

**UNIVERSIDADE DE SOROCABA
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO**

Angelo Carneiro Bonadio

**EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA EDUCAÇÃO INFANTIL: FORMAÇÃO DE
FAMILIARES E DE EDUCADORES SOBRE CONDIÇÕES DE SAÚDE E
NUTROLOGIA PEDIÁTRICA**

**Sorocaba/SP
2026**

Angelo Carneiro Bonadio

EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA EDUCAÇÃO INFANTIL: FORMAÇÃO DE FAMILIARES E DE EDUCADORES SOBRE CONDIÇÕES DE SAÚDE E NUTROLOGIA PEDIÁTRICA

Tese apresentada à banca examinadora do Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade de Sorocaba, como exigência parcial para obtenção do título de Doutor em Educação.

Orientador: Prof. Dr. Rafael Ângelo Bunhi Pinto

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001.

Sorocaba/SP

2026

Ficha Catalográfica

B685e Bonadio, Angelo Carneiro
Educação em saúde na educação infantil : formação de familiares e de educadores sobre condições de saúde e nutrição pediátrica / Angelo Carneiro Bonadio. – 2026.
235 f. : il.

Orientador: Prof. Dr. Rafael Ângelo Bunhi Pinto
Tese (Doutorado em Educação) - Universidade de Sorocaba, Sorocaba, SP, 2026.

1. Promoção da saúde. 2. Educação sanitária – Participação dos pais. 3. Crianças – Saúde e higiene. 4. Crianças – Nutrição. 5. Nutrição. 6. Saúde escolar. 7. Creches. I. Pinto, Rafael Ângelo Bunhi, orient. II. Universidade de Sorocaba. III. Título.

Angelo Carneiro Bonadio

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-4774-7481>

EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA EDUCAÇÃO INFANTIL: FORMAÇÃO DE FAMILIARES E DE EDUCADORES SOBRE CONDIÇÕES DE SAÚDE E NUTROLOGIA PEDIÁTRICA

Tese apresentada à banca examinadora do Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade de Sorocaba, como exigência parcial para obtenção do título de Doutor em Educação.

Aprovado em: 06/03/2026

BANCA EXAMINADORA:

Documento assinado digitalmente



RAFAEL ANGELO BUNHI PINTO

Data: 27/03/2026 14:04:48-0300

Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Prof. Dr. Rafael Ângelo Bunhi Pinto

Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-4988-3628>

Universidade de Sorocaba

Documento assinado digitalmente



HEITOR ZOCHIO FISCHER

Data: 27/03/2026 14:53:09-0300

Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Prof. Dr. Heitor Zochio Fischer

Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-8090-0508>

Universidade de Sorocaba

Documento assinado digitalmente



MARIA OGECIA DRIGO

Data: 27/03/2026 15:08:05-0300

Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Prof.^a Dr.^a. Maria Ogécia Drigo

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-5123-0610>

Universidade de Sorocaba

Documento assinado digitalmente



JOSE RENATO POLLI

Data: 30/03/2026 14:23:04-0300

Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Prof. Dr. José Renato Polli

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-5139-6493>

Universidade de Sorocaba

Documento assinado digitalmente



FERNANDO ANTONIO DE ALMEIDA

Data: 31/03/2026 11:43:00-0300

Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Prof. Dr. Fernando Antonio de Almeida

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-9404-9707>

Pontifícia Universidade Católica de São Paulo

Dedico a todos os educadores que passaram pela minha vida e que, de alguma forma, me motivaram a chegar até aqui.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por traçar o caminho da minha vida até este momento.

À minha família, em especial ao meu pai, Arquineu Bonadio, e à minha mãe, Lucinéia Duarte Carneiro Bonadio, por me dar alicerce, orientação e propósito.

À minha esposa, Ariane Cantarella Bonadio, por me dar apoio e base.

Aos meus filhos, Angelo Carlos Cantarella Bonadio e Anna Helena Cantarella Bonadio, por me inspirarem e me motivarem.

