimento de doenças às condições do ambiente doméstico, negando a responsabilidade da instituição na operacionalização dos cuidados, dificultando a adoção de medidas de promoção à saúde nestes espaços. A autora concluiu que para a garantia dos direitos das crianças e seu cuidado integral, o educador infantil deverá ser formado no sentido de uma prática reflexiva, que integre educação e saúde, família e instituição.

As falas dos professores abaixo, evidenciaram concordância com a autora acima, quando relataram que os pais também devem agregar a responsabilidade pela promoção da saúde de suas crianças:

P.20: “eu trabalho na sala né, eu trabalho na realidade deles né, eu cobro, eu cobro quando tem que ser cobrado, eu chamo os pais em reunião também se precisar conversar com um pai também eu chamo.”

P.15: “a escola promove, através de palestras não para eles, mas fazendo tipo para os pais¹ quando a gente trabalha um tema eles vão e numa reunião de pais se coloca sempre assim.”

P.11: “ou micose eu afasto eu chamo a direção converso com a mãe¹ chamo a direção e já passo logo adiante pra que eles não venham pra não contaminar os outros”.

Em alguns momentos houve o tom de crítica quando os professores afirmaram que os pais poderiam exercer mais ativamente esse papel.

P.17: e a gente tenta fazer esse trabalho juntamente com as famílias e com as crianças dentro da sala de aula porque meu trabalho só vai surtir efeito desenvolvendo um trabalho juntamente com a família¹

P.12: *“mais uma escovacao dos dentes, mas em contrapartida ia ser mais um custo que os pais poderiam achar ruim né, então a gente resolveu deixar do jeito que esta”*

P.33: *“no início do ano nós sofremos muito, porque uma das crianças tinha, nós conversávamos muito com os pais, mas eles não cuidavam da criança do jeito que era pra ser.”*

P.16: *“O que podemos quanto à saúde a gente pode estar cuidando da unha à questão da observação de como esta a criança se esta com algum ferimento⁴ se esta com piolho, se esta com impingem⁴ a gente vai estar tendo essa conversa com os pais, perguntar o que esta acontecendo se ele já esta cuidando, se a criança já recebeu algum tratamento em casa.”*

P.11: *“Eu sei que isso não e um papel meu, assim mas eu costume fazer isso na semana um dia olhar unha, entendeu.”*

O insucesso desta parceria pode ser influenciado pela falta de conhecimento dos pais quanto à promoção da saúde como foi evidenciado no estudo de Guarienti et al.(2009), intitulado Conhecimento dos Pais e Responsáveis Sobre Saúde Bucal, que afirmou que:

A criança adquire seu próprio hábito de escovação e do uso do fio dental através da observação direta e cópia do comportamento da mãe, sendo que esta, muitas vezes repete o que aprendeu com seus pais, que possivelmente não tiveram orientação quanto à higiene bucal. (GUARIENTI et al, 2009)

Neste sentido, esta parceria com os pais deve considerar também a necessidade de um trabalho pedagógico dos professores para com estes, no sentido de garantir que os hábitos ensinados às crianças nas UMEIs sejam efetivamente repetidos em casa, conforme os discursos apontaram.

Esta compreensão também apareceu nos discursos dos professores, em momentos em que relataram que os pais não conseguem dar conta da orientação de suas crianças quanto à promoção da saúde, necessitando do apoio dos professores e da creche nesse processo.

P.24: *“e o que a gente tem que fazer com as crianças porque muitas delas não aprendem em casa os pais não tem a facilidade que a gente tem os pais não tem o tempo que a gente tem pra ensinar.”*

P.30: *“eu particularmente não tenho o que dizer dos pais dos meus alunos porque tudo que eu preciso pra que aconteça essa atividade pedagógica eles fornecem.”*

P.33: *“eu digo que às vezes eu me coloco como mãe, mesmo porque se a criança se machucar se for um acidente na sala, nós temos que evitar ao máximo.”*

Alguns estudos mostraram também que os educadores consideram as atividades que vislumbrem a saúde da criança importantes, como por exemplo, estarem vigilantes para a prevenção de acidentes (CARDOSO, REIS & IERVOLINO, 2008; VIEIRA et al., 2009). No estudo de Cardoso, Reis e Iervolino, 20% deles consideraram a escola um ambiente capaz de provocar ou favorecer acidentes com as crianças, professores e funcionários.

Em síntese, nessa classe surgiram reflexões sobre a saúde das crianças e a relação entre pais e escola, os papéis exercidos por pais e professores, as negociações entre eles, as interpretações que as professoras fazem das práticas dos pais. Ficou claro que os pais e os professores são os originadores das práticas em saúde que são realizadas na escola, necessitando da parceria contínua e que isto já está sendo trabalhado desta forma pela maioria das UMEIS.

6.2.2 classe verde: Promoção da saúde na escola: a prática pedagógica

Esta classe, diretamente relacionada à classe lilás dentro do segundo eixo, refletiu os discursos dos professores que relacionaram a promoção da saúde com sua prática do ensino no âmbito da UMEI. Aqui foram relatados pelos professores os recursos e métodos utilizados na prática de ensino da promoção e prevenção em saúde na creche.

Em grande parte dos discursos os professores evidenciaram que o ensino de hábitos corretos de higiene é sua principal ferramenta para a promoção da saúde. Nestes discursos surgiram as práticas de ensino de higiene corporal, higiene bucal, assim como higiene das mãos antes de alimentar-se e após ir ao banheiro, ideias que já haviam surgido na primeira classe. Os trechos a seguir detalham os relatos dessas práticas.

P.02: *“ensinar né, como e que tem que ser feito, tomar o banho direitinho, como é que usa o sabonete entendeu, shampoo assim e essa a higiene que a gente trabalha.”*

P.07: *“em questão a promoção da saúde a gente trabalha mais assim com materiais tipo higiene bucal né que a gente enfatiza muito com eles em questão a higiene corporal mais esse tipo de atividade.”*

P.27: *“[...]a gente ensina eles a escovarem os dentes quando a gente vai dar banho à gente ensina eles a tomarem banho.”*

P.13: *“eles lavam as mãos eles fazem a escovação dos dentes dos dentes depois da alimentação do almoço principalmente e a alimentação a lavagem das mãos antes de cada refeição e após eles usarem o banheiro a gente trabalha essa conscientização com eles também.”*

Como afirmou Guimarães (2000), quando se pensa no trabalho com higiene dentro da Educação Infantil, vem à imagem do cuidado como um momento de construção de hábitos e que se deve favorecer a autonomia da criança, pois quando as crianças se trocam sozinhas, algumas regras já são trabalhadas.

Os professores também relataram o uso de recursos auxiliares para a prática da promoção e prevenção em saúde na creche. Alguns afirmaram se utilizar de materiais como livros, fantoches, além de atividades xerografadas.

P.05: *“Aí volta pra sala pra fazer uma atividade ou fazer as brincadeiras com a atividade que foi planejada para aquele dia utilizo como recurso música vídeos conversa mesmo os livros, livros de historinha fantoche.”*

P.09: *“E também na sequencia nós temos alguma atividade pedagógica de acordo com o tema pode ser uma atividade xerografada ou pode ser uma atividade lúdica, também a contação de história uma musiquinha uma história utilizando fantoche ou qualquer outro recurso.”*

O artigo 9 das Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação Infantil esclarece que “as práticas pedagógicas que compõem a proposta curricular da Educação Infantil devem ter como eixos norteadores as interações e brincadeiras”. No mesmo artigo é sustentada, também, a necessidade de promover as interações dessa faixa etária através das “diversificadas manifestações de música, artes plásticas e gráficas, cinema, fotografia, dança, teatro, poesia e literatura”. (BRASIL, 2008)

Um ponto interessante a destacar aqui foi o surgimento da música como auxiliar no processo de educar em saúde. Esta prática foi revelada tanto pelo uso da música cantada como pelo auxílio de DVDs.

P.10: *“[...] eu trabalho muito com música com eles música contação de história e também trabalho xerocado né”.*

P.11: *“e geralmente eu uso material eu tenho alguns materiais didáticos tipo com carteados entendeu grandes ou eu trago filminho esta entendendo.”*

P.21: *“a gente costuma muito buscar recursos em DVDS pra mostrar as consequências de não higiene (falta de higiene).”*

Práticas docentes de promoção e prevenção em saúde na creche: resultados e discussão

A prática descrita acima deve ser avaliada positivamente, pois evidencia a adequabilidade do trabalho dos professores no âmbito das UMEIs às diretrizes vigentes para a Educação Infantil. O próprio Referencial Curricular Nacional para a Educação Infantil – RCNÉI, um guia que destaca sete eixos norteadores que servem de orientação para a prática pedagógica nas instituições, traz em seu terceiro eixo que:

A linguagem musical é excelente meio para o desenvolvimento da expressão, do equilíbrio, da auto estima e autoconhecimento, além de poderoso meio de integração social. (BRASIL, 1998, p. 49)

Alguns professores se queixaram da falta de recursos, porém não afirmaram que isto interferiu ou impediu diretamente a sua prática pedagógica. Isto ficou evidente quando os professores afirmaram que na maioria das vezes eles buscam confeccionar materiais ou mesmo utilizar-se de materiais concretos para o ensino.

P.19: *“já fazem, já fazemos aqui os recursos são muito limitados dentro das possibilidades mais a gente tenta tem tentado usar os recursos que temos e criatividade do professor surgem muita coisa a gente faz muita coisa com eles.”*

P.12: *“o tempo que acha a necessidade de falar com a criança assim de maneira que ela aprenda porque os recursos assim de fantoche historinhas aventais eu ate confeccionei ano passado.”*

Neste sentido, a Proposta Pedagógica para a educação infantil do município de Santarém-PA ressalta que:

Cabe ao/a professor/a disponibilizar materiais, recursos e espaços como brinquedos, jogos, latas, caixas, papéis, tecidos, música, e outros, de modo a permitir a criação e recriação de atividades lúdicas podendo inserir através destes métodos a temática transversal saúde. (SEMED, 2012).

Também surgiram nesta classe falas de professores que usam a prática e a rotina diária como forma de ensinar, conforme discursos abaixo.

P.12: *aqui a gente já trabalha muito isso porque a criança ela aprende muito pela pratica e pela visualização e pela repetição né, então como e um trabalho repetitivo aquela rotina e diária.*

P.11: *“Então tu tem que acompanhar não só falar não só teoria mas tu tem que ter a pratica e geralmente com o lúdico entendeu que tem que tomar remédio ou unha eu trago tesourinha”.*

P.17: *“puderam fazer na pratica juntamente fazendo a escovação dos dentes e um exemplo”.*

P.38: “então e muito questão da pratica de trabalhar a questão da pratica do exemplo junto com eles”.

P.24: “então essa e toda uma rotina diária que a gente tem que a gente ensina eles sabem a própria rotina.”

Este uso da rotina como prática de ensinar será discutido na classe vermelha que trata da rotina diária na creche e sua relação com a promoção e prevenção.

Alguns discursos revelaram as práticas realizadas na parceria com profissionais ou outras instituições para enriquecer as práticas de promoção da saúde na saúde através da interação com as próprias crianças e capacitação dos docentes, não sendo atribuída esta responsabilidade exclusivamente à UMEI.

P.03: “Geralmente vem também alguns acadêmicos da UEPA aí eles trazem aí eles mostram pras crianças aqui [...] trabalha assim com eles mais assim mostrando mesmo.”

P.52: “Às vezes a gente consegue parceria com outras instituições que vem ajudar a gente também né.”

Outros estudos em creches trouxeram resultados semelhantes, ao mostrar que alguns professores confiam esta ação aos profissionais de saúde ou então não cogitam realizar atividades educativas por relatarem a falta de condições do ambiente de trabalho (MARANHÃO, 2000; SANTOS et al., 2009).

Cabe aqui salientar que os profissionais da saúde devem oferecer uma parceria coadunada em princípios e ações com os profissionais do setor da educação, compartilhando a sua prática de cuidado, e não substituindo os professores nesta ação (ARAGÃO et al., 2010).

Os professores também se referiram à importância da parceria com os pais neste processo, porém foi um discurso que apareceu com menos força, e já havia sido evidenciado na classe lilás, ligada ao mesmo eixo desta classe.

P.53: “A gente fala com a criança e explica a pratica né na linguagem deles (...).”

