

SAÚDE E PREVENÇÃO NA EDUCAÇÃO INFANTIL: DESAFIOS PARA AS PRÁTICAS PEDAGÓGICAS.

Silvana Salviano dos Santos Neves¹

Cristiane Frizzera

Angélica Florentino de Oliveira

Carla Maria Fernandes Tuchinski

Eliane Aparecida Rocha da Silva

Gabrielle Luzes Galvão

Kaliandra Silva Tossi

Marinete Miranda da Silva

Patrícia Aparecida Gonçalves

Renata Fernandes Tuchinski

Roseli Barbosa

Silvana Reifur Morais

RESUMO

O objetivo desse artigo é a apresentar um recorte da nossa pesquisa de TCC no curso de Pedagogia já concluída, da qual recoloca no campo teórico os desafios dos atores envolvidos na Educação Infantil quanto a ações pedagógicas em torno da Educação em Saúde. Os temas referentes à educação preventiva e os demais temas transversais são, pouco ou quase nada, trabalhados nas escolas e, raramente, são utilizados em sala de aula pelos professores, até mesmo na própria faculdade, onde sentimos a ausência desta temática. Esse processo pedagógico pode ser desencadeado pela escola para um novo olhar para os temas transversais, especificamente aqueles ligados a novas estratégias de aprendizado na educação em saúde. Com isso, através de práticas pedagógicas e um currículo diversificado e comprometido com essas questões, acreditamos que a escola pode desencadear mudanças de hábitos variados através de um conjunto de áreas do conhecimento, comprometida com a saúde preventiva. Desta forma, abrangemos a relação entre educação e saúde, trabalhando esses dois conteúdos de forma interdisciplinar no contexto escolar. A metodologia utilizada que originou esse resumo expandido, fez uma síntese das questões teóricas do tema educação em saúde trabalhada na literatura e no PCN, para apontarmos os desafios dos atores envolvidos nesse processo educativo. Por fim, revelamos algumas constatações sobre a temática Educação em Saúde, as quais nos

¹ silvanasalviano@hotmail.com

permitem concluir que são evidentes os desafios didáticos e pedagógicos da Educação Infantil quando procura incorporar a Saúde como aspecto de uma prática pedagógica transversal dentro da escola.

Palavras chaves: Educação em Saúde, ações pedagógicas, Educação Infantil.

INTRODUÇÃO

Atualmente, a escola vem sendo chamada a repensar seu papel educativo, ampliando suas formas e conteúdos de ensino. Essa nova responsabilidade faz com que a escola interligue temas e práticas interdisciplinares relacionados a outras áreas, como saúde, meio ambiente, problemas sociais e cultura com a Educação, entre outros.

É com essa preocupação que o objetivo desse resumo expandido, é a apresentar um recorte da nossa pesquisa de TCC no curso de Pedagogia já concluída, da qual recoloca no campo teórico os desafios dos atores envolvidos na Educação Infantil quanto a ações pedagógicas em torno da Educação em Saúde.

Uma dessas áreas que começa a fazer parte desse processo de aprendizagem é a Educação em Saúde, orientada pelos Parâmetros Curriculares Nacionais (PCNs) de Meio Ambiente e Saúde (2001, vol. 09), onde aponta para a necessidade de prevenção, visando uma qualidade de vida, a partir de aspectos educativos.

Assim, o desafio da escola hoje está em se aproximar dos temas transversais ligados à saúde, para com isso, possibilitar que muitas crianças desenvolvam hábitos, costumes e ações que superem o elevado número de problemas na saúde e atinjam uma qualidade de vida desejável.

A Educação em Saúde, orientada pelos Parâmetros Curriculares Nacionais (PCNs)

de Meio Ambiente e Saúde (2001, vol. 09), aponta para a necessidade de prevenção, visando uma qualidade de vida, a partir de aspectos educativos.

Esse processo pedagógico pode ser desencadeado pela escola para um novo olhar para os temas transversais, especificamente aqueles ligados a novas estratégias de aprendizado na educação em saúde. Com isso, através de práticas pedagógicas e um currículo diversificado e comprometido com essas questões, acreditamos que a escola pode desencadear mudanças de hábitos variados através de um conjunto de áreas do conhecimento, comprometida com a saúde preventiva.

Diante desse desafio, de natureza pedagógica, é que o tema sobre “Educação em Saúde” nos interessou, uma vez que a época dessa pesquisa, estávamos envolvidas por esses dois mundos: como acadêmica de Pedagogia e como profissional na área de saúde pública, de forma indireta. Unir esses dois mundos representou um grande desafio de natureza profissional e pessoal.

Os temas referentes à educação preventiva e os demais temas transversais são, pouco ou quase nada, trabalhados nas escolas e, raramente, são utilizados em sala de aula pelos professores, até mesmo na própria faculdade, onde sentimos a ausência desta temática. Desta forma, pensamos em abranger a relação entre educação e saúde, trabalhando esses dois conteúdos de forma interdisciplinar no contexto escolar.

Assim, a escola é a instituição que pode auxiliar no processo educativo para a criação de hábitos de vida saudável. Este desafio passa pela inserção de temas educativos ligados à saúde preventiva e às boas práticas relacionadas a uma vida sem doenças.

1. SAÚDE E EDUCAÇÃO NO PROCESSO HISTÓRICO

Nos tópicos a seguir pretendemos analisar as questões ligadas à saúde e Educação Infantil numa perspectiva histórica. Com isso, nosso objetivo é demonstrar o quanto a interdisciplinaridade se constitui num enorme desafio para educadores e instituições escolares, na medida em que, por um lado, historicamente a saúde sempre foi tratada fora dos espaços escolares, e por outro, as práticas pedagógicas escolares incorporou muito recentemente as crianças no processo educativo.

1.1 - Uma breve síntese sobre a história da saúde

Nesse tópico, apresentaremos a trajetória histórica dos avanços e retrocessos da saúde procurando entender esse processo na perspectiva da educação.

De acordo com Paiva Filho (apud PASSOS, 2007, p. 27 e 28), a transição dos modelos de sistemas de saúde, passou por cinco fases. Primeiramente iniciou a fase da “responsabilidade individual”, para as pessoas quando alguém adoecia era por descuido com sua própria higiene pessoal, esta ideia permaneceu até meados do século XIX.