“Amanhã será um grande dia, melhor do
que hoje”

RESUMO

A pesquisa, com a temática “educação em saúde na educação infantil”, está vinculada à linha de pesquisa “Políticas, Gestão e História da Educação” do Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade de Sorocaba e é guiada pela seguinte questão: como contribuir para a educação em saúde e nutrição pediátrica na educação infantil por meio de encontros educativos? Para tanto, o objetivo geral é compreender como otimizar a relação de orientação em saúde e nutrição pediátrica entre pais e educadores em creches. Já os objetivos específicos são: identificar a compreensão de pais e educadores sobre doenças que acometem crianças; levantar quais doenças mais geram dúvidas na população estudada; e elaborar cartilhas educativas sobre cuidados em saúde e nutrição pediátrica, contendo critérios para determinar quando a criança deve ser afastada das atividades escolares e quando deve ser encaminhada para atendimento de urgência. Para alcançar esses objetivos, foi elaborada uma atividade educativa adaptada às necessidades de duas unidades de educação infantil de Salto de Pirapora/SP, abrangendo 18 educadores e 60 pais ou responsáveis pelas crianças matriculadas nessas instituições, executada pelo pesquisador, com formação na área da saúde. Como referencial teórico, foram usados os autores Villela, Archangelo, Gonzalez-Mena e Eyer ao explorar a relação entre família e unidade escolar. Já ao relacionar educação e saúde, foram usados os autores Pelicioni, Figueiredo, Monteiro e Bizzo. Para a realização do estudo, foram realizadas, inicialmente, levantamento bibliográfico e documental e, posteriormente, uma pesquisa-intervenção com análise qualitativa e quantitativa dos dados. A metodologia incluiu duas etapas. Na primeira, os participantes responderam a questionários prévios e participaram de encontros educativos com base em discussões dialogadas sobre cuidados com crianças doentes. Na segunda etapa, os encontros foram separados entre pais e educadores, com o objetivo de avaliar o impacto da atividade anterior. Entre os resultados, destacamos que, para os pais, a intervenção serviu como oportunidade de esclarecer dúvidas sobre a saúde infantil e a nutrição pediátrica, promovendo maior compreensão dos sintomas comuns, demonstrando maior confiança em lidar com a saúde e a nutrição dos filhos, com relatos de menor preocupação diante de problemas simples e maior adesão às orientações da creche. Para os educadores, a atividade teve um impacto mais direto na rotina profissional, proporcionando maior segurança na comunicação com os pais e no manejo de crianças doentes. Muitos relataram sentir-se mais capacitados para orientar as famílias, enquanto outros mencionaram um fortalecimento da comunicação entre a creche e os responsáveis. A atividade demonstrou ser uma forma relevante para promover o conhecimento e aproximar pais e educadores na busca por melhores cuidados à saúde e à nutrição infantis. No âmbito social, a atividade educativa permite aos pais terem mais autonomia nas decisões relacionadas à busca por um profissional da saúde e aos educadores fornece amparo à fragilidade em sua formação profissional quanto à compreensão de aspectos da educação em saúde. Conclui-se que há necessidade de que esta ação apresente periodicidade com o intuito de melhor qualificar a população, visto que os pais que frequentam as unidades de educação infantil, bem como os profissionais que ali trabalham, se renovam.

Palavras-chave: Educação em Saúde, Educação Infantil - Creche, Formação Educativa em Saúde, Nutrição Pediátrica e Educação.