P.12: “A gente falou muito para eles não se sujarem mas se sujar e coisa de criança e assim ajudar na higiene deles mostrar que aquilo e errado em fazer ela sempre orienta os pais a darem continuação em casa.”

P.”52: Então a gente sempre faz essa parceria com os pais pra que a gente possa estar trabalhando essa questão da saúde deles”.

Esta similaridade de discursos reforça a ligação entre estas duas últimas classes que formam o eixo aqui discutido. Em síntese este eixo revelou as práticas de promoção e prevenção em saúde, enfatizando a divisão dos papéis da escola e da família neste processo.

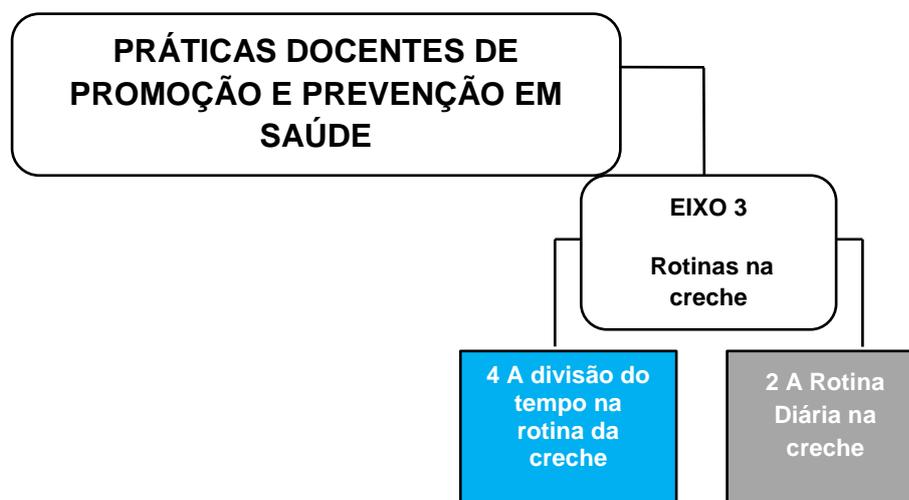
A seguir será realizada a discussão do eixo três que se subdivide em duas classes: a classe azul e da classe cinza, ambas tratando das práticas de rotina diária na creche.

6.3 Eixo 3: Rotinas na creche

Tendo em conta a definição de Rotina segundo o que é referido no Dicionário Online de Português (s.d.), Rotina significa: Hábito de fazer uma coisa sempre do mesmo modo, mecanicamente; repetição monótona das mesmas coisas; apego ao uso geral, sem interesse pelo progresso. Esta concepção é totalmente diferente do que se propõe para a educação infantil, ambiente de experiências educacionais ricas e interações positivas, onde esta rotina pode promover o desenvolvimento da independência das crianças.

Este eixo trouxe as práticas docentes na rotina diária da creche, mostrando em alguns momentos como estas se relacionam com a promoção da saúde. Porém seu enfoque foi mais geralmente dado à rotina pura, sendo dividida em duas classes, uma abordando mais diretamente a divisão dos horários, enquanto a classe seguinte apresentou detalhamentos desta rotina. A relação entre as classes deste eixo está demonstrada no Dendograma abaixo.

Figura 23 – Eixo 3, extraído do Dendograma de *Práticas Docentes*



Fonte: Dendograma elaborado com os dados gerados pelo IRAMUTEQ®.

Considerando a complementaridade entre as duas classes, optou-se por realizar a discussão de ambas conjuntamente a seguir. Neste sentido o próximo item foi renomeado para contemplar a discussão das duas classes.

6.3.1 Classes azul e cinza: A rotina diária na creche e a divisão do tempo

Este item contempla a discussão conjunta de duas classes complementares, do terceiro eixo, diretamente relacionadas, geradas pelo Iramuteq: a classe cinza (*A rotina diária na creche*) e a classe azul (*A divisão do tempo na rotina da creche*).

A classe cinza evidenciou o detalhamento da organização da rotina diária nas UMEIS, com conteúdo semelhante à classe azul, sendo que esta última trouxe um enfoque maior para a organização dos horários na rotina diária, enfatizando a divisão do tempo nos turnos de funcionamento da UMEI.

Para Anna Bondioli (2004) e seus colaboradores de pesquisa, o estudo do dia-a-dia educativo é importante, pois implica prestar atenção ao que acontece no ambiente escolar e refletir sobre a chamada pedagogia “latente” ou “implícita”, que seria o conjunto das práticas, das regras, dos hábitos, das rotinas, dos acontecimentos, das atividades e dos costumes característicos de determinados

Práticas docentes de promoção e prevenção em saúde na creche: resultados e discussão

contextos, que, mesmo não estando sobre o controle direto dos agentes educativos, podem influenciar o processo de aprendizagem das crianças.

Das rotinas descritas nas entrevistas foi possível realizar uma comparação, não havendo grande divergências quanto à sua execução. Esta rotina está exemplificada no quadro a seguir.

Quadro 7 – a rotina diária das UMEIs de Santarém

07:00 – até 7:30 acolhida
08:00 - café
09:00 – atividades pedagógicas
10:00 – banho
11:00 – almoço
11:30 - Higiene e Sono
13:00 – Dormindo (planejamento e organização do material)
14:00 - higiene e lanche
14:30 - atividades pedagógicas e físicas
15:00 - banho
16:00 - jantar e escovação dos dentes
17:30 - atividades pedagógicas e saída

Fonte: Elaborado pela autora com os dados das entrevistas realizadas com os professores.

A análise da rotina neste estudo foi realizada sob o enfoque da saúde, uma vez que buscou-se aqui identificar as práticas docentes de promoção e prevenção em saúde. Na realização da análise da proposta pedagógica daqui SEMED para a educação infantil, parte integrante do referencial teórico deste estudo, foi notada a ausência da rotina de sono como sugestão. Porém nos discursos dos professores este apareceu repetidamente quando relatavam suas rotinas, conforme o quadro, mostrando a valorização da importância deste hábito para a saúde das crianças.

Apesar da fala dos participantes ter revelado na discussão de algumas classes que a escovação dos dentes é realizada duas vezes ao dia, esta não apareceu na descrição da rotina diária desta forma, sendo relatada sua realização somente após o jantar. Alguns professores afirmaram realizar a higiene após o almoço seguida da hora do sono das crianças. Acredita-se que esta escovação esteja inserida neste horário, apesar de não ter sido descrita.

Pode-se perceber que ao longo do dia são executadas diversas ações de cuidado e educação com as crianças, estando estas diretamente relacionadas com a promoção e prevenção em saúde das crianças.

Nos discursos apresentados em sua maioria na classe cinza, os professores fizeram uma relação direta da prática da rotina diária com a promoção de hábitos saudáveis entre as crianças, gerando com isso promoção e prevenção em saúde. Para os professores a própria rotina é um método de promoção e prevenção em saúde, através do cuidado diário dispensado às crianças.

P.02: *“e mais essa higiene corporal que a gente trabalha a saúde né professora [...]eu possibilito as aprendizagens na pratica né professora na pratica.”*

P.04: *“sobre a escovação dos dentes de cabelo também né, a limpeza da roupa tudo ao longo do ano eles vão aprendendo.”*

Segundo Pereira (2014), a rotina fomenta o desenvolvimento de competências sociais (autoestima positiva, auto-organização, curiosidade e desejo de aprender ...) que estão ligadas à construção da autonomia. Ajuda as crianças a tornarem-se responsáveis “no ambiente educativo, construindo comportamentos e atitudes com um sentido gradualmente mais autónomo” assim como a aprender “a ser, a estar, e a fazer” (Pereira, 2014, p.13).

Em ambas as classes aqui descritas os professores relataram que o cumprimento da rotina é uma forma de educar as crianças, fato este evidenciado pelos discursos que mostraram a evolução das crianças quanto ao cumprimento da rotina ao longo do ano.

P.11: *“Eu ensino eles esses três meses no início, hoje quando eles retornam das férias de julho em agosto eu já começo a fazer isso independente né, ele já se tornam totalmente independentes.”*

P.12: *“quando todos terminam a gente retorna pra sala eles se enxugam e vão vestir a roupa deles porque no início do ano quando eles não sabiam a gente ainda ia de um por um ajudar, mas da metade do ano pra cá, eles já sabem vestir aí eles vão direto à roupa deles e já vestem eles próprios a roupa deles.”*

Um dos resultados da pesquisa de Bondioli (2004) propõe justamente a execução de uma rotina, por considerar que a rotina pode orientar as ações das

crianças, assim como dos professores, possibilitando a antecipação das situações que irão acontecer.

Dentre os hábitos de higiene associados à rotina diária surgiram práticas como a higiene das mãos e dos alimentos, que são um dos pontos centrais das orientações quanto à promoção e prevenção em saúde na creche.

P.02: *“no dia-a-dia aqui quando a gente vai lanchar lava as mãos e depois escova os dentes se vai comer uma fruta a gente pergunta às vezes traz de casa a fruta né, às vezes a gente tem a fruta aqui se a fruta já foi lavada¹ entendeu e dessa forma.”*

P.17: *“Através do dialogo e através de demonstrações tanto na hora do banho após as refeições na orientação não deixa cair no chão não pode comer comida do chão caiu uma bolacha não pode comer pegar do chão.”*

P.05: *“todo dia tem essa conversa orientando eles pra eles aprenderem na pratica mesmo na rotina⁵ da escovação dos dentes lavagem das maos a hora de se alimentar pegar os alimentos com a colher isso todos os dias e falado.”*

O ponto positivo deste aprendizado é a consequente adoção dos hábitos de higiene por parte das crianças, fato este que se estende ao domicílio ou a qualquer ambiente onde as crianças estejam. Segundo os professores, as crianças passam a fazer sua própria higiene e a ter consciência dos hábitos preventivos em saúde.

P.09: *“por exemplo e escova de escovar os pés olha essa aqui e a ⁷escova de lavar a sandalinha, mas essa aqui e a escova de escovar as unhas diferente da escova de escovar os dentes.”*

P.11: *“quando vem ao banheiro à gente eu já estou com o meu material com as escovinhas deles e o creme dental que eles escovam o dente¹¹ enxugam a mão, lavam a mão, lavam a boquinha e depois pra ir pra sala.”*

P.14: *“geralmente no início do ano a gente começa a fazer os projetos né, trabalhar com eles os projetos sobre a higiene corporal a higiene corporal também e desenvolvido no dia-a-dia deles né.”*

P.18: *“e eles mesmo já sabem desse processo todo e em casa eles já pedem para a mãe cortar as unhas.”*

P.22: *“quando a gente esta trabalhando o projeto¹⁷ que envolve dengue a gente sai coletando o que pode coletar agua aqui dentro mesmo da unidade, a gente tenta trabalhar aqui a escola como se fosse a casa deles mesmo.”*

Dentre os resultados do estudo de Pereira (2014), em sua observação o mesmo avaliou as crianças de 3 anos da creche estudada como autônomas para as atividades de higiene e alimentação, necessitando apenas de pequenas ajudas como apertar botões, ajuda no final da sopa, ou estímulo para o término da refeição.

Este eixo e suas classes revelaram a importância das rotinas diárias na creche, e a forma como as práticas preventivas e promotoras em saúde estão inseridas nesta rotina. Ele permitiu ter uma visão geral de como as crenças e as práticas dos docentes se traduzem nesta rotina diária na forma de intervenção direta com as crianças para a promoção e prevenção em saúde.

Devido à necessidade de compreender a relação entre as crenças e as práticas discutidas nestes dois últimos capítulos, será apresentada a seção a seguir, que reunirá esta discussão mostrando as similaridades existentes entre as classes e entre os capítulos assim como as distâncias entre eles.

6.4 Relações entre as crenças e as práticas em promoção e prevenção em saúde na educação infantil nas creches municipais em Santarém, Pará.

Este estudo apresentou as crenças e as práticas dos professores da educação infantil sobre a promoção e prevenção em saúde. Para efeito deste estudo foi adotado o conceito de promoção da saúde descrito por Sutherland & Fulton (1992) ligado ao papel protagônico dos fatores determinantes gerais sobre as condições de saúde, uma vez que a saúde (ou o adoecimento) é produto de um amplo espectro de fatores relacionados com a qualidade de vida, incluindo um padrão adequado de alimentação e nutrição, de habitação e saneamento, condições adequadas de trabalho e renda, oportunidades de educação ao longo de toda a vida, ambiente físico limpo, apoio social para famílias e indivíduos, estilo de vida responsável e um espectro adequado de cuidados de saúde. O conceito de *prevenção* adotado por este estudo foi o definido por Leavell & Clarck (1976, p. 17), como “ação antecipada, baseada no conhecimento da história natural a fim de tornar improvável o progresso posterior da doença”.