Havia médicos, enfermeiros e até mesmo leigos de forma autônoma, mas tinham acesso a esses serviços apenas as pessoas que possuíam condições financeiras. As demais eram mantidas por instituições filantrópicas que sustentavam hospitais, como por exemplo, a Santa Casa de Misericórdia, praticantes da caridade de cuidar dos pobres. Mas estas instituições hospitalares tinham mais cuidado com o amparo material e espiritual do que com a recuperação da saúde do paciente, os cuidados com a atenção à saúde só surgiam nos momentos das epidemias da época, como peste, cólera, varíola e tifo (PAIVA FILHO apud PASSOS, 2007).

A partir disso, podemos observar o descaso, onde as pessoas não tinham noção com os cuidados com a saúde. No entanto, a vida moderna fez com que a sociedade fosse se transformando e incorporando novos modos e hábitos de vida.

Após esse período surgiu a segunda fase intitulada “Dever individual com solidariedade social”, nascendo entre as pessoas um sentimento de solidariedade social entre os trabalhadores, como afirma Paiva Filho (apud PASSOS, 2007, p. 27):

[...] fruto de sentimento de solidariedade social entre os próprios trabalhadores, começou a surgir a formação de associações de caráter voluntário e particular para o enfrentamento dos problemas de saúde, as beneficências e as caixas de aposentadorias e pensões. As ações governamentais continuavam restritas à higiene pública, especialmente ao controle das doenças transmissíveis. [...] começam a se delinear, desde então, dois caminhos distintos para o cuidado com a saúde: a assistência de caráter curativo e individual, e as ações públicas de caráter coletivo e preventivo. Vejam que essa separação ou dicotomia, como denominam os estudiosos do assunto, entre o curativo e preventivo, o coletivo e o individual, o

público e o privado, que perduram até os dias de hoje, tem suas raízes históricas alicerçadas nesse período.

A terceira fase foi chamada de “Dever individual e sistema público supletivo”, que surgiu com a influência do Estado para atender as reivindicações dos trabalhadores, mas eram assistidos apenas aqueles que representavam uma ameaça para a sociedade. Portanto, estes serviços de saúde surgem de forma discriminatória e duvidosa como nos mostra Paiva Filho (apud PASSOS, 2007, p. 28):

[...] intervenção do Estado na saúde é o que se observa [...]. Cresce o número de serviços de higiene e de saúde pública, e começam a surgir os sistemas de Previdência Social de forma voluntária, atendendo às reivindicações dos trabalhadores. Para os indivíduos carentes, que não eram segurados e, portanto, não recebiam a assistência médica previdenciária, foram criados serviços de atenção médica pelo Estado, suplementando o sistema previdenciário. [...] são altamente discriminatórios, pois a saúde ainda não é reconhecida como direito do cidadão. Oferecem atenção restrita e de qualidade duvidosa, destinando-se a prestar assistência àqueles que precisam de isolamento por representarem uma ameaça à saúde coletiva, como é o caso dos portadores de lepra, tuberculose e problemas mentais.

Já a quarta fase, intitulada de “Direito de cidadania e sistema público competitivo”, surgiu com o reconhecimento da saúde como direito de qualquer cidadão que aconteceu em 1948, juntamente com a proclamação dos direitos universais da pessoa humana. A partir disso, os serviços privados foram se tornando cada vez mais restritos e o Estado começa a atender pessoas carentes.

Mas apenas em 1989, o Brasil consegue instituir a relação de “direito do cidadão e dever do Estado” instituída na Constituição Federal Brasileira, como apresenta Paiva Filho (apud PASSOS, 2007, p. 28):

[...] O Estado se torna, então, responsável pelas ações que garantem esse direito à população. Os serviços privados foram, assim, tornando-se mais restritos e assumindo função suplementar e opcional com a universalização da assistência à saúde pelos sistemas públicos. [...] apenas em 1989, o Brasil consegue estabelecer essa relação de “direito do cidadão e dever do Estado” no texto da Constituição Brasileira. Assegurar esse direito na prática do sistema de saúde é uma discussão à parte.

Na quinta fase, descrita como “Direito de cidadania sob total”, a sociedade começa a ampliar seus direitos e o Estado começa a atender todas as pessoas que procuram os serviços de saúde pública.

Essa etapa resulta da expansão da etapa anterior, em que os sistemas públicos de saúde desenvolvem progressivamente até atingir a cobertura universal, ou seja, cobertura completa. Nesse caso, o Estado assume total responsabilidade pela saúde dos cidadãos. [...] (PAIVA FILHO apud PASSOS, 2007, p. 28).

Assim, foi só a partir do século XX que a saúde começa a ser vista como um problema de questão social, época em que o Brasil vivia o auge da economia capitalista, exportadora de café e a prosperidade econômica crescia, mesmo que 70% da população habitassem no campo.

No entanto, a população começava a desenvolver-se e se diferenciando em classes sociais. Com isso, os transportes, como os trens e serviços básicos, como água e esgoto, entre outros, iam se modernizando, mas com um diferencial, estes eram apenas para atender aos mais favorecidos no Rio de Janeiro.

[...] A burguesia rural e urbana se enriquecia e, em oposição, consolidava-se o proletariado formado por operários das fábricas, da construção civil, de empresas do setor de serviços, públicas e privadas. Entre essas duas surgiam as camadas médias da população formadas por profissionais liberais, pequenos proprietários, comerciantes e funcionários públicos etc. Os transportes se modernizavam, por meio dos bondes elétricos e trens que serviam à população e serviços básicos, como água, esgoto e coleta de lixo, começam a atender aos mais favorecidos no Rio de Janeiro (BRAGA & GOES DE PAULA apud PASSOS, 2007, p. 29).

Segundo Passos (2007) a partir dessa situação a saúde surge como questão social no Brasil, passando a ser vista como um dos processos necessários à formação e à reprodução da força de trabalho para o capital em expansão. Assim, o Estado inicia assistência aos problemas de saúde e estes se referiam a controlar endemias, problemas de saneamento relacionados com o segmento comercial-financeiro do setor exportador e conseguir atrair e reter mão de obra. Segundo Braga & Goes de Paula (apud PASSOS, 2007, p. 29) na verdade estavam interessados em:

[...] criar condições sanitárias mínimas para a política exportadora cafeeira, assim como a política de imigração, cabendo ao Estado o papel de mantenedor das políticas públicas que dariam suporte ao desenvolvimento da economia capitalista, especialmente na transição para o capital industrial.