ABSTRACT

This research, themed "health education in early childhood education," is linked to the research line "Policies, Management and History of Education" of the Postgraduate Program in Education at the University of Sorocaba and is guided by the following question: how to contribute to health and pediatric nutrition education in early childhood education through educational meetings? To this end, the general objective is to understand how to optimize the relationship between parents and educators in daycare centers regarding guidance on health and pediatric nutrition. The specific objectives are: to identify the understanding of parents and educators about diseases that affect children; to identify which diseases generate the most questions in the studied population; and to develop educational booklets on health and pediatric nutrition care, containing criteria to determine when a child should be removed from school activities and when they should be referred for emergency care. To achieve these objectives, an educational activity adapted to the needs of two early childhood education units in Salto de Pirapora/SP was developed, encompassing 18 educators and 60 parents or guardians of children enrolled in these institutions. The activity was carried out by the researcher, who has a background in health. The theoretical framework used was based on the work of Villela, Archangelo, Gonzalez-Mena, and Eyer when exploring the relationship between family and school. The work of Pelicioni, Figueiredo, Monteiro, and Bizzo was used when relating education and health. The study initially involved a bibliographic and documentary review, followed by an intervention research project with qualitative and quantitative data analysis. The methodology included two stages. In the first, participants answered preliminary questionnaires and participated in educational meetings based on dialogued discussions about caring for sick children. In the second stage, the meetings were separated between parents and educators, with the aim of evaluating the impact of the previous activity. Among the results, we highlight that, for parents, the intervention served as an opportunity to clarify doubts about children's health and pediatric nutrition, promoting greater understanding of common symptoms, demonstrating greater confidence in dealing with their children's health and nutrition, with reports of less concern about simple problems and greater adherence to the daycare's guidelines. For educators, the activity had a more direct impact on their professional routine, providing greater confidence in communicating with parents and managing sick children. Many reported feeling more empowered to guide families, while others mentioned a strengthening of communication between the daycare and the caregivers. The activity proved to be a relevant way to promote knowledge and bring parents and educators closer together in the pursuit of better child health and nutrition care. In the social sphere, educational activities allow parents greater autonomy in decisions related to seeking a healthcare professional, and provide educators with support to address weaknesses in their professional training regarding the understanding of aspects of health education. It is concluded that this action needs to be carried out periodically in order to better qualify the population, given that the parents who attend early childhood education units, as well as the professionals who work there, are constantly evolving.

Keywords: Health Education, Early Childhood Education - Daycare, Educational Training in Health, Pediatric Nutrology and Education.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Localização geográfica do município de Salto de Pirapora/SP	118
Figura 2 – Creche A	119
Figura 3 – Creche B	119
Figura 4 – Encontro com pais e educadores na creche A.....	122
Figura 5 – Encontro com pais e educadores na creche B.....	123
Figura 6 – Divulgação do 2º Encontro Educativo	125

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Doenças que pais e educadores apresentam dúvidas	128
Tabela 2. Como pais e educadores agem quando criança sob sua responsabilidade está doente.....	130
Tabela 3. Condições de doença que os pais e educadores entendem serem pertinentes a avaliação em pronto-socorro/atendimento.....	133
Tabela 4. Forma como pais ou responsáveis e educadores se informam sobre questões de saúde	135
Tabela 5. Formação em cuidados de saúde em disciplinas na graduação	138
Tabela 6. Entendimento de pais e educadores sobre a necessidade de a creche participar do processo de educação em saúde	140
Tabela 7. Avaliação de pais e educadores sobre as atividades educativas realizadas na creche.....	162
Tabela 8. Sugestões de pais e educadores para futuras atividades educativas realizadas na creche	163
Tabela 9. Problemas de saúde que ocorreram com as crianças após a atividade educativa	166
Tabela 10. Problemas de saúde que ocorreram com os alunos após a atividade educativa: percepção pessoal e profissional dos educadores	168
Tabela 11. Diagnósticos médicos de doenças que acometeram as crianças após a atividade educativa.....	170
Tabela 12. Percepção dos pais ao serem informados pela creche que o filho estava doente	171
Tabela 13. Percepção dos pais ao serem informados pela creche que o filho estava doente	173
Tabela 14. Percepção dos pais sobre o parecer do estado de saúde dado pela creche	175
Tabela 15. Percepção dos educadores sobre a aceitação do parecer dado aos pais sobre o estado de saúde da criança	176
Tabela 16. Necessidade de internação de criança.....	177
Tabela 17. Contribuição da atividade educativa para melhor orientar pais sobre problemas de saúde	178
Tabela 18. Percepção dos educadores sobre mudança do comportamento dos pais após atividade educativa	180
Tabela 19. Percepção dos educadores sobre a uniformização dos conhecimentos de saúde de pais e instituição, creche, após atividade educativa	182