A partir dessas definições é possível compreender que as crenças e práticas de promoção e prevenção em saúde estiveram presentes nos diversos discursos dos professores entrevistados. Eles revelaram em seus discursos a forma como compreendem os conceitos acima, estando estes baseados na formação, nas experiências vivenciadas, na observação, no julgamento, e na percepção. Não foi

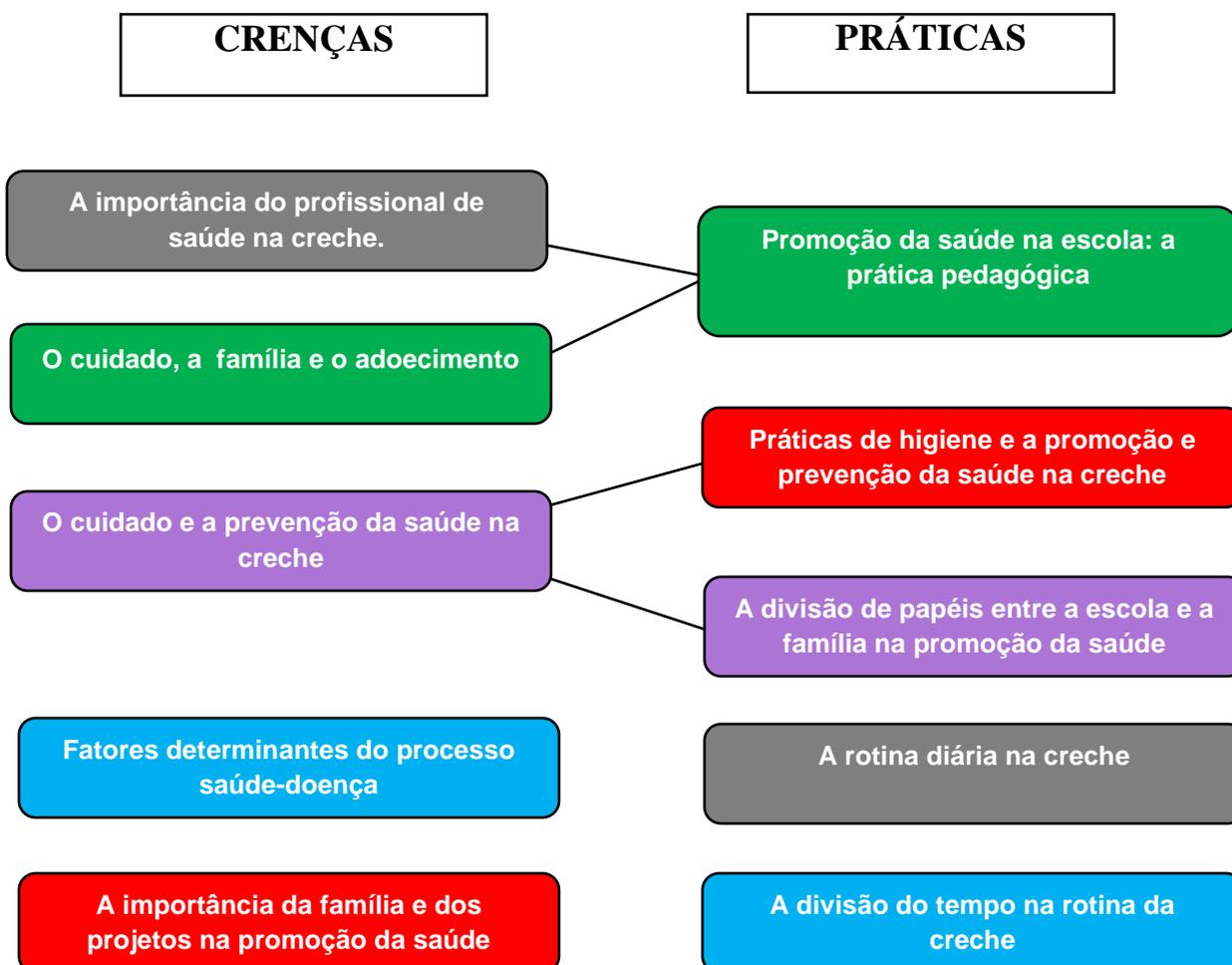
Práticas docentes de promoção e prevenção em saúde na creche: resultados e discussão

evidenciado nas respostas o conceito explícito, mas sim a forma como os docentes compreendem e executam as ações de promoção e prevenção em saúde.

A análise dos dois capítulos gerou muitas similaridades e complementaridades nos resultados, o que leva a inferir que as crenças estão relacionadas às práticas e essas crenças interferem nas práticas quotidianas desses professores, fato evidenciado teoricamente por Pajares (1992) quando afirmou que as crenças do professor influenciam suas percepções e julgamentos, os quais, por sua vez, afetam seu comportamento na sala de aula, podendo influenciar nos métodos de trabalhar os conteúdos e na forma de avaliação dos alunos.

Na figura abaixo estão representadas as relações encontradas nesse estudo empírico, entre as crenças e as práticas, mediante a fala dos participantes dessa pesquisa.

Figura 24 – Relações Gerais entre crenças e práticas docentes



Fonte: elaborada pela autora a partir da análise dos dados gerados pelo Iramuteq

Observa-se mediante a figura que das cinco classes de Crenças geradas pelo Iramuteq, três delas estiveram relacionadas às classes de Práticas, sendo que a classe de Crença “O cuidado e a prevenção em saúde na creche”, esteve relacionada a duas diferentes classes de práticas.

Os conteúdos das classes “A importância da família e dos projetos na promoção da saúde” e “Determinantes do processo saúde-doença” não se repetiram ou tiveram similaridades nas classes de práticas, assim como as classes de práticas “A rotina diária na creche e a divisão do tempo na rotina diária na creche” também não tiveram relação com as classes de crenças. Na sequência é detalhada a natureza da relação entre as classes, especificando-se suas similaridades.

Os conteúdos presentes na classe “O cuidado e a prevenção em saúde na creche” mostram a relação dessa crença com as práticas, uma vez que para os professores enunciaram que a promoção e a prevenção em saúde se faz mediante o ensino de práticas de higiene. Os professores relataram que durante as práticas de cuidado buscaram estimular o aprendizado das crianças sobre prevenção e higiene. Eles acreditaram que a higiene das crianças é fator influente na sua saúde.

Essa ideia é retomada mais tarde nos resultados relativos às práticas, na classe **Práticas de higiene e a promoção e prevenção em saúde na creche**, mostrando que estas estão coadunadas com as crenças. Nesta classe o banho foi abordado pelos professores, tanto sob o aspecto prático da sua execução, como da oportunidade de aprendizado, que está implícita neste momento. A relação entre estas crenças e práticas pode ser observada na figura abaixo:

FIGURA 25 – Relação entre crenças e práticas



Fonte: elaborada pela autora a partir dos dendogramas gerados pelo Iramuteq.

Esses dados relativos à relação observada empiricamente entre as crenças e as práticas é encontrado na literatura. Cardoso, Reis & Iervolino, realizaram em 2008, um estudo com 22 professores de Araquari, intitulado Escolas Promotoras de Saúde, cujos resultados corroboram os apresentados aqui. Os autores observaram que metade dos professores relacionava a saúde exclusivamente com hábitos de higiene física, e 40% com o repasse de informações sobre higiene física. Sendo assim, 91% dos professores relacionam a educação em saúde com higiene física, prática essa identificada no século passado, quando o foco de trabalho em saúde eram as ações higienistas.

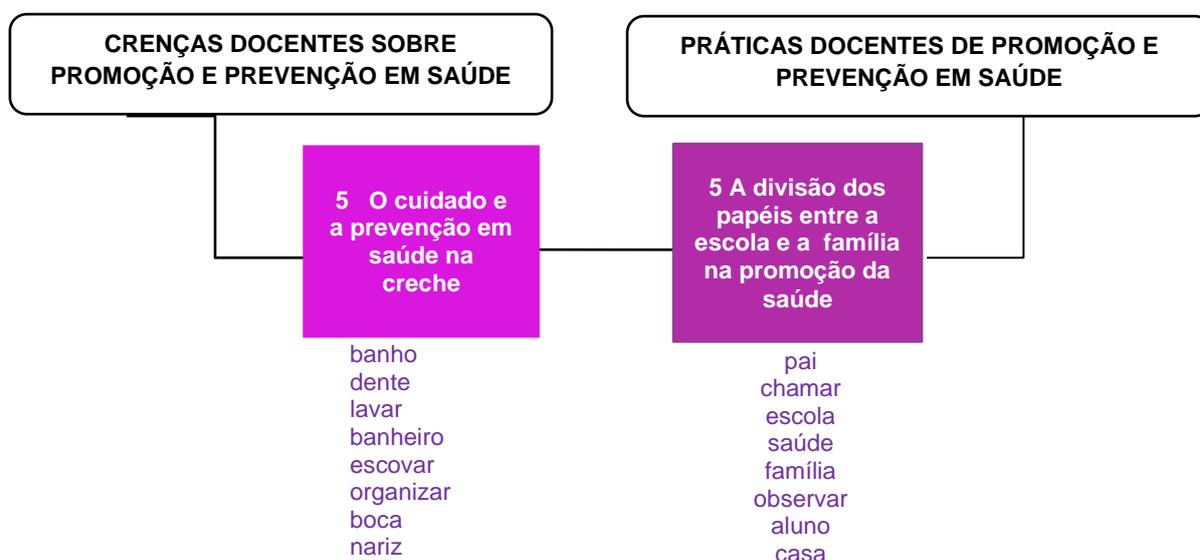
Outra ideia que permeou simultaneamente as crenças e as práticas dos docentes pesquisados foi o papel dos pais no cuidado e na promoção da saúde de seus filhos. Na classe **O cuidado e a prevenção em saúde na creche** da seção de crenças surgiu nos discursos de professores que afirmaram que os pais deveriam ser mais responsáveis pelos cuidados de saúde dos filhos, o que nem sempre ocorre segundo estes docentes. Os professores relataram que muitos destes cuidados são realizados somente na escola, afirmando que muitos pais não se preocupam com a higiene dos filhos.

Na seção de práticas esta ideia surgiu na classe **A divisão dos papéis entre a escola e a família na promoção da saúde** do eixo 2 que revelou que as

Práticas docentes de promoção e prevenção em saúde na creche: resultados e discussão

práticas quanto à promoção e prevenção em saúde na creche, são realizadas numa divisão de tarefas que envolve não só os atores da escola, mas se estende também às famílias, envolvendo os pais e responsáveis neste processo. Nesta classe os professores relataram que realizam práticas de cuidado que seriam função dos pais, e queixam-se da ausência destes na prestação de alguns cuidados. Esta relação apresenta-se esquematizada na figura abaixo.

FIGURA 26 – Relação entre crenças e práticas



Fonte: elaborada pela autora a partir dos dendogramas gerados pelo Iramuteq

No entanto, ressalta-se que houve discordâncias nesta visão por parte de alguns professores que acreditaram ser responsáveis também por permitir que os pais executem melhor este papel. Estes docentes relataram a necessidade de um trabalho pedagógico dos professores para com estes, quando relataram que muitos pais não têm conhecimento suficiente ou não possuem os hábitos corretos de higiene em casa para repasse às crianças.

Cabe retomar os resultados do estudo de Guarienti et al.(2009) que concluíram que:

A criança adquire seu próprio hábito de escovação e do uso do fio dental através da observação direta e cópia do comportamento da mãe, sendo que esta, muitas vezes repete o que aprendeu com seus pais, que possivelmente não tiveram orientação quanto à higiene bucal. (GUARIENTI ET AL, 2009).

Práticas docentes de promoção e prevenção em saúde na creche: resultados e discussão

Em alguns momentos os professores refletiram a própria formação, como deficiente para a temática saúde, e perceberam vantagens e desvantagens na conjugação das práticas de assistência e ensino, na mesma instituição.

Esta ideia está presente Na Classe **O cuidado, a família e o adoecimento** do capítulo de crenças observando-se nos discursos que o cuidado diário é realizado pelos professores, já inserindo as crianças no ato de cuidar, num estímulo ao auto-cuidado e independência. No eixo 2 do capítulo de *práticas*, na Classe **Promoção da saúde na escola: a prática pedagógica**, encontrou-se similaridade com estas crenças, onde os professores afirmaram acreditar na prática e na rotina diária como forma de ensinar.