Oswaldo Cruz, em 1904, era responsável pela Diretoria-Geral de Saúde Pública, indicado pelo governo brasileiro, cargo que na época equivalia ao de ministro da saúde, causou alguns transtornos ao tentar impor algumas medidas para controlar as epidemias comuns e também ao instituir a vacinação obrigatória antivaríola, episódio conhecido como “Revolta da Vacina”, em que saúde virou caso de polícia. (PASSOS, 2007).

Essas epidemias da época que careciam de atenções públicas eram as chamadas pestes, como a cólera, peste bubônica, febre amarela, varíola, tuberculose, lepra, entre outras. Essa situação era decorrente das péssimas condições higiênico-sanitárias, juntamente com saneamento básico, tornando a cidade do Rio de Janeiro um foco destas doenças. (PASSOS, 2007).

Em 1904, com a epidemia de varíola, Oswaldo Cruz, criou juntamente com o Congresso a lei que obrigava a vacinação, já estabelecida em 1837, mas nunca tinha sido cumprida. Sabendo da resistência da opinião pública a respeito da vacinação criou uma campanha em moldes militares, com polícia sanitária que teria a missão de desinfetar casas, caçar ratos e matar mosquitos e entravam nas casas e vacinavam as pessoas à força. A população tinha receio dos efeitos que as injeções poderiam causar. Com isso, o governo ficou contra estas medidas autoritárias e, praticamente, toda a imprensa ficou contra Oswaldo Cruz, criticando seus atos com charges e artigos. (PASSOS, 2007).

A partir disso, em 11 de novembro de 1904, surgiu a Revolta da Vacina, destruindo a cidade, lojas foram saqueadas, incendiadas, policiais contra a população, a cidade do Rio de Janeiro viveu uma guerra civil, muitas pessoas foram mortas, feridas e presas. (PASSOS, 2007).

Percebemos que Oswaldo Cruz, ao querer impor a vacinação, cometeu falhas de esclarecimentos para a população, fazendo com que as pessoas se revoltassem, criando uma resistência ao processo de modernização da saúde, em relação à vacinação contra a epidemia da época.

Portanto, numa breve recuperação histórica das diferentes fases dos modelos de Saúde no Brasil percebemos o quanto essa área sempre foi insuficiente para a população.

Os desafios no campo da saúde se mostram necessários e urgentes para uma população com carências das mais variadas.

1.2 - Educação escolar e crianças: uma análise histórica

Durante várias épocas, diferentes foram as visões que se teve a respeito das crianças. Muito se tem discutido sobre esta concepção e muito se avançou durante os séculos.

Segundo Aires (1978, p. 17), no século XII na arte medieval, as crianças eram distinguidas dos adultos apenas pelo tamanho de forma reduzida, ignorando a infância, os artistas as retratavam como um adulto em miniatura.

Uma miniatura otoniana do século XI nos dá uma idéia impressionante da deformação que o artista impunha então aos das crianças, num sentido que nos aparece muito distante de nosso sentimento e de nossa visão. O tema é a cena do Evangelho em que Jesus pede que se deixe vir a ele as criancinhas, sendo o texto latino claro: *parvuli*. Ora, o miniaturista agrupou em torno de Jesus oito verdadeiros homens, sem nenhuma das características da infância: eles foram simplesmente reproduzidos numa escola menor.

As crianças, em seus primeiros anos de vida, eram tratadas como uma coisa engraçadinha, que serviam apenas para o divertimento das pessoas. Até o século XVII, as condições de higiene e saúde eram precárias, por este motivo a mortalidade infantil era muito grande. E quando as crianças vinham a óbito os pais sentiam-se tristes, mas não faziam muita importância, pois ela seria substituída. Logo que as crianças possuíam condições de viver sem os cuidados das mães, misturavam-se com os adultos, participando de trabalhos, jogos, possuindo comportamento de adulto, sem passar pela infância e juventude. Nesta época, as crianças não frequentavam escola, a aprendizagem ocorria através da convivência das demais crianças e adultos². (MIGUEL, 2009).

Segundo Aires (1978), com o decorrer do tempo, o tipo de tratamento destinado às crianças foi mudando, prosperando para um sentimento moderno e com a utilização de

² Perspectiva apontada por Bergantini Miguel (2009), em seu artigo no ensaio “*Cuidar e Educar: Um novo olhar para a educação infantil.*”, onde a autora vai argumentar os direitos das crianças ligados à cidadania e à família numa perspectiva histórica.

expressões do tipo “rapaz muito jovem”, “anjo-adolescente” e, na fase gótica, começou-se a retratar a criança nua.

No século XVII houve um avanço na educação, criando-se uma escola que elas passariam por um tempo, isto é, “uma quarentena”. Assim, elas deixaram de conviver e aprender com os adultos, tendo os primeiros ensinamentos antes de serem soltas no mundo, pois nesta época, acreditavam que as crianças nasciam com o pecado e teriam que corrigir para o bem, livrando-as do mal³. (MIGUEL, 2009).

No século XIX, com o surgimento da Revolução Industrial, juntamente com o crescimento das máquinas, fábricas e das cidades, houve uma grande mudança. A produção doméstica passou a ser substituída pelas máquinas. Assim, não teria necessidade da força humana (muscular), mas sim, membros flexíveis ocorrendo alteração na sociedade. A partir disso, as mulheres, juntamente, com as crianças começam a fazer parte do mercado de trabalho, com péssimas condições de trabalho. A esse respeito Paschoal e Machado (2009, p. 80) retratando a mudança das forças de trabalho, vai dizer que:

Ao discutir a apropriação pelo capital das forças de trabalho suplementares, enfatiza que a maquinaria permitiu o emprego de trabalhadores sem força muscular e com membros mais flexíveis, o que possibilitou ao capital absorver as mulheres e as crianças nas fábricas. [...] estabeleceu um meio de diversificar os assalariados, colocando nas fábricas, todos os membros da família do trabalhador, independentemente do sexo e da idade de cada um. [...] o trabalhador vendia somente sua própria força de trabalho, passou a vender a força da mulher e dos filhos. Na realidade, apesar do aumento significativo do número de trabalhadores, os homens foram, em parte, substituídos no trabalho pelas mulheres e pelas crianças, já que a lei fabril exigia duas turmas trabalhando: uma turma de seis horas e outra de quatro, ou cada uma, cinco horas apenas. Mas os pais não queriam vender o tempo parcial das crianças mais barato do que vendiam antes o tempo integral, mesmo que as condições de trabalho fossem péssimas.