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AS	Alfabetização em Saúde
BNCC	Base Nacional Comum Curricular
CAEs	Conselhos de Alimentação Escolar
CDC	<i>Centers for Disease Control and Prevention</i>
CFE	Conselho Federal de Educação
CNE	Conselho Nacional de Educação
CNME	Campanha Nacional da Merenda Escolar
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
DF	Distrito Federal
DHAA	Direito Humano à Alimentação Adequada
EeS	Educação em Saúde
EJA	Educação de Jovens e Adultos
EPS	Educação em Promoção da Saúde
EpS	Educação para a Saúde
ESF	Equipes de Saúde da Família
FNDE	Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação
GTIEs	Grupos de Trabalho Estaduais
GTIMs	Grupos de Trabalho Municipais
GGHS	<i>Global School-based Student Health Survey</i>
GH	<i>Growth Hormone</i>
HON	<i>Health On the Net</i>
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICMS	Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços
IDEB	Índice de Desenvolvimento da Educação Básica
INEP	Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira
IREPS	Iniciativa Regional Escolas Promotoras de Saúde
IVAS	Infecção de Vias Aéreas Superiores
LDB	Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional
MEC	Ministério da Educação
OMS	Organização Mundial da Saúde

OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PeNSE	Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar
PCN	Parâmetros Curriculares Nacionais
PIB	Produto Interno Bruto
PL	Projeto de Lei
PNAE	Programa Nacional de Alimentação Escolar
PNE	Plano Nacional de Educação
PNI	Programa Nacional de Imunização
PNIPI	Política Nacional Integrada da Primeira Infância
PNPS	Política Nacional de Promoção da Saúde
PSE	Programa Saúde na Escola
SAN	Segurança Alimentar e Nutricional
SEB	Secretaria de Educação Básica
SESP	Serviço Especial de Saúde Pública
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNAIDS	Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS
UNESCO	Organização das Nações Unidas para a Educação a Ciência e a Cultura
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	14
2	A RELAÇÃO ENTRE FAMÍLIA E UNIDADE ESCOLAR.....	29
3	A RELAÇÃO ENTRE EDUCAÇÃO E SAÚDE: UMA ANÁLISE HISTÓRICA ...	35
3.1	O Papel da Escola na relação educação e saúde	52
3.2	Deficiências na formação de pedagogos e de pedagogas em aspectos relacionados à saúde e nutrição infantil	57
4	POLÍTICAS PÚBLICAS EM EDUCAÇÃO E SAÚDE NO BRASIL	62
4.1	Educação e Saúde na perspectiva das políticas curriculares	68
4.1.1	Parâmetros Curriculares Nacionais (PCN)	69
4.1.2	Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) Para a Educação Básica.....	72
4.1.3	Base Nacional Comum Curricular (BNCC)	82
4.2	Programas voltados para a Educação e Saúde nas Escolas.....	87
4.2.1	Programa Saúde na Escola (PSE)	88
4.2.2	Programa Escola em Tempo Integral	91
4.2.3	Política Nacional de Alimentação Escolar (PNAE)	94
4.2.4	Programa Nacional de Imunização (PNI).....	99
4.2.5	Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE).....	101
4.2.6	Promoção da Saúde Mental	104
4.2.7	Educação em Saúde Sexual e Reprodutiva	106
4.2.8	Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS)	108
4.2.9	Marco Legal da Primeira Infância	110
4.2.10	Política Nacional Integrada da Primeira Infância (PNIPI).....	111
4.3	Critérios para um atendimento em creches que respeite os direitos fundamentais das crianças	112
5	DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA EMPÍRICA.....	116
5.1	Primeira Etapa.....	120
5.2	Segunda Etapa	124
6	RESULTADOS	128
6.1	Análise pós-atividade educativa.....	161
7	CARTILHAS PRODUZIDAS COM BASE NOS RESULTADOS	189
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	236
9	REFERÊNCIAS	241
10	APÊNDICES	264

1 INTRODUÇÃO

Pais frequentemente levam seus filhos ao pronto-socorro por questões simples, como problemas respiratórios iniciais, traumatismo craniano leve e sangramento nasal (Kua