Marcou-se aqui novamente, a diferença das crenças do papel depositário das creches, em que se limitava às ações de cuidado, com a concepção atual de educação inserida na rotina das creches.

A figura a seguir representa a relação entre estas duas classes:

FIGURA 27 – Relação entre crenças e práticas



Fonte: elaborada pela autora a partir dos dendogramas gerados pelo Iramuteq

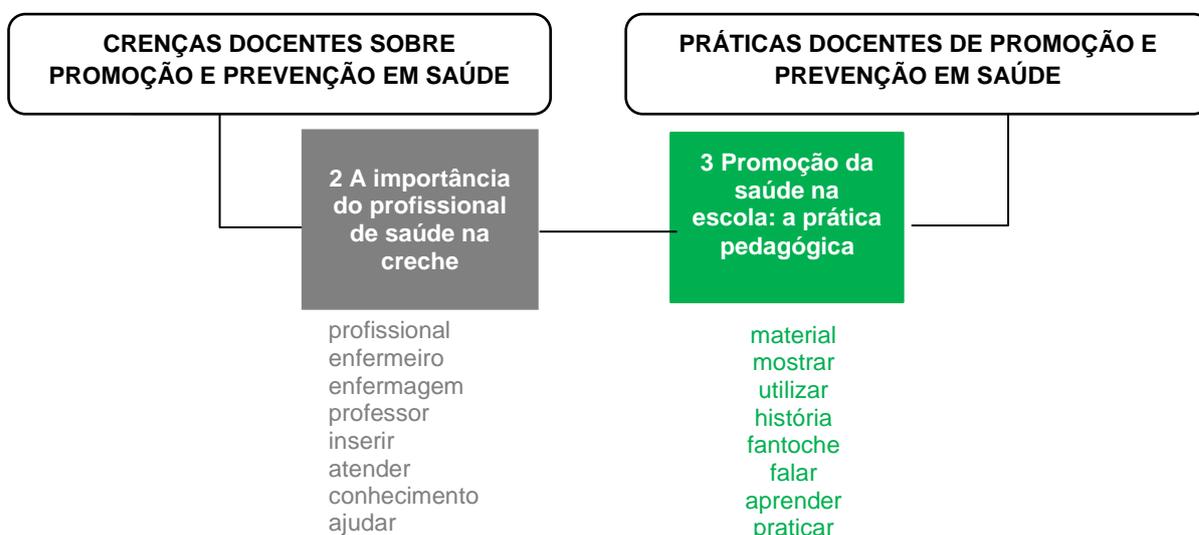
Neste sentido percebe-se a importância da conjugação de ambas as ações no âmbito das creches, sendo esta inclusive a orientação dos vários documentos atuais que regulamentam a educação infantil, assim como de alguns estudos de campo, como é o caso de Didonet (2001), que concluiu nas considerações de seu

estudo que a creche deve objetivar-se em práticas de cuidado, devendo ter uma prática integradora requerida pelas funções do cuidar e do educar.

Outra crença que se revelou nas práticas dos docentes pesquisados foi a divisão da tarefa de ensinar saúde com profissionais da área. As crenças docentes quanto a esta ação, na classe **A importância do profissional de saúde na creche**, estão assentadas no fato de que associam a temática saúde diretamente ao adoecimento, necessitando de intervenção profissional, e não apenas de prevenção, mas também nas situações de possíveis emergências ou pequenos incidentes com as crianças.

Os discursos do segundo Eixo do capítulo de práticas revelaram na classe **Promoção da saúde na escola: a prática pedagógica** as práticas realizadas em parceria com profissionais ou outras instituições para enriquecer as práticas de promoção da saúde na escola através da interação com as próprias crianças e capacitação dos docentes, não sendo atribuída esta responsabilidade exclusivamente à UMEI.

FIGURA 28 – Relação entre crenças e práticas



Fonte: elaborada pela autora a partir dos dendogramas gerados pelo Iramuteq

Em se tratando da comparação entre os resultados empíricos desse trabalho e os resultados obtidos mediante o Estado da Arte realizado no referencial teórico, observou-se que os estudos revisados estão concentrados predominantemente em torno de dois grandes grupos de crenças que são complementares.

O primeiro grupo referiu-se à ausência de responsabilidade quanto à promoção da saúde infantil pelos professores e a resistência relacionada à avaliação do seu trabalho (ARAGÃO et al., 2010; DAVANÇO et al., 2004; KOMARSSON et al., 2008; LONGO-SILVA, 2013; MARANHÃO, 2000; TEIXEIRA-PALOMBO & FUJIMORI, 2006).

Apesar desta realidade na literatura, os resultados deste estudo mostraram que os professores executam em muitos momentos estas práticas, não se eximindo da responsabilidade de promover a saúde de suas crianças, apesar de serem ainda práticas incipientes ou inconscientemente executadas.

O segundo grupo de crenças encontrado na literatura mostra a prevalência do conhecimento empírico ou do senso comum na tomada de decisões por estes profissionais, evidenciando a forte relação das crenças com suas práticas e ressaltando a necessidade do trabalho conjunto entre a saúde e a educação e a capacitação do professor na promoção e prevenção em saúde infantil (CARDOSO &

IERVOLINO, 2008; MENDONÇA & LEMOS, 2011; VIEIRA et al., 2009; ARAGÃO et al., 2010; KOMARSSON et al., 2008; LONGO-SILVA, 2013; SANTOS et al. ,2009).

Apesar de algumas literaturas indicarem uma contradição entre práticas e crenças no cotidiano da creche (Becker et al, 2013) pode-se inferir nos resultados deste estudo que os discursos dos docentes pesquisados mantêm uma linha lógica de ideação quando se trata das crenças e das práticas, levando à conclusão de que uma está diretamente ligada a outra subsidiando-a ou complementando sua construção.

A seguir serão apresentadas as considerações finais deste estudo, buscando fazer reflexões acerca do mesmo além de projeções futuras de pesquisa.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta seção apresenta as considerações finais do estudo através do resgate dos objetivos e em diálogo com os resultados encontrados, assim como apresenta as contribuições e limitações do estudo.

O caminho percorrido, mediante a revisão da literatura e a análise dos discursos dos participantes, possibilitou alcançar o objetivo principal deste estudo, que foi **investigar as crenças e as práticas docentes sobre promoção e prevenção em saúde na Educação Infantil, a partir do relato de professores pertencentes à rede municipal de Educação Infantil em Santarém, Pará.**

Com base no primeiro objetivo específico **averiguar o que os professores participantes conhecem sobre promoção e prevenção em saúde**, foi possível verificar certo domínio dos fatores determinantes do processo saúde-doença uma vez que, em seus discursos, os docentes relacionaram o adoecimento com o ambiente e as bactérias, assim como a saúde com a alimentação saudável e os hábitos de higiene. Apesar de demonstrar o conhecimento básico, os professores demonstraram insegurança em praticar promoção e prevenção em saúde por não ter havido formação específica para o tema. Neste sentido evidenciou-se nos discursos a necessidade urgente de capacitação acerca da promoção e prevenção em saúde e sua aplicabilidade prática na rotina diária das escolas.

Em relação ao segundo objetivo **identificar as crenças sobre promoção e prevenção em saúde na educação infantil**, pode-se verificar que os professores entrevistados apresentam crenças assentadas nas experiências pessoais e do dia-a-dia na creche, ressaltando tanto a necessidade do trabalho de parceria entre a saúde e a educação como o anseio por capacitação do professor na promoção e prevenção em saúde infantil uma vez que acreditam não estar plenamente preparados para desempenhar este papel.

No que concerne ao terceiro objetivo **analisar os relatos dos participantes sobre as práticas de promoção e prevenção em saúde na educação infantil**, os discursos revelaram que estas práticas são executadas de maneira coerente com os conhecimentos científicos vigentes, assim como têm embasamento na observação das necessidades das crianças, apesar de serem incipientes, sofrerem influencias

Considerações Finais

externas limitadoras ou ainda serem inconscientemente executadas em boa parte dos casos.

Considerando o quarto objetivo **averiguar as relações entre as crenças e os relatos das práticas docentes sobre promoção e prevenção em saúde no contexto da educação infantil** evidenciou-se uma forte relação, uma vez que os professores relataram muitas crenças embasadas nas suas experiências pessoais assim como no aprendizado desenvolvido na rotina diária da creche, ora considerando os conhecimentos empíricos ou científicos que as embasam, e ora refletindo ações práticas com as crianças.

7.1 Limitações da pesquisa

Considerando a abrangência do tema abordado neste estudo sobre as crenças e práticas docentes quanto à promoção e prevenção em saúde, aliado a subjetividade das crenças do professor, e não menos importante, mas fortemente determinante, o tempo disponibilizado para realizar o estudo, verificou-se neste processo algumas limitações.

Dentre estas limitações destaca-se o número elevado de docentes na rede municipal, sendo necessária a opção por pesquisar apenas 10 UMEIs, reduzindo assim o número de sujeitos que compuseram amostra representativa que compôs este estudo.

Ainda com relação aos docentes, esta pesquisa sofreu influências da falta de disponibilidade de horário da maioria dos docentes, uma vez que estes possuem mais de um vínculo empregatício. Neste sentido, houve dificuldades no agendamento das entrevistas, o que levou à execução destas em sua maioria no intervalo de almoço, durante o sono das crianças.

Além disto, a coleta de dados foi interrompida em dezembro de 2015 por ocasião do encerramento do ano letivo, sendo retomada apenas em fevereiro do corrente ano, por ocasião do reinício das aulas.

Apesar destas limitações, o estudo proporcionou lançar novos olhares sobre a promoção da saúde na educação infantil e possibilita a construção de novos caminhos de pesquisa. Neste sentido apresenta-se a seguir as contribuições deste estudo e suas aplicabilidades.

7.2 Contribuições do estudo e aplicabilidades

Espera-se que este estudo contribua em três âmbitos: a) no âmbito acadêmico, que ele provoque mais questões de pesquisa em saúde na Educação Infantil; b) no âmbito profissional, que ele promova a reflexão dos professores para a implementação das ações de promoção e prevenção em saúde na rotina diária das creches; c) no âmbito social, que a partir da reflexão dos docentes gerada pela pesquisa assim como a partir da devolutiva que será realizada aos docentes, possa fortalecer a promoção e prevenção em saúde na escola refletindo em melhores condições de saúde das crianças e índices menores de adoecimento por causas evitáveis; e d) no âmbito político, que essa dissertação possa ser utilizada como insumo na formulação dos Planos de Educação, garantindo às crianças o direito à saúde.

Nesse último âmbito, ressalta-se que compete ao poder municipal em parceria com outras instâncias, pensar uma política de reestruturação, implementação e educação permanente na construção de espaços que permitam o adequado desenvolvimento das crianças de 0 até 3 anos. Para isso, espera-se contribuir para que o poder público Municipal, de posse deste relatório, atue de forma integrada, constituindo as bases para a democratização do acesso aos serviços públicos que devem ser de qualidade, para todas as crianças santarenses, incluindo além da educação, o direito à saúde, lazer e segurança, a formação de professores e implementação das ações de promoção e prevenção em saúde na rotina diária das creches assim como nos seus Planos de Educação.

7.3 Possibilidades de pesquisas futuras

Chegando ao final desta pesquisa, restou o anseio de que ainda há muito o que se investigar em torno da temática da saúde na educação infantil em Santarém. Neste sentido pretende-se dar continuidade às pesquisas na presente temática, em cursos de formação e/ou projetos futuros de pesquisa.

Considerações Finais

Uma importante possibilidade de pesquisa futura identificada a partir da realização deste estudo foi a investigação em torno da formação inicial e continuada destes professores, avaliando de que forma ela contribuiu teoricamente na construção das crenças docentes sobre a promoção e prevenção em saúde aqui apresentadas.

Outra pesquisa que seria interessante seria correlacionar estas crenças com as variáveis sociodemográficas, identificando assim possíveis influências sociais, econômicas e até mesmo familiares dos docentes nas suas crenças. Uma vez que as crenças são construídas também com base nas experiências vivenciadas, o fato de ter tido filhos, criado irmãos ou de ter sido aluno possivelmente contribuiu na formação destas crenças docentes.