De fato, com esses acontecimentos na sociedade, surgiu um problema, afinal, com quem ficaria a responsabilidade de cuidar e educar as crianças, já que as mulheres entraram para o sistema fabril? A essa pergunta Paschoal e Machado (2009) vai dizer que as mulheres que não queriam trabalhar nas fábricas, as chamadas mães mercenárias, começaram a vender seus serviços para cuidar das crianças das outras mulheres,

³ *Ibidem*, p.17

aparecendo os perigos de maus tratos às crianças.

Ainda, segundo Paschoal e Machado (2009), foi a partir de meados do século XIX que surgiram as primeiras creches no Brasil, criadas apenas com caráter assistencialista, já as dos países europeus possuíam caráter pedagógico. No Brasil, estas instituições abrigavam e cuidavam das crianças que as mães trabalhavam fora de casa, crianças abandonadas pelas ruas, e crianças de mães solteiras que engravidavam e não queriam o filho.

As crianças eram classificadas de acordo com a classe social, as famílias que tinham mais condições pagavam uma babá, as que não tinham condições acabavam sendo obrigadas a deixar nas creches, conforme aponta Didonet (apud PACHOAL & MACHADO, 2009, p. 82):

Enquanto para as famílias mais abastadas pagavam uma babá, as pobres se viam na contingência de deixar os filhos sozinhos ou colocá-los numa instituição que deles cuidasse. Para os filhos das mulheres trabalhadoras, a creche tinha que ser de tempo integral; para os filhos de operárias de baixa renda, tinha que ser gratuita ou cobrar muito pouco; ou para cuidar da criança enquanto a mãe estava trabalhando fora de casa, tinha que zelar pela saúde, ensinar hábitos de higiene e alimentar a criança. A educação permanecia assunto de família. Essa origem determinou a associação creche, criança pobre e o caráter assistencial da creche.

Nesse breve relato sobre a História da Educação Infantil, percebemos que, historicamente, a educação é insuficiente, pois houve um retrocesso no desenvolvimento da criança, onde eram tratadas como um ser sem importância.

As primeiras creches que surgiram após a Revolução Industrial tinham apenas o caráter assistencialista, não possuíam caráter pedagógico, o objetivo era de cuidar das crianças enquanto as demais mães trabalhavam. Mas, esta concepção começa a adquirir novos rumos, a partir da psicanálise e com as criações das legislações brasileiras como: CFB 1988, LDB, ECA, Diretrizes Nacionais para a Educação Infantil, trouxe inúmeros avanços tanto na Educação Infantil quanto na Educação Básica e Superior. Assim, a concepção da creche ser meramente assistencialista e outros pontos de vista foram mudando e tomando novos rumos.

A história da criança demonstra que a presença infantil, como fator merecedor de atenção, cuidados, respeito, no contexto social, só

começa a ser considerada muito recentemente. Foi a partir da psicanálise e, posteriormente da psicologia infantil que se passou a dar importância à infância como etapa fundamental e decisiva na formação da personalidade dos indivíduos. Até então, esta indefinição do que é ser criança, gerou no mundo e através dos tempos, grandes injustiças e graves prejuízos em relação às responsabilidades conjuntas do Estado, da sociedade e da família, no que diz respeito aos cuidados de higiene, saúde, nutrição, segurança, lazer e educação, elementos fundamentais ao processo de desenvolvimento e socialização das crianças de 0 (zero) a 6 (seis) anos. (MIGUEL, 2009, p. 03).

2. OS PCNs E AS LEGISLAÇÕES SOBRE CRIANÇAS: SAÚDE E EDUCAÇÃO

Ao analisarmos o histórico da educação em saúde percebemos o quanto a educação Infantil tem apresentado um grande avanço, com a criação das legislações brasileiras. Segundo Silva e Ferreira (2005, p. 179) o avanço da educação coletiva das crianças se iniciou a partir da conjunção de três fatores:

A educação coletiva de crianças de zero a seis anos têm tido um grande avanço. Novos fazeres, tendências e condições estão se estabelecendo. Toda essa novidade parece ser devida à conjunção de três fatores.

- um intenso aumento da demanda;
- a construção de conhecimentos sobre desenvolvimento e educação infantil;
- e, sobretudo, o desenvolvimento de políticas públicas na área.

Silva e Ferreira (2005) abordam alguns fatores responsáveis pelo aumento da demanda pela procura de creches, e isto, segundo os referidos autores, se deve pelo fato da sociedade ter passado por várias mudanças, tais como: as intensas transformações socioeconômicas e culturais, alteração no âmbito do trabalho, alteração na estrutura familiar, a construção de conhecimentos sobre desenvolvimento e educação infantil e

desenvolvimento de políticas públicas.

As mulheres com filhos pequenos começaram a trabalhar fora de casa para contribuir financeiramente com os gastos familiar e como desejo de realização pessoal e profissional, com estas alterações, as mulheres questionaram seu papel dentro e fora da sociedade, refletindo nas maneiras de cuidar dos filhos. (SILVA E FERREIRA, 2005).

Outra mudança se deu com as novas organizações e estruturas familiares que surgiram, sendo a organização da casa compartilhada pelo homem e pela mulher, a convivência de companheiros do mesmo sexo, mãe e pai separados, criação dos filhos pela avó. E ainda, os familiares, vizinhos e pessoas próximas, ficaram menos disponíveis para cuidar dos filhos, enfim, estes e outros fatores levaram a buscar novas formas para o desenvolvimento, convívio social das crianças, e ainda a preocupação dos pais em oferecer aos filhos uma vida saudável, fazendo com que procurem instituições que proporcionem cuidados e educação para a criança. (SILVA E FERREIRA, 2005).