Também considera-se interessante futuramente avaliar as práticas relatadas pelos docentes em relação à Proposta Pedagógica elaborada pela Secretaria Municipal de Educação e o Projeto Político Pedagógico da Instituição. Esta pesquisa, composta por observação e entrevistas, forneceria subsídios fortes para identificar o cumprimento do Projeto pedagógico nas UMEIS de Santarém, assim como possibilitaria a reflexão de sua estrutura com a identificação de práticas já executadas e que estão ausentes do documento.

7.4 Finalizando

A abordagem da saúde na escola além de refletir nos indicadores que contribuem para o crescimento e desenvolvimento saudável nesses espaços, ao mesmo tempo, constitui modelos para as crianças aprenderem e incorporarem estilos e modos de vida saudáveis que ultrapassam os muros institucionais.

A função de educador é de conduzir o indivíduo sem prejuízo de sua iniciativa e liberdade, porém, observou-se na revisão teórica que as crenças dos docentes podem influenciar na forma como estes atuam na sua prática pedagógica, sendo fortemente incorporadas a sua forma de trabalho e prestação do cuidado para com as crianças da educação infantil.

Dessa maneira, é imprescindível que a efetivação da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, das Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação Infantil-DCNEIs, o cumprimento do Estatuto da Criança e do Adolescente, façam parte das políticas de atenção à infância no Município de Santarém.

Considerações Finais

Entende-se, portanto, que é de grande importância investir na formação e treinamento dos professores de modo que ao qualificá-los, há uma tendência em aprimorar as ações e assim possibilitar a promoção e prevenção em saúde no âmbito das UMEIS, fortalecendo e garantindo os direitos integrais da criança.

A importância de se pesquisar a promoção da saúde das crianças como uma responsabilidade das instituições educativas em parceria com familiares e serviços de saúde, deve considerar o fato de que é impossível cuidar e educar crianças sem influenciar as práticas sociais relativas à manutenção e recuperação da saúde e do bem-estar infantil, ou sem ser influenciado por estas práticas.

Neste sentido encerra-se esta seção com o texto de Madre Teresa de Calcutá.

Ensinarás a voar...
Mas não voarão o teu voo.
Ensinarás a sonhar...
Mas não sonharão o teu sonho.
Ensinarás a viver...
Mas não viverão a tua vida.
Ensinarás a cantar...
Mas não cantarão a tua canção.
Ensinarás a pensar...
Mas não pensarão como tu.
Porém, saberás que cada vez que voem, sonhem, vivam, cantem e
pensem...
Estará a semente do caminho ensinado e aprendido!
(Madre Teresa de Calcutá)

5 REFERÊNCIAS

- ABELSON, R. P. Differences between belief and knowledge systems. **Cognitive science**, Québec. v. 3, n. 4, p. 355-366, 1979.
- ABRASCO. Qualidade de vida e saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro. v. 5, n. 1, p. 7-18, 2000.
- ANS. **Promoção da Saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar: manual técnico**. Agência Nacional de Saúde Suplementar. 2. ed. Rio de Janeiro: ANS, 2007.
- ARAGÃO, A. K. R.; SOUSA, P. G.B.; FERREIRA, J.M.S.; DUARTE, R. C.; MENEZES, V. A. Conhecimento de professores das creches municipais de João Pessoa sobre Saúde Bucal Infantil. **Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada**, João Pessoa. v. 10, n. 3, p. 393-398, set/dez 2010.
- ARIÈS, P. **História Social da criança e da família**. 2. ed. Rio de Janeiro: Zahar Editora, 1981.
- ASSAO, T. Y.; CERVATO-MANCUSO, A. M. Alimentação saudável: percepções dos educadores de instituições infantis. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**, São Paulo. v. 18, n. 2, p. 126-134, 2008.
- ASSAO, T.Y. & CERVATO-MANCUSO, A.M.C. Alimentação Saudável: percepções dos educadores de instituições infantis. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**, São Paulo. v. 18, n. 2, p.126-134, 2008.
- BARCELOS, A. M. F. **Cognição de professores e alunos: tendências recentes na pesquisa de crenças sobre ensino e aprendizagem de línguas**. In: BARCELOS, A. M. F.; VIEIRA-ABRAHÃO, M. H. (Org.). Crenças e ensino de línguas: foco no professor, no aluno e na formação de professores. Campinas: Pontes, 2006. p. 15-41.
- BARCELOS, A. M. Reflexões acerca da mudança de crenças sobre ensino e aprendizagem de línguas. **Revista Brasileira de Linguística Aplicada**, Belo Horizonte , v. 7, n. 2, p. 109-138, 2007 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext &pid=S1984-63982007000200006&lng=en&nrm=iso>. Acessado em: 21 Set. 2015.
- BECKER, S. M. S.; BERNARDI, D.; MARTINS, G. D. F. Práticas e Crenças de educadoras de Berçário sobre cuidado. **Psicologia em estudo**, Maringá. v. 18, n. 3, p. 551-560, jul/set 2013.
- BECKER, S. M. S.; BERNARDI, D.; MARTINS, G. D. Forno. Práticas E Crenças De Educadoras De Berçário Sobre Cuidado. **Psicologia em Estudo**, Maringá. v. 18, n. 3, p. 551-560, jul/set 2013.
- BIRCH, L.L. Effects of peer models' food choices and eating behaviors on preschoolers food preferences. **Child Development**, Albany. v. 51, n. 2, p. 489-496, 1980.

Referências

- BONDIOLI, Anna (Ed.). **O tempo no cotidiano infantil: perspectivas de pesquisa e estudo de casos**. Cortez, 2004.
- BRASIL. **Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação Infantil**. Resolução Nº 05 de 17 de Dezembro de 2009.
- BRASIL. **Escolas Promotoras de Saúde: experiências do Brasil**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006a.
- BRASIL; BRASIL. **Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990: Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências**. Diário Oficial da União, 1990.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988**. Fábio Ribeiro, 1988.
- BRASIL. LDB. Lei 9394/96. **Diretrizes e Bases da Educação Nacional**. Disponível em: <http://www.mec.gov.br/legis/pdf/LDB.pdf>. Acessado em: 21 Set 2015.
- BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Básica. **Política Nacional de Educação Infantil: pelo direito das crianças de zero a seis anos à Educação**. Brasília: MEC/SEB, 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde e PNUD, 2001. 108 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Instrutivo PSE. **Passo a passo PSE Programa Saúde na Escola - Tecendo caminhos da intersetorialidade**. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde/ Ministério da Educação. **Portaria interministerial nº 1.010 de 8 de maio de 2006** [homepage na internet]. Brasília; 2006b. Disponível em URL: http://dtr2004.saude.gov.br/sas/legislacao/portaria1010_08_05_06.pdf [2007]. Acessado em: Maio 2015.
- BRASIL. **Parâmetros curriculares nacionais** : introdução aos parâmetros curriculares nacionais / Secretaria de. Educação Fundamental. – Brasília : MEC/SEF, 1997.
- BRASIL. Plano Nacional de Educação 2014-2024 [recurso eletrônico]: Lei nº 13.005, de 25 de junho de 2014, que aprova o Plano Nacional de Educação (PNE) e dá outras providências. Brasília: Edições Câmara, 2014.
- BRASIL. **Referencial Curricular Nacional para a Educação Infantil**. Brasília: MEC/SEF, 1998.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde na escola** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde na escola** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília : Ministério da Saúde, 2009.

BRICEÑO-LÉON, R. Siete tesis sobre la educación sanitaria para la participación comunitária. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro. v. 12, n. 1. p. 7-30, jan/mar 1996.

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

CAMARGO, B.V.; JUSTO, A.M. **Tutorial para uso do software de análise textual IRAMUTEQ**. 2013, Santa Catarina. Laboratório de Psicologia Social da Comunicação e Cognição, Universidade Federal de Santa Catarina. Disponível em: <http://www.iramuteq.org/documentation/fichiers/tutoriel-en-portugais>. Acesso em 21 set 2015.

CARDOSO, V.; REIS, A. P.; IERVOLINO, S. A. **Escolas Promotoras de Saúde**. *Revista Brasileira de Crescimento Desenvolvimento Humano*, São Paulo. v. 18, n. 2, p. 107-115, 2008.

CHARLOT, B. A idéia de infância. In: _____. **A mistificação pedagógica**. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1979.

CZERESNIA, D. **Ações de promoção à saúde e prevenção de doenças: o papel da ANS**. Fórum de Saúde Suplementar, 2003. Disponível em: [http://www.bvsde.paho.org/cgi-bin/wxis.exe/iah/?IsisScript=iah/iah.xis&base=Textos_Completos&lang=e&nextAction=Ink&backPage=/sde/ops-sde/bvsde/e/textoscompletos.php&label=todo_BVSDE&exprSearch=tc/\(916\)*\(CZERESNIA\)](http://www.bvsde.paho.org/cgi-bin/wxis.exe/iah/?IsisScript=iah/iah.xis&base=Textos_Completos&lang=e&nextAction=Ink&backPage=/sde/ops-sde/bvsde/e/textoscompletos.php&label=todo_BVSDE&exprSearch=tc/(916)*(CZERESNIA)) . Acesso em: 13 de maio de 2015.

DAVANÇO, G. M.; TADDEI, J. A. A. C.; GAGLIANONE, C. P. Conhecimentos, atitudes e práticas de professores de ciclo básico, expostos e não expostos a curso de educação nutricional. **Revista de Nutrição**, Campinas. v. 17, n. 2, p. 177-184, abr/jun, 2004.

DE ESTON ARMOND, J.; TEMPORINI, E. R. Crenças sobre saúde ocular entre professores do sistema público de ensino do Município de São Paulo, SP-Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo. v. 34, n. 1, p. 9-14, fev 2000.

DEWEY, J. **How we think: A restatement of the relation of reflective thinking to the educational process**. Lexington, MA: Heath, 1933.

DIDONET, V. Creche a que veio... para onde vai... In: DIDONET, Vital (org). **Em Aberto – Educação Infantil: a creche, um bom começo**. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais, Brasília. v.18, n. 73, p. 11-27, 2001.

FANG, Z. A review of research on teacher beliefs and practices. **Educational Research**, v. 38, n. 1, p. 47-65, 1996.

Referências

- FARHA, F. P. **Programa de prevenção em saúde bucal em creche da cidade de Campinas: estudo da técnica de escovação**. Campinas, SP: Tese de Doutorado. Universidade Estadual de Campinas, 2013.
- FARIAS, G. O.; NASCIMENTO, J.V.; GRAÇA, A.; BATISTA, A.M.F. Crenças e expectativas constituídas ao longo da carreira docente em educação física. **Revista de Educação Física da UEM**, Maringá. v. 22, n. 4, p. 497-509, Dez 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext &pid=S1983-30832011000400002&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-30832011000400002&lng=en&nrm=iso)>. Acessado em 21 Set. 2015.
- FERNANDES, M. H.; ROCHA, V. M.; SOUZA, D. B. A concepção sobre saúde do escolar entre professores do ensino fundamental (1ª a 4ª séries). **História, Ciências, Saúde**, Manguinhos. v. 12, n. 2, p. 283-91, maio/ago. 2005.
- FLACH, F. **Educação infantil: a educação e o cuidado enquanto espaços de subjetivação**. In: FORMACAO DE PROFISSIONAIS E A CRIANCA-SUJEITO, 7., 2008, São Paulo. **Proceedings online...** Disponível em: <http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=MSC0000000032008000100034&lng=en&nrm=abn>. Acessado em 21 Set. 2015.
- GASKELL, G.A. **Entrevistas individuais e grupais**. In: Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático. Petrópolis: Vozes, 2012. p. 64-89.
- GONÇALVES, Fernanda Denardin et al. **A promoção da saúde na educação infantil**. Interface-Comunicação, Saúde, Educação, v. 12, n. 24, p. 181-192, 2008.
- GUERRA, V. **La violencia del cuidado del bebe y el placer da la subjetivación em el jardin de infantes**. In: Jornada de educación inicial y psicoanálisis. “Crecer com outros”. APU, 2010.
- GUIMARÃES, L. **Os fazeres na educação infantil**. São Paulo: Carochinha, 2000.
- HENDY H.M.; RAUDENBUSH, B. **Effectiveness of teacher modeling to encourage food acceptance in preschool children**. **Appetite Journal**, Amsterdam. v. 34, n. 1, p. 61-76, 2000.
- 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. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte. v. 12, n. 1, p. 92-98, jan/mar, 2008.
- KRAMER, S. Formação de profissionais de educação infantil: questões e tensões. In: MACHADO, M. L. A. (org.). **Encontros e desencontros em educação infantil**. São Paulo: Cortez Editora, 2002.
- KUHLMANN, M. Histórias da educação infantil brasileira. **Revista Brasileira de Educação**, São Paulo. n. 14, p. 5-17, mai/ago 2000.
- LABURÚ, C.; PASSOS, A. Q.; GRACIANO, N. Multimodos de representação em atividades sobre higiene para a educação infantil. **Experiências em Ensino de**

Referências

Ciências, Londrina. v. 5, n. 3, p.103-114, 2010.

LEAVELL H.R.; CLARK E.G. **Medicina Preventiva**. Rio de Janeiro: McGraw-hill do Brasil, 1976.

LEONELLO, V. M.; L'ABBATE, S. Health education in schools: an approach based on the curriculum and perception of undergraduate education students. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, São Paulo. v.10, n.19, p.149-66, jan/jun 2006.

LONGO-SILVA, G.; TADDEI, J. A. A. C. Percepções de educadores de creches acerca de práticas cotidianas na alimentação de lactentes: impacto de um treinamento. **Ciência e Saúde Coletiva**, Manguinhos. v. 18, n. 2, p. 545-552, 2013.

LORTIE, D. C. **School teacher: A sociological inquiry**. 1ª ed. Chicago: University of Chicago Press, 1975.

LUMPE, A. T.; HANEY, J. J.; CZERNIAK, C.M. Assessing teachers' beliefs about their science teaching context. **Journal of Research in Science Teaching**, Atlantic City. v. 37, n. 3,p. 275-92, mar 2000.

MARANHÃO, D. G. **O Cuidado como elo Entre a Saúde e a Educação: Um Estudo de Caso no Berçário de uma Creche**. São Paulo, SP: Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de São Paulo,1998.

MARANHÃO, D. G. O cuidado como elo entre saúde e educação. **Cadernos de Pesquisa**, São Paulo. v. 111, p. 115-133, 2000.

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

MARINS, S. S.; REZENDE, M. A. Percepção dos educadores infantis quanto ao processo de alteração de peso em pré-escolares. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte. v. 17, n. 3, p. 577-585, jul/set 2013.

MEC. **Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação Infantil**. Resolução Nº 05 de 17 de Dezembro de 2009.

MEC (Ministério da Educação e do Desporto). **LDB. Aspectos Relevantes para a Educação Infantil** (Lei 9.394 de 20 de dezembro de 1996). Brasília: Ministério da Educação e do Desporto, 1996.

MEC (Ministério da Educação e do Desporto). **Por uma Política de Formação do Profissional de Educação Infantil**. Brasília: MEC, 1994.

MENDONÇA, J. E.; LEMOS, S. M. A. Promoção da saúde e ações fonoaudiológicas em educação infantil. **Revista CEFAC**, São Paulo. v. 13, n. 6, p. 1017-1030, nov/dez 2011.

MOUFARDA, Cheila Mónica Gonçalves. **A importância e o impacto das rotinas na creche e no jardim de infância**. 2014. Tese de Doutorado.

Referências

- NERY, H. B.; LIMA, K.M.; RIBEIRO, N.M.A.; VICTOR, J.F.; XIMENES, L.B . **O ambiente físico da creche influenciando o processo saúde-doença na primeira infância**. Fortaleza, 2004. Disponível em: <http://apps.cofen.gov.br/cbcentf/sistemainscricoes/arquivosTrabalhos/o%20ambiente%20fisico%20da%20creche%20influenciando.pdf>. Acesso em: 21 Set. 2015.
- OLIVEIRA, Z. M. R. O. **Creches: crianças, faz de conta & cia**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1992.
- OPS. ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. Educación para la salud: un enfoque integral. Washington: OPS, 1995. (Série HSS/SILOS, n. 37)
- PEREIRA, Ana Margarida Ferreira. **O contributo das rotinas diárias para o desenvolvimento da autonomia das crianças**. 2014. Tese de Doutorado.
- ROKEACH, Milton. **Crenças, atitudes e valores**. Interciência, 1981.
- SANTOS, I. G.; PENNA, C. L.; MORIYAMA, F. M.; LEÃO, F. V.; SOUZA, M. P. D.; AGUIAR, Z. N. **Percepção dos educadores e coordenadores de uma creche sobre processo educativo em saúde desenvolvido com abordagem multiprofissional**. Revista qAPS. v.12, n. 4, p. 409-419, out/dez 2009.
- SEMED – SECRETARIA MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO. **Proposta pedagógica para a educação infantil do município de Santarém-PA**. Divisão de Educação Infantil. Santarém, PA: SEMED, 2012.
- SILVA, C. S. **Promoção da saúde na escola: modelos teóricos e desafios da intersectorialidade no Município do Rio de Janeiro**. 220f. Tese de Doutorado. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Rio de Janeiro, 2010.
- SILVA, R. C. Uma reflexão sobre o trabalho docente a partir da análise do conceito de crenças. **Psicologia Ciência e Profissão**, Brasília. v. 23, n. 2, p. 6-13, 2003.
- SILVA, Ana Teresa Gavião Almeida Marques et al. **A construção da parceria família-creche: expectativas, pensamentos e fazeres no cuidado e educação das crianças**. 2011. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo.
- SOLOMON, S. L. & CORDELL, R. L. Infection acquired in day care centers. In: **Hospital Epidemiology and Infections Control**. Galveston: Williams & Wilkins, 1996. p. 564-583.
- SOUZA, M. T.; SILVA, M. D.; CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Revista Einstein**, São Paulo. v. 8, n. 1, p. 102-106, 2010.
- STEWART-BROWN, S. **What is the evidence on school health promotion in improving health or preventing disease and, specifically, what is the effectiveness of the health promoting schools approach?: WHO Regional Office for Europe**. Copenhagen, 2006. Disponível em: <<http://www.euro.who.int/document/e88185.pdf>>. Acessado em: 5 Ago. 2015.

SUTHERLAND, R. W.; FULTON, M. J. Health promotion. **Sutherland & Fulton. Health Care in Canada. CPHA, Ottawa**, p. 161-181, 1992.

TARDIF, Maurice. **Saberes docentes e formação profissional**. Editora Vozes Limitada, 2014. Disponível em: <<https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=a9gbBAAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT2&dq=TARDIF,+M.++Saberes+docentes+e+fo+rma%C3%A7%C3%A3o+profissional+profissional.++Petr%C3%B3polis:+Voze&ots=GEWBEj7gYy&sig=BTWYZlu5yUw0tZ-g8oo11eG3SOQ#v=onepage&q&f=false>>. Acessado em: 15 de setembro de 2015.

TEIXEIRA-PALOMBO, C. N.; FUJIMORI, E. Conhecimentos e práticas de educadoras infantis sobre anemia. **Revista Brasileira Saúde de Maternidade Infantil**, Recife. v. 6, n. 2, p. 209-216, abr/jun 2006.

VALADÃO, Marina Marcos. **Saúde na Escola: um campo em busca de espaço na agenda intersetorial**. 2004. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo.

VIEGAS, C. M. A. R.; RABELO, C. L. A. **Principais considerações sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente**. In: *Âmbito Jurídico*, Rio Grande, XIV, n. 94, nov 2011. Disponível em: <http://ambito-juridico.com.br/site/?artigo_id=10593&n_link=revista_artigos_leitura>. Acesso em outubro de 2015.

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

YOKOTA, R. T. C.; VASCONCELOS, T. F.; PINHEIRO, A. R. O.; SCHMITZ, B. A. S.; COITINHO, D. C.; RODRIGUES, M. L. C. F. **Projeto “a escola promovendo hábitos alimentares saudáveis”**: Comparação de duas estratégias de educação nutricional no Distrito Federal, Brasil. *Revista Nutrição*, Campinas. v. 23, n. 1, p. 37-47, jan/fev 2010.

APENDICE A – FICHA DE DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

1. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Idade: _____ Sexo: _____ Naturalidade: _____
 Estado Civil: _____ Núm. De filhos: _____ Idade dos filhos: _____

2. FORMAÇÃO ACADÊMICA

2.1 Graduação

Curso: _____
 Instituição: _____ Término: _____

2.2 Pós-Graduação

2.2.1 Especialização

Curso: _____
 Instituição: _____ Término: _____

2.2.2 Mestrado

Curso: _____
 Instituição: _____ Término: _____

2.2.3 Doutorado:

Curso: _____
 Instituição: _____ Término: _____

3. EXPERIÊNCIA DOCENTE

3.1 Turma de lotação atual: _____

3.2 Tempo de atuação na educação infantil: _____

3.3 Tempo de atuação nesta faixa etária (berçário, maternal 1 e 2): _____

3.4 Dados relativos à docência na Instituição pela qual responde ao questionário:

3.4.1 Regime de trabalho:

Tempo parcial () Tempo integral () Dedicção exclusiva ()

Turno: Matutino () Vespertino ()

3.4.2 Número de horas/aula ministradas neste semestre:

3.4.3: Vínculo:

Concursado () Temporário ()

APENDICE B - ROTEIRO DE ENTREVISTAS

CRENÇAS

1. Como você acha que deve ser trabalhada a saúde na educação infantil?
2. O que você acha que seu aluno deve aprender sobre promoção e prevenção em saúde?
3. O que você acha que pode influenciar na saúde das crianças?
4. Como você acha que deve ser uma creche ideal para a saúde de suas crianças.

PRÁTICAS

5. Conte como é a rotina diária de sua turma?
6. Que recursos você utiliza para promover a saúde na sua turma?
7. O que você faz para possibilitar que as crianças construam essas aprendizagens?

APENDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, Andréa Leite de Alencar, responsável pela pesquisa CRENÇAS E PERCEPÇÕES DAS PRÁTICAS DE PROMOÇÃO E PREVENÇÃO EM SAÚDE NA VISÃO DE PROFESSORES DA EDUCAÇÃO INFANTIL EM SANTARÉM-PARÁ, convido você a participar como voluntário do nosso estudo.

Esta pesquisa pretende averiguar as crenças e percepções das práticas sobre promoção e prevenção em saúde entre professores da Educação Infantil em Santarém, Pará.

Considero o tema ser de relevância por ser ainda uma temática recentemente inserida nas Referências Curriculares Nacionais e que necessita de implementação na prática diária das instituições. Para sua realização será realizada uma com 10 questões sobre a sua rotina de trabalho e sobre o que significa para você a temática pesquisada. Sua participação será voluntária e o método descrito será realizado no seu local de trabalho ou local de sua preferência.

Não há riscos para sua saúde ou integridade física neste estudo, porém é possível que aconteça desconforto ao responder uma ou outra questão. O benefício que pode ser adquirido com esta pesquisa é a própria análise de sua rotina de trabalho relativa à temática em questão possibilitando melhorias de sua prática.

Durante todo o período da pesquisa você tem o direito de tirar qualquer dúvida ou pedir qualquer outro esclarecimento, bastando para isso entrar em contato, com a pesquisadora.

Você tem garantido o seu direito de não aceitar participar ou de retirar sua permissão, a qualquer momento, sem nenhum tipo de prejuízo ou retaliação, pela sua decisão.

As informações desta pesquisa serão confidenciais, e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, sendo assegurado o sigilo sobre sua participação.

Os gastos necessários para a sua participação na pesquisa serão assumidos pelas pesquisadoras, sendo que não haverá nenhuma vantagem financeira para os participantes.

Apêndices

Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será disponibilizado a terceiros em hipótese alguma, a não ser que seja de sua vontade ou seja solicitado por você.

AUTORIZAÇÃO

Eu, _____, portador do documento de Identidade _____ fui informado (a) dos objetivos do estudo “**crenças e percepções das práticas sobre promoção e prevenção em saúde entre professores da Educação Infantil em Santarém, Pará**”, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar.

Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada à oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Santarém, _____ de _____ de 2015.

Assinatura do participante

Assinatura da pesquisadora

Dados da pesquisadora:

Andréa Leite de Alencar, Rua Silvério Sirotheau, 2899, Laginho.