A construção dos conhecimentos sobre o desenvolvimento e educação infantil levou os pais a modificarem sua concepção sobre as Instituições de Educação Infantil. Os pais acreditavam que apenas o ambiente familiar era bom para o desenvolvimento da criança nos primeiros anos de vida, mas a partir de pesquisas baseadas nas teorias e práticas dos professores, que mostraram que as crianças podem ser saudáveis e desenvolvidas sendo cuidadas por pessoas e ambiente fora do contexto familiar. E ainda, mostraram que as crianças possuem a capacidade de interagir com outras crianças e outras pessoas que podem cuidar delas, como a babá e a professora.

O desenvolvimento das políticas públicas na educação infantil também contribuiu para o aumento do atendimento de crianças nas instituições, especialmente a partir da CFB de 1988, conforme aborda (SILVA E FERREIRA, 2005, p. 182):

No caso da educação infantil, observamos [...] um aumento no número de experiências inovadoras. Impulsionados pelas atuais concepções de infância e de atendimento em instituições e utilizando-se de organismos de participação, Estado e Sociedade criam, cada vez mais, programas alternativos. Esse movimento, fortalecido pelas exigências legais, tem esboçado a configuração de novas políticas públicas destinadas à educação infantil. [...]

Com as legislações, os inúmeros avanços na educação em saúde, procuraram instituir e garantir o direito e acesso a instituições de qualidade de atendimento à

população, pois no passado não funcionavam desta maneira.

As instituições dedicadas a educar e cuidar de crianças pequenas são concebidas, atualmente, como um *direito* da população. Cabe lembrar que nem sempre foi assim. Durante muito tempo, elas foram vistas como um “favor”. Alguns inclusive ainda as concebem dessa forma. Mas foi exatamente para mudar definitivamente essa visão e assegurar a educação coletiva como um direito que muitas lutas aconteceram. Como resultado, essa evolução nas idéias sobre tais instituições foi concretizada em leis. [...] as leis trouxeram avanços, procurando garantir o acesso à essas instituições e guiar a qualidade de atendimento (FERREIRA et. al, 2005, p. 183).

Em 1988, as crianças passaram a ter seus direitos garantidos à educação a partir da criação da nova CFB, a chamada Constituição Cidadã, instituindo nos artigos 196 e 205, que a **educação e saúde é direito de todos**⁴, sem distinção de raça, cor e gênero:

A educação, direito de todos e dever do Estado e da família, será promovida e incentivada com a colaboração da sociedade, visando ao pleno desenvolvimento da pessoa, seu preparo para o exercício da cidadania e sua qualificação para o trabalho (CF. artigo 205, p. 128).

A saúde é direito de todos e dever do Estado garantida mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (CF. artigo 196, p. 55).

A CFB de 1988 institui artigos fundamentais tanto dos direitos de educação, quanto o de saúde, como aborda artigo 6 (p.10): *São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados.*

Modificando os objetivos das creches e pré-escolas, aquelas que possuíam responsabilidade assistencialista, passaram a ser educacional. No artigo 208, inciso IV da Constituição Federal (1988, p. 58) define que a educação infantil é um direito da criança, logo uma opção familiar. *O dever do Estado com a educação será efetivado mediante a garantia de: educação infantil, em creche e pré-escola, às crianças até cinco anos de*

⁴ Grifos nossos para destacar a tese da Educação e Saúde como um direito constitucional e dever do Estado, que no caso é de competência das Prefeituras.

idade.

Percebemos que a CFB (1988) traz um grande desenvolvimento nas políticas públicas, estabelecendo os direitos sociais das crianças, incluindo a educação e saúde como parte destes. No entanto, a educação em saúde deixa de ser um mero favor, passando a ser um direito à criança e toda a população de qualquer faixa etária. A partir disso, cria-se a legislação do ECA, com o objetivo de focar os direitos das crianças e adolescentes. Ferreira et. al (2005, p. 184) aborda:

O ECA estabeleceu um sistema de elaboração e fiscalização de políticas públicas voltadas para a infância [...]. Serviu ainda como base para a construção de uma nova forma de olhar a criança: uma criança com direito de ser criança. Direito ao afeto, direito de brincar, direito de querer, direito de não querer, direito de conhecer, direito de sonhar. [...] em relação à educação infantil, todos esses pontos devem também estar presentes. As propostas pedagógicas devem considerar a criança integralmente. Essa nova forma de olhar a criança e para a criança tem requerido a construção de novas formas de educar e cuidar.

Por outro lado, a LDB define em seu artigo 29:

A educação infantil, primeira etapa da educação básica, tem como finalidade o desenvolvimento integral da criança até 5/6 anos de idade, em seus aspectos físico, psicológico, intelectual e social, complementando a ação da família e da comunidade.

A LDB reconhece que os aspectos educativos e os cuidados cotidianos têm que ser trabalhados em conjunto, é na verdade um desenvolvimento integral, que deve ser exercido nas creches e pré-escolas, o cuidar é o educar e o educar é cuidar, vice-versa. Dentre os direitos e deveres da educação também há os de saúde, como a LDB institui.

Com isso, percebemos que algumas legislações não funcionam apenas com o modo assistencialista de cuidar, mas também desenvolver um trabalho integral com a finalidade pedagógica com as crianças, baseando-se em seus aspectos históricos, culturais, físico, afetivo, social, familiar etc.

Diante disso, compreendemos que as escolas não devem estar preocupadas apenas com o bem cuidar e educar, mas sim, desenvolver uma educação ampla, por meio de trabalhos pedagógicos, através de aulas que possam trazer diferentes temáticas à sala de

aula, através dos temas transversais, favorecendo uma educação que possa desenvolver diversos fatores à criança, por exemplo, social, emocional, cultural, entre outros. A esse respeito, os PCNs dos Temas Transversais (2001, vol. 08, p. 40) mostram que:

[...] A transversalidade promove uma compreensão abrangente dos diferentes objetos de conhecimento, bem como a percepção da implicação do sujeito de conhecimento na sua produção, superando a dicotomia entre ambos. Por essa mesma via, a transversalidade abre espaço para a inclusão de saberes extra-escolares, possibilitando a referência a sistemas de significado construídos na realidade dos alunos.