Telefone: (93)9 9124-8980

Email: andrealeitesaude@hotmail.com

APENDICE D - CÓDIGOS DO IRAMUTEQ USADO NA PESQUISA

P= (Professor)

sex= (SEXO) 1= (FEMININO) 2=(MASCULINO)

Id= (Idade)

Pu= (Polo da UMEI) (1) (2) (3) (4) (5)

UMEI= Cohab =(1) Santana =(2) Aeroporto =(3) Paulo Freire =(4) Matinha =(5) Nova República =(6) Maracanã =(7) Santarenzinho =(8) Caranazal =(9) Liberdade =(10)

N= naturalidade Pará=(1) Maranhão=(2) Piauí= (3) Mato grosso=(4) Ceará= (5) Não informou= (6)

Ec= Estado Civil Solteiro=(1) Casado=(2) União Estável=(3)Viuvo =(4) Não informou= (6)

FI= Filhos (1) (2)(3) (4) Não informou= (6)

If= Idade dos Filhos) Não informou/não tem filhos=(0)

ct= (CONCURSADO)=1 (TEMPORARIO)=2 Não informou= (6)

fo= (formação) MAGISTERIO=(1) SUPERIOR INCOMPLETO=(2) SUPERIOR COMPLETO=(3) POS GRADUAÇÃO INCOMPLETA=(4) POS GRADUAÇÃO=(5)

tm= (tempo de magistério em anos) não cursou magistério=(00)

Cg= (Curso de graduação) PEDAGOGIA =(1) LETRAS=(2) BIOLOGIA =(3) HISTÓRIA=(4) HISTÓRIA e GEOGRAFIA=(5) GEOGRAFIA=(6) FILOSOFIA=(7)

Ig= (instituição de graduação) FAEME=(1) FIT=(2) Flatec\CE=(3) IESPES=(4) Parfor/UFPA=(5) Parfor/UEPA=(6) Parfor/UFOPA=(7) UESPI=(8) UFOPA=(9) UFPA=(10) ULBRA=(11) UNINTER=(12) UNIP=(13) UNIUBE=(14) UVA=(15)

PuPr= PÚBLICA=(1) PRIVADA=(2)

tg= (tempo de graduação em anos)

Cpg= (Curso de Pós Graduação) Docência Educação Infantil =(1) Gestão escolar=(2) Psicopedagogia =(3) Educação Especial =(4) Coordenação pedagógica=(5) Educação Ambiental=(6) gestão ambiental e sustentabilidade=(7) Língua e Literatura=(8) Psicologia Educacional=(9) não cursou=(00)

lpg= (instituição de pós graduação) EDUCA=(1) IESPES=(2) UFOPA=(3) UFPA=(4) UNICURSOS=(5) UNINTER=(6) UEPA=(7) Não informou=(0) não cursou=(00)

PuPr= PÚBLICA=(1) PRIVADA=(2) não cursou=(00).

tp= (tempo de pós graduação em anos) em andamento=(0)

tei= (Tempo na educação infantil em anos)

tm= (tempo no maternal em anos)

tl= (turma de lotação) MATERNAL A=(1) MATERNAL B=(2) BERÇÁRIO=(3)

ht= (horário de trabalho) matutino=(1) vespertino=(2) Não informou= (6)

Rs(Regime de serviço): parcial= (1) integral=(2)

ch= carga horária mensal

POLOS	Profs por polo	LOCAIS DE PESQUISA	Código da UMEI	Profs por UMEI
Polo 1	14 profs	UMEI Cohab	1	10
		UMEI Santana	2	4
Polo 2	11 profs	UMEI Aeroporto Velho	3	3
		CEMEI Paulo Freire	4	8
Polo 3	6 profs	UMEI Matinha	5	2
		UMEI Nova República	6	4
Polo 4	15 profs	UMEI Maracanã	7	10
		UMEI Santarenzinho	8	5
Polo 5	7 profs	UMEI Caranazal	9	4
		UMEI Liberdade	10	3
TOTAL	52	TOTAL		

APENDICE E: LINHA DE ASTERISCOS USADA NO IRAMUTEQ

**** *p_01 *sex_1 *id_36 *umei_4 *pu_2 *n_1 *ec_1 *fl_1 *if_17 *ct_2 *fo_3 *tm_0
*cg_1 *tg_2 *ig_13 *pupr1_2 *cpg_00 *ipg_00 *tp_00 *pupr2_00 *tl_1 *ht_2 *tei_3
*tm_1 *rs_1 *ch_100

**** *p_02 *sex_1 *id_40 *umei_4 *pu_2 *n_1 *ec_2 *fl_2 *if_13,9 *ct_1 *fo_4 *tm_23
*cg_3 *tg_14 *ig_2 *pupr1_2 *cpg_7 *ipg_0 *tp_0 *pupr2_0 *tl_2 *ht_1 *tei_2 *tm_2
*rs_1 *ch_150

**** *p_03 *sex_1 *id_31 *umei_9 *pu_5 *n_1 *ec_3 *fl_1 *if_8 *ct_2 *fo_2 *tm_13
*cg_1 *tg_0 *ig_13 *pupr1_2 *cpg_00 *ipg_00 *tp_00 *pupr2_00 *tl_2 *ht_1 *tei_8
*tm_1 *rs_1 *ch_150

**** *p_04 *sex_1 *id_38 *umei_9 *pu_5 *n_1 *ec_1 *fl_0 *if_0 *ct_1 *fo_5 *tm_20
*cg_1 *tg_4 *ig_10 *pupr1_1 *cpg_1 *ipg_1 *tp_1 *pupr2_2 *tl_2 *ht_2 *tei_3 *tm_3
*rs_1 *ch_150

**** *p_05 *sex_1 *id_25 *umei_3 *pu_2 *n_3 *ec_1 *fl_2 *if_20,3 *ct_1 *fo_5 *tm_0
*cg_4 *tg_10 *ig_8 *pupr1_1 *cpg_1 *ipg_1 *tp_4 *pupr2_2 *tl_2 *ht_2 *tei_5 *tm_2
*rs_1 *ch_150

**** *p_06 *sex_1 *id_22 *umei_4 *pu_2 *n_1 *ec_2 *fl_0 *if_0 *ct_2 *fo_3 *tm_0
*cg_1 *tg_1 *ig_9 *pupr1_1 *cpg_00 *ipg_00 *tp_00 *pupr2_00 *tl_1 *ht_2 *tei_2
*tm_1 *rs_1 *ch_150

**** *p_07 *sex_1 *id_29 *umei_4 *pu_2 *n_1 *ec_3 *fl_1 *if_5 *ct_2 *fo_2 *tm_10
*cg_1 *tg_0 *ig_10 *pupr1_2 *cpg_00 *ipg_00 *tp_00 *pupr2_0 *tl_3 *ht_2 *tei_5
*tm_2 *rs_1 *ch_100

**** *p_08 *sex_1 *id_52 *umei_4 *pu_2 *n_1 *ec_2 *fl_4 *if_35,31 *ct_2 *fo_3 *tm_3
*cg_1 *tg_1 *ig_13 *pupr1_2 *cpg_00 *ipg_00 *tp_00 *pupr2_00 *tl_3 *ht_2 *tei_5
*tm_2 *rs_1 *ch_100

**** *p_09 *sex_1 *id_35 *umei_5 *pu_3 *n_6 *ec_6 *fl_6 *if_0 *ct_2 *fo_3 *tm_17
*cg_1 *tg_1 *ig_11 *pupr1_2 *cpg_00 *ipg_00 *tp_00 *pupr2_00 *tl_2 *ht_2 *tei_15
*tm_12 *rs_1 *ch_100

**** *p_10 *sex_1 *id_28 *umei_5 *pu_3 *n_1 *ec_1 *fl_1 *if_3 *ct_1 *fo_3 *tm_10
*cg_1 *tg_1 *ig_5 *pupr1_1 *cpg_00 *ipg_00 *tp_00 *pupr2_00 *tl_1 *ht_2 *tei_10
*tm_4 *rs_1 *ch_150

**** *p_11 *sex_1 *id_41 *umei_3 *pu_2 *n_1 *ec_1 *fl_1 *if_8 *ct_1 *fo_3 *tm_0
*cg_1 *tg_8 *ig_15 *pupr1_2 *cpg_00 *ipg_00 *tp_00 *pupr2_00 *tl_2 *ht_1 *tei_10
*tm_4 *rs_1 *ch_150

**** *p_12 *sex_1 *id_31 *umei_3 *pu_2 *n_1 *ec_2 *fl_1 *if_6 *ct_1 *fo_3 *tm_12
*cg_1 *tg_2 *ig_6 *pupr1_1 *cpg_00 *ipg_00 *tp_00 *pupr2_00 *tl_2 *ht_1 *tei_8
*tm_4 *rs_1 *ch_150

**** *p_13 *sex_1 *id_32 *umei_9 *pu_5 *n_1 *ec_2 *fl_2 *if_8,1 *ct_1 *fo_4 *tm_15
*cg_6 *tg_4 *ig_14 *pupr1_2 *cpg_6 *ipg_0 *tp_0 *pupr2_0 *tl_2 *ht_1 *tei_3 *tm_3
*rs_1 *ch_150

Apêndices

**** *p_14 *sex_1 *id_56 *umei_9 *pu_5 *n_1 *ec_2 *fl_3 *if_36,32 *ct_2 *fo_3
 *tm_20 *cg_1 *tg_12 *ig_15 *pupr1_2 *cpg_00 *ipg_00 *tp_00 *pupr2_00 *tl_2 *ht_2
 *tei_17 *tm_1 *rs_1 *ch_150

**** *p_15 *sex_1 *id_39 *umei_4 *pu_2 *n_1 *ec_1 *fl_2 *if_21,15 *ct_2 *fo_2
 *tm_18 *cg_5 *tg_12 *lg_15 *pupr1_2 *cpg_00 *ipg_00 *tp_00 *pupr2_00 *tl_2 *ht_2
 *tei_17 *tm_10 *rs_1 *ch_150

**** *p_16 *sex_1 *id_35 *umei_4 *pu_2 *n_1 *ec_2 *fl_1 *if_4 *ct_2 *fo_3 *tm_0
 *cg_1 *tg_10 *ig_11 *pupr1_2 *cpg_00 *ipg_00 *tp_00 *pupr2_00 *tl_2 *ht_2 *tei_15
 *tm_1 *rs_1 *ch_100

**** *p_17 *sex_1 *id_37 *umei_4 *pu_2 *n_1 *ec_3 *fl_2 *if_1,11 *ct_2 *fo_5 *tm_0
 *cg_1 *tg_4 *ig_4 *pupr1_2 *cpg_2 *ipg_1 *tp_2 *pupr2_2 *tl_1 *ht_2 *tei_3 *tm_0,25
 *rs_1 *ch_100

**** *p_18 *sex_1 *id_37 *umei_8 *pu_4 *n_1 *ec_2 *fl_4 *if_20,5 *ct_1 *fo_3 *tm_20
 *cg_2 *tg_7 *ig_15 *pupr1_2 *cpg_00 *ipg_00 *tp_00 *pupr2_00 *tl_1 *ht_2 *tei_5
 *tm_5 *rs_1 *ch_150

**** *p_19 *sex_1 *id_36 *umei_8 *pu_4 *n_1 *ec_1 *fl_1 *if_5 *ct_1 *fo_4 *tm_18
 *cg_1 *tg_9 *ig_15 *pupr1_2 *cpg_1 *ipg_3 *tp_0 *pupr2_0 *tl_2 *ht_1 *tei_3 *tm_5
 *rs_1 *ch_150

**** *p_20 *sex_1 *id_38 *umei_1 *pu_1 *n_1 *ec_2 *fl_3 *if_12,1 *ct_1 *fo_2 *tm_16
 *cg_1 *tg_0 *ig_13 *pupr1_2 *cpg_00 *ipg_00 *tp_00 *pupr2_00 *tl_1 *ht_2 *tei_5
 *tm_3 *rs_1 *ch_150

**** *p_21 *sex_1 *id_29 *umei_1 *pu_1 *n_1 *ec_1 *fl_0 *if_0 *ct_2 *fo_3 *tm_0
 *cg_1 *tg_3 *ig_11 *pupr1_2 *cpg_00 *ipg_0 *tp_0 *pupr2_0 *tl_2 *ht_2 *tei_7 *tm_5
 *rs_1 *ch_150

**** *p_22 *sex_1 *id_35 *umei_8 *pu_4 *n_1 *ec_3 *fl_3 *if_16,6 *ct_1 *fo_4 *tm_16
 *cg_1 *tg_1 *ig_6 *pupr1_1 *cpg_3 *ipg_6 *tp_0 *pupr2_2 *tl_2 *ht_2 *tei_12 *tm_6
 *rs_1 *ch_150