Portanto, nessa análise sobre Educação em Saúde numa perspectiva das legislações, destacamos o fato dos PCNs de Apresentação dos Temas Transversais e Ética (2001, vol. 08, p. 29), apontar que [...] *a educação para a cidadania requer, portanto, que questões sociais sejam apresentadas para a aprendizagem e a reflexão dos alunos*. Com isso, acreditamos que a educação pode e deve inserir a saúde como objetivo de aprendizado e reflexão dos alunos.

2.1 – Educação em Saúde nos PCNs de Saúde

Os PCNs de Meio Ambiente e Saúde (2001, v. 09) ressaltam alguns objetivos gerais da saúde para o ensino fundamental, acreditando que nessa fase as crianças possam:

Compreender e conscientizar que a saúde é um direito de todos; Compreender que a condição de saúde é produzida nas relações com o meio em que vivem; Conhecer e utilizar formas de intervenção individual e coletiva sobre os fatores que agem sobre a saúde; Conhecer formas de acesso aos recursos dos serviços voltados para a promoção, proteção e recuperação da saúde; e adotar hábitos de autocuidado, respeitando as possibilidades e limites do próprio corpo.

As creches e/ou pré-escolas podem se adaptar às orientações dos PCNs de Meio Ambiente e Saúde do ensino fundamental, pois em ambas possuem a finalidade de uma ação educativa voltada para o desenvolvimento integral da criança.

Para se estudar a saúde de um indivíduo, devemos considerar as relações e

impactos causados através de fatores com o meio físico, social e cultural, buscando compreender cada detalhe como a idade, sexo, herança genética, qualidade de alimentos, habitação e renda econômica. Tais fatores podem e devem fazer parte de alertas e discussões em sala de aula, levando as crianças a possuírem maiores conhecimentos em diversas áreas.

Como a Lei Orgânica da Saúde do nosso país (Lei n.º 8.080), do ano de 1990, define no artigo 3.º que a saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, dentre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais (BRASIL, 2005, p. 07).

A saúde do indivíduo pode ter variações, ao mesmo tempo estando bem, pode estar doente, então, saúde não é um estado estável. Parte da sociedade acredita que ter saúde significa não estar doente, mas, de acordo com os PCNs de Meio Ambiente e Saúde (2001, v. 09, p. 89) a OMS descreve que “saúde é o estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença”.

Segundo os PCNs de Meio Ambiente e Saúde (2001, v. 09), os profissionais de saúde vêm tentando construir um novo conceito de saúde de forma que as pessoas não se percebam somente como uma representação de doenças, mas sim, como construção de cada indivíduo, tendo cuidado consigo mesmo.

Diversas tentativas vêm sendo feitas a fim de construir um conceito mais dinâmico, que dê conta de tratar a saúde não como imagem complementar da doença, e sim, como construção permanente de cada indivíduo e da coletividade, que se expressa na luta pela ampliação do uso das potencialidades de cada pessoa e da sociedade, refletindo sua capacidade de defender a vida (PCNs, 2001, vol. 09, p. 89).

Então, na escola o tema Saúde Preventiva é abordado de maneira transversal, ou seja, a temática perpassa pelas aulas, como orientações, prevenções para o bem viver e o desenvolvimento psíquico e social com qualidade.

Essa questão merece grande atenção dos professores, visto que, muitas doenças podem estar relacionadas a uma má orientação, como a desnutrição, cárie nos dentes, obesidade, diabete etc. Estas propostas preventivas podem ser inseridas e desenvolvidas por professores de todas as disciplinas, fazendo assim, uma atividade no formato da interdisciplinaridade, com compromisso de sensibilizar os alunos.

[...] Educação para a Saúde como tema do currículo eleva a escola ao papel de formadora de protagonistas – e não pacientes – capazes de valorizar a saúde, discernir e participar de decisões relativas à saúde individual e coletiva. Portanto, a formação do aluno para o exercício da cidadania compreende a motivação e a capacitação para o autocuidado, assim como a compreensão da saúde como direito e responsabilidade pessoal e social (PCNs, 2001, vol. 08, p. 34).

Os PCNs de Meio Ambiente e Saúde (2001, v. 09) ressalta que para a instituição escolar realizar ações de saúde não há necessidade de um professor especialista, mas sim, que seja desenvolvido um trabalho pedagógico de maneira transversal.

[...] Não é pressuposto da educação para a Saúde a existência do professor “especialista”; o que se pretende é um trabalho pedagógico cujo enfoque principal esteja na saúde e não na doença. Por isso, o desenvolvimento dos conceitos deve ter como finalidade subsidiar a construção de valores e a compreensão das práticas de saúde favoráveis ao crescimento e ao desenvolvimento. [...] (PCNs, 2001, v. 09 pg. 98)

Diante disso, cabe à escola um papel central na área de saúde, uma vez que, pessoas conscientes da importância de uma prevenção na escola, são garantia do desenvolvimento das crianças e adolescentes, e garantia de uma sociedade mais saudável, através de práticas pedagógicas.

3. SAÚDE, PREVENÇÃO E EDUCAÇÃO NA ESCOLA

Neste capítulo, abordaremos a definição de práticas pedagógicas nas temáticas de educação em saúde na sua relação com o processo de ensino-aprendizagem. Para tanto, definimos que práticas pedagógicas são as ações e metodologias pelo qual o professor tende a usar para aquilo que chamamos de troca de conhecimentos com os alunos, podendo utilizar diversas técnicas, práticas ou habilidades.

3.1 O desafio da escola nas práticas pedagógicas em saúde

Sabemos que a escola possui grande parte da responsabilidade formativa na educação e formação humana, social e intelectual das crianças, pois é nesse espaço que elas passam uma longa e importante fase da sua vida. Assim, a escola deve abordar inúmeras temáticas, pelas quais a saúde é igualmente importante. Desse modo, a saúde focada numa perspectiva interdisciplinar na sala de aula, resulta em aprendizagens para o cotidiano desses alunos em termos de qualidade de vida.