**** *p_23 *sex_1 *id_33 *umei_1 *pu_1 *n_1 *ec_2 *fl_2 *if_1,4 *ct_1 *fo_3 *tm_16
 *cg_1 *tg_6 *ig_11 *pupr1_2 *cpg_00 *ipg_00 *tp_00 *pupr2_00 *tl_2 *ht_1 *tei_13
 *tm_4 *rs_1 *ch_150

**** *p_24 *sex_1 *id_41 *umei_1 *pu_1 *n_1 *ec_4 *fl_2 *if_13,16 *ct_1 *fo_4
 *tm_20 *cg_1 *tg_8 *ig_4 *pupr1_2 *cpg_3 *ipg_1 *tp_0 *pupr2_2 *tl_2 *ht_1 *tei_18
 *tm_10 *rs_1 *ch_150

**** *p_25 *sex_1 *id_41 *umei_1 *pu_1 *n_4 *ec_2 *fl_2 *if_16,21 *ct_2 *fo_4 *tm_0
 *cg_1 *tg_4 *ig_4 *pupr1_2 *cpg_4 *ipg_2 *tp_0 *pupr2_2 *tl_1 *ht_1 *tei_2 *tm_2
 *rs_1 *ch_150

**** *p_26 *sex_1 *id_39 *umei_1 *pu_1 *n_1 *ec_3 *fl_3 *if_10,12 *ct_1 *fo_4
 *tm_17 *cg_2 *tg_2 *ig_9 *pupr1_2 *cpg_1 *ipg_1 *tp_0 *pupr2_1 *tl_2 *ht_1 *tei_5
 *tm_1 *rs_1 *ch_150

**** *p_27 *sex_1 *id_46 *umei_1 *pu_1 *n_1 *ec_2 *fl_2 *if_24,25 *ct_2 *fo_3
 *tm_25 *cg_1 *tg_1 *ig_11 *pupr1_2 *cpg_00 *ipg_00 *tp_00 *pupr2_00 *tl_2 *ht_1

Apêndices

*tei_5 *tm_1 *rs_1 *ch_150

**** *p_28 *sex_1 *id_35 *umei_1 *pu_1 *n_1 *ec_3 *fl_2 *if_18,6 *ct_2 *fo_3 *tm_12
*cg_1 *tg_2 *ig_13 *pupr1_2 *cpg_0 *ipg_0 *tp_0 *pupr2_0 *tl_1 *ht_2 *tei_4 *tm_2
*rs_1 *ch_150

**** *p_29 *sex_1 *id_36 *umei_1 *pu_1 *n_1 *ec_2 *fl_2 *if_16,18 *ct_1 *fo_3
*tm_17 *cg_1 *tg_6 *ig_4 *pupr1_2 *cpg_00 *ipg_00 *tp_00 *pupr2_00 *tl_2 *ht_2
*tei_15 *tm_3 *rs_1 *ch_150

**** *p_30 *sex_1 *id_47 *umei_7 *pu_4 *n_2 *ec_1 *fl_0 *if_0 *ct_1 *fo_4 *tm_23
*cg_1 *tg_1 *ig_6 *pupr1_1 *cpg_2 *ipg_5 *tp_0 *pupr2_2 *tl_1 *ht_2 *tei_16 *tm_3
*rs_1 *ch_150

**** *p_31 *sex_1 *id_35 *umei_7 *pu_4 *n_1 *ec_3 *fl_1 *if_12 *ct_1 *fo_5 *tm_18
*cg_1 *tg_11 *ig_11 *pupr1_2 *cpg_3 *ipg_6 *tp_6 *pupr2_2 *tl_2 *ht_1 *tei_5 *tm_1
*rs_1 *ch_150

**** *p_32 *sex_1 *id_53 *umei_7 *pu_4 *n_6 *ec_6 *fl_6 *if_0 *ct_2 *fo_3 *tm_31
*cg_7 *tg_8 *ig_1 *pupr1_2 *cpg_00 *ipg_00 *tp_00 *pupr2_00 *tl_1 *ht_2 *tei_5
*tm_2 *rs_1 *ch_150

**** *p_33 *sex_1 *id_32 *umei_7 *pu_4 *n_1 *ec_2 *fl_0 *if_0 *ct_1 *fo_5 *tm_14
*cg_1 *tg_13 *ig_11 *pupr1_2 *cpg_2 *ipg_3 *tp_4 *pupr2_1 *tl_2 *ht_2 *tei_3 *tm_1
*rs_1 *ch_150

**** *p_34 *sex_1 *id_33 *umei_7 *pu_4 *n_1 *ec_1 *fl_0 *if_0 *ct_1 *fo_4 *tm_15
*cg_1 *tg_6 *ig_11 *pupr1_2 *cpg_1 *ipg_3 *tp_0 *pupr2_0 *tl_1 *ht_2 *tei_13 *tm_5
*rs_1 *ch_150

**** *p_35 *sex_1 *id_35 *umei_7 *pu_4 *n_1 *ec_1 *fl_0 *if_0 *ct_1 *fo_3 *tm_18
*cg_1 *tg_1 *ig_6 *pupr1_1 *cpg_00 *ipg_00 *tp_00 *pupr2_00 *tl_2 *ht_2 *tei_8
*tm_6 *rs_1 *ch_150

**** *p_36 *sex_1 *id_30 *umei_7 *pu_4 *n_1 *ec_2 *fl_1 *if_4 *ct_1 *fo_3 *tm_11
*cg_1 *tg_2 *ig_9 *pupr1_1 *cpg_00 *ipg_00 *tp_00 *pupr2_00 *tl_2 *ht_2 *tei_6
*tm_4 *rs_1 *ch_150

**** *p_37 *sex_1 *id_41 *umei_7 *pu_4 *n_1 *ec_2 *fl_2 *if_20,14 *ct_2 *fo_3
*tm_11 *cg_1 *tg_4 *ig_9 *pupr1_1 *cpg_00 *ipg_00 *tp_00 *pupr2_00 *tl_1 *ht_1
*tei_12 *tm_2 *rs_1 *ch_100

**** *p_38 *sex_1 *id_27 *umei_10 *pu_5 *n_1 *ec_1 *fl_1 *if_5 *ct_1 *fo_4 *tm_8
*cg_1 *tg_2 *ig_3 *pupr1_2 *cpg_1 *ipg_3 *tp_0 *pupr2_1 *tl_2 *ht_2 *tei_3 *tm_3
*rs_1 *ch_150

**** *p_39 *sex_1 *id_49 *umei_10 *pu_5 *n_1 *ec_2 *fl_4 *if_30,24 *ct_1 *fo_4
*tm_31 *cg_1 *tg_1 *ig_5 *pupr1_1 *cpg_1 *ipg_3 *tp_0 *pupr2_1 *tl_2 *ht_2 *tei_3
*tm_3 *rs_1 *ch_150

**** *p_40 *sex_1 *id_33 *umei_7 *pu_4 *n_1 *ec_2 *fl_2 *if_12,8 *ct_1 *fo_3 *tm_7
*cg_2 *tg_2 *ig_9 *pupr1_1 *cpg_00 *ipg_00 *tp_00 *pupr2_00 *tl_1 *ht_1 *tei_15
*tm_1 *rs_1 *ch_150

Apêndices

**** *p_41 *sex_1 *id_36 *umei_6 *pu_3 *n_1 *ec_2 *fl_3 *if_14,5 *ct_2 *fo_2 *tm_16
*cg_1 *tg_0 *ig_13 *pupr1_2 *cpg_00 *ipg_00 *tp_00 *pupr2_00 *tl_2 *ht_1 *tei_2
*tm_2 *rs_1 *ch_150

**** *p_42 *sex_1 *id_27 *UMEI_6 *pu_3 *n_6 *ec_6 *fl_6 *if_0 *ct_2 *fo_3 *tm_5
*cg_1 *tg_4 *ig_11 *pupr1_2 *cpg_00 *ipg_00 *tp_00 *pupr2_00 *tl_2 *ht_6 *tei_6
*tm_3 *rs_1 *ch_150

**** *p_43 *sex_1 *id_45 *umei_6 *pu_3 *n_1 *ec_2 *fl_4 *if_27,18 *ct_1 *fo_3 *tm_8
*cg_1 *tg_4 *ig_4 *pupr1_2 *cpg_00 *ipg_00 *tp_00 *pupr2_00 *tl_2 *ht_2 *tei_3
*tm_3 *rs_1 *ch_150

**** *p_44 *sex_1 *id_39 *umei_6 *pu_3 *n_5 *ec_1 *fl_3 *if_16,11 *ct_1 *fo_3
*tm_18 *cg_1 *tg_6 *ig_11 *pupr1_2 *cpg_00 *ipg_00 *tp_00 *pupr2_00 *tl_2 *ht_2
*tei_19 *tm_8 *rs_1 *ch_150

**** *p_45 *sex_1 *id_36 *umei_1 *pu_1 *n_1 *ec_5 *fl_3 *if_10,21 *ct_1 *fo_5
*tm_17 *cg_1 *tg_6 *ig_11 *pupr1_2 *cpg_9 *ipg_7 *tp_3 *pupr2_1 *tl_1 *ht_1
*tei_15 *tm_5 *rs_1 *ch_150

**** *p_46 *sex_1 *id_44 *umei_2 *pu_1 *n_1 *ec_2 *fl_2 *if_0 *ct_1 *fo_5 *tm_16
*cg_2 *tg_11 *ig_11 *pupr1_2 *cpg_8 *ipg_4 *tp_8 *pupr2_1 *tl_2 *ht_1 *tei_6 *tm_5
*rs_1 *ch_150

**** *p_47 *sex_1 *id_49 *umei_2 *pu_1 *n_1 *ec_1 *fl_0 *if_0 *ct_1 *fo_3 *tm_25
*cg_1 *tg_6 *ig_11 *pupr1_2 *cpg_00 *ipg_00 *tp_00 *pupr2_00 *tl_2 *ht_1 *tei_5
*tm_1 *rs_1 *ch_150

**** *p_48 *sex_1 *id_52 *umei_2 *pu_1 *n_1 *ec_2 *fl_2 *if_18,22 *ct_1 *fo_5
*tm_32 *cg_1 *tg_9 *ig_4 *pupr1_2 *cpg_4 *ipg_6 *tp_6 *pupr2_2 *tl_2 *ht_2 *tei_25
*tm_3 *rs_1 *ch_150

**** *p_49 *sex_1 *id_48 *umei_2 *pu_1 *n_1 *ec_1 *fl_3 *if_0 *ct_1 *fo_5 *tm_16
*cg_1 *tg_5 *ig_11 *pupr1_2 *cpg_3 *ipg_1 *tp_1 *pupr2_2 *tl_2 *ht_1 *tei_15 *tm_5
*rs_1 *ch_150

**** *p_50 *sex_1 *id_37 *umei_10 *pu_5 *n_1 *ec_2 *fl_4 *if_4,17 *ct_1 *fo_4
*tm_18 *cg_1 *tg_6 *ig_10 *pupr1_1 *cpg_5 *ipg_0 *tp_0 *pupr2_0 *tl_1 *ht_2 *tei_8
*tm_5 *rs_1 *ch_150

**** *p_51 *sex_1 *id_36 *umei_7 *pu_4 *n_2 *ec_2 *fl_2 *if_11,8 *ct_1 *fo_4 *tm_19
*cg_1 *tg_2 *ig_12 *pupr1_2 *cpg_1 *ipg_3 *tp_0 *pupr2_1 *tl_1 *ht_1 *tei_8 *tm_2
*rs_1 *ch_150

**** *p_52 *sex_1 *id_36 *umei_8 *pu_4 *n_1 *ec_2 *fl_2 *if_18,17 *ct_1 *fo_5
*tm_20 *cg_1 *tg_7 *ig_4 *pupr1_2 *cpg_1 *ipg_6 *tp_3 *pupr2_2 *tl_2 *ht_1 *tei_11
*tm_5 *rs_1 *ch_150

**** *p_53 *sex_1 *id_26 *umei_8 *pu_4 *n_1 *ec_2 *fl_1 *if_1 *ct_1 *fo_5 *tm_10
*cg_3 *tg_3 *ig_10 *pupr1_2 *cpg_5 *ipg_3 *tp_2 *pupr2_1 *tl_2 *ht_2 *tei_8 *tm_2
*rs_1 *ch_150