Pereira (2003) ressalta que as práticas de saúde devem estar voltadas para a melhoria de qualidade de vida e saúde, ainda que muitas dessas práticas de saúde requeiram a incorporação de estratégias educativas. Com isso, percebemos a importante relação de educação em saúde nas escolas.⁵ A esse respeito Pereira (2003, p. 1528) afirma que:

A prática educativa em saúde, aqui, refere-se tanto às atividades de educação em saúde, voltadas para o desenvolvimento de capacidades individuais e coletivas visando à melhoria da qualidade de vida e saúde; quanto às atividades de educação permanente, dirigidas aos trabalhadores da área de saúde através da formação profissional contínua. Lembramos que muitas práticas de saúde requerem práticas educativas. [...]

Segundo Barbosa (1998, p. 2): *As ações preventivas devem fazer parte do cotidiano da escola, sendo desenvolvidas continuamente, uma vez que ações voltadas para valorização e melhoria da qualidade de vida, só surtem efeitos a longo prazo.*

Nesse caso, os processos de aprendizagem que queiram um efeito realmente educativo dentro da escola devem se pautar em estratégias pedagógicas que incorporem práticas que reproduzam, insistentemente, modos de vida saudáveis, e isso não se consegue através de ações isoladas, mas sim, através de uma educação permanente.

Para que isso ocorra, primeiramente, a escola deve capacitar todos os professores e funcionários, inclusive os pais, afinal, de nada adianta abordar temas de saúde se aqueles que têm incumbência de ensinar não estão preparados para lidar sobre o assunto. Por outro lado, de nada adianta professores ensinarem essas questões, se a família não assume seu papel educativo. Portanto, estas ações devem fazer parte do cotidiano das crianças, adolescentes, para que eles absorvam estas ações preventivas.

Desse modo, pais e professores vão lidar com diversas situações em seu cotidiano, dentro e fora da escola, ligados à higiene do corpo da criança, curiosidades em relação aos órgãos genitais, curiosidade sobre como nasce um bebê, entre outros e, se não estiverem

⁵ Cadernos Saúde Pública, Rio de Janeiro, 19 (5): 1527-1534, Set-Out, 2003.

preparados, podem criar ilusões, inibições, ou até mesmo não contribuir para a sua formação.

Muitos educadores e pais sentem-se despreparados para lidar com essas demandas, sendo urgente a instrumentalização de recursos humanos para o planejamento, execução e avaliação de ações preventivas. É importante que todos os segmentos da comunidade escolar sejam capacitados, definindo planos de ação e competências diferenciadas que garantam ações contínuas e processuais nesse campo (BARBOSA, 1998, p. 1).

Se de fato esses atores conseguirem se unirem dentro de uma perspectiva pedagógica de ensino atrelado aos resultados da aprendizagem, acreditamos que a educação em saúde em ambientes escolares e não-escolares adquire um papel preventivo dentro desse contexto. Nesse caso, a prevenção é aqui por nós utilizada como sinônimo de educação.

Para criar a prevenção da saúde na escola não se pode apenas fazer palestras técnicas sem a sua continuidade, é preciso que a comunidade escolar construa ações de prevenção, planejando durante o ano letivo, utilizando metodologias sistematizadas na prática pedagógica. A esse respeito, Barbosa (1991, p. 1), afirma:

A prevenção não se esgota na transmissão de informações técnicas, porque essas isoladamente não mudam comportamentos socialmente construídos. Esse fato pode ser observado em relação a realização de palestras que na maioria das vezes são iniciativas isoladas e só fazem aumentar a ansiedade dos educandos e dos educadores que por um lado, sentem-se aliviados porque está se fazendo algo, mas por outro continuam despreparados para assumirem seu papel de “agente preventivos”. Portanto, é necessário adotar uma metodologia participativa que integre elementos do cotidiano dos educandos, oportunizando a assunção de um papel ativo no processo ensino-aprendizagem.

De acordo com esse autor, quando vamos abordar temas de educação e saúde temos que considerar três elementos dinâmicos que estão relacionados e não podem ser pensados isoladamente: indivíduo, contexto social e aspecto institucional.

Atualmente o referencial que orienta os programas de prevenção nas áreas da educação e saúde é o conceito de vulnerabilidade que articula três elementos dinâmicos que estão interrelacionados e não podem ser pensados isoladamente. Então, toda ação preventiva deve pensar o indivíduo, considerando sua história de vida, seu nível de informação, seu estilo de vida e comportamento; não esquecendo que ele faz parte de um contexto social, que pode permitir ou dificultar sua participação e inserção social a serviços de saúde/educação/cultura ente outros; e finalmente o aspecto institucional que é responsável pelo planejamento e execução de programas, projetos e serviços que oportunizam o aumento da reflexão e o acesso a insumos de prevenção [...] (BARBOSA, 1998, p. 2).

Quando pensamos essa lógica dentro do contexto da educação infantil, percebemos o quanto a prevenção se torna central dentro da relação educação e saúde. Até

porque, crianças em idade escolar possuem um conceito próprio de apreender determinados ensinamentos atrelados à imitação de pessoas do seu convívio. Assim, é preciso que a prevenção seja incorporada às práticas pedagógicas dentro da escola, levando em conta os aspectos cognitivos, próprio de crianças em idade escolar.

3.2 Exemplos de práticas pedagógicas em saúde

A seguir, enunciaremos algumas das práticas pedagógicas em saúde que podem ser desenvolvidas com as crianças na educação infantil, pois nesta fase elas estão mais vulneráveis para adquirir algumas doenças, necessitando de proteção física e de saúde.

Passos (2007, fascículo I, p. 75) aborda alguns dos cuidados pessoais e cuidados com o ambiente da criança que são essenciais nas creches e pré-escolas de educação infantil e devem ser desenvolvidas atendendo a necessidade delas:

Cuidados pessoais com a criança

- ✓ Práticas de higiene;
- ✓ Troca de fraldas;
- ✓ Aprendizagem do uso do sanitário;
- ✓ Banho;
- ✓ Higiene oral;
- ✓ Limpeza das mãos;
- ✓ Banho de sol;
- ✓ Alimentação e nutrição;
- ✓ Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento;
- ✓ Prevenção e controle de doenças (vacinação).

Cuidados com o ambiente da criança

- ✓ Higiene ambiental;
- ✓ Limpeza;
- ✓ Descontaminação;
- ✓ Desinfecção;
- ✓ Esterilização.

Passos (2007, p. 74) vai dizer que:

A qualidade dos cuidados oferecidos terá grande impacto sobre a formação da personalidade, segundo a ótica da psicanálise, e ainda, segundo Wallon (1979), sobre o desenvolvimento da consciência corporal propiciado pela interação entre a criança e seu/sua cuidador(a), construindo-se, portanto, a base de sua identificação simbólica. Assim, os cuidados com a criança ao mesmo tempo em que promovem saúde, constituem-se em atividades educativas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao final desse artigo, revelamos algumas constatações sobre a temática Educação em Saúde, as quais nos permitem concluir que são evidentes os desafios didáticos e pedagógicos da Educação Infantil quando procura incorporar a Saúde como aspecto de uma prática pedagógica transversal dentro da escola.

Esse desafio encontra-se, tanto no campo de uma formação qualificada e continuada dos professores, como no papel que a escola e a família exercem como sujeitos que são de uma construção de hábitos e comportamentos saudáveis.

Assim, fica evidente a necessidade das escolas incluírem no currículo educativo ações pedagógicas voltadas para a promoção da saúde com as crianças, pois é nesta faixa etária que se iniciam os hábitos e costumes saudáveis, como: banho, limpeza das mãos, higiene bucal, aprendizagem do uso do sanitário, alimentação saudável, entre outras.

Portanto, a abordagem da educação em saúde deve ser considerada central no processo educativo da educação infantil. Essa conclusão passa, necessariamente, pela ampliação do elo que une os três elementos dinâmicos desse processo: o aluno, contexto social e o aspecto institucional. É preciso então superar os limites ainda impostos pelo Estado para a escola, e pela escola aos professores, na consolidação de uma educação infantil realmente voltada para a saúde e qualidade de vida. Afinal, acreditamos que a Educação em Saúde é um direito de todos e dever do Estado.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AIRES Philippe. **História Social da Criança e da Família**. 2. ed. RJ: LTC, 1978. 196 p.

BARBOSA, Renato. Educação Preventiva nas Escolas. Grupo de Estudo e Trabalho em Educação Preventiva Integral. Sociólogo da Organização Não Governamental. Março/1998.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. 10. ed. Brasília: Câmara dos Deputados, Coordenação de Publicações, 1998. 360 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Educação que Produz Saúde**. Brasília, 2005. 16 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. **Diretrizes para Implantação do Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas**. Brasília, 2006. 24 p.

Diretrizes e Bases da Educação Nacional. Lei Nº 9.394 de 20 de Dezembro de 1996. Disponível em:

http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=12907:legislacoes&catid=70:legislacoes Acessado em: 03/04/2011.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. et al. Novo Dicionário da Língua Portuguesa. 1. edição. Editora Nova Fronteira. Rio de Janeiro, 1985.

FERREIRA, Maria Clotilde Rossetti (org.). Os Fazeres na Educação Infantil. In Guimarães, Laudicéia. **Banho: que delícia!** 7. Ed. São Paulo: Cortez, 2005.

_____ (org.). Os Fazeres na Educação Infantil. In Mello, Ana Maria e Vitoria, Telma. **Bolinhas de sabão**. 7. Ed. São Paulo: Cortez, 2005.

_____ (org.). Os Fazeres na Educação Infantil. In Piotto, Débora Cristina et. al. **“Comer, comer... comer, comer... é o melhor para poder crescer...”** 7. Ed. São Paulo: Cortez, 2005.

_____ (org.). Os Fazeres na Educação Infantil. In Silva, Ana Paula Soares da e Ferreira, M. Clotilde Rossetti. **Novos ares para a educação infantil**. 7. Ed. São Paulo: Cortez, 2005.

_____ (org.). Os Fazeres na Educação Infantil. In Silva, Ana Paula Soares da et. al. **As leis e a educação infantil**. 7. Ed. São Paulo: Cortez, 2005.

LEITE, Maria Madalena Januário. et al. Educação em Saúde: desafios para uma prática inovadora. 1ª edição. Ed. Difusão. São Caetano do Sul, SP, 2010.

MIGUEL, Ana Silvia Bergantini. Cuidar e Educar: Um Novo Olhar para a Educação Infantil. Disponível em: http://www.fafibe.br/revistaonline/arquivos/ana_silvia_aluna_-_cuidar_e_educar_um_novo_olhar.pdf Acessado em: 30/09/2009.

Parâmetros Curriculares Nacionais: **Apresentação dos Temas transversais: ética** / Ministério da Educação. Secretaria da Educação Fundamental. 3. ed. Vol. 08. Brasília: A Secretaria, 2001. 146 p.

Parâmetros Curriculares Nacionais: **Meio Ambiente: Saúde** / Ministério da Educação. Secretaria da Educação Fundamental. 3 ed. Vol. 09. Brasília: A Secretaria, 2001. 128 p.

PASCHOAL, Jaqueline D; MACHADO, Maria Cristina Gomes. A História da Educação Infantil no Brasil: Avanços, Retrocessos e Desafios dessa Modalidade Educacional. Revista Histedbr On-line. Campinas, n. 33, p. 78-95, março 2009. Disponível em: http://www.histedbr.fae.unicamp.br/revista/edicoes/33/art05_33.pdf Acessado em: 11/10/2009.

PASSOS, Maria Cristina. Ministério da Educação Secretaria de Educação a Distância Consórcio Pro-Formar. Saúde, Alimentação e Nutrição. **Fascículo 1**. Cuiabá: EdUFMT, 2007. 100 p.

_____. Ministério da Educação Secretaria de Educação a Distância Consórcio Pro-Formar. Saúde, Alimentação e Nutrição. **Fascículo 2**. Cuiabá: EdUFMT, 2007. 120 p.

PEREIRA, Adriana Lenho de Figueiredo. As tendências pedagógicas e a prática educativa nas ciências da saúde. Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro, p. 1527 – 1534, set-out 2003. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v19n5/17825.pdf> Acessado em: 15/08/2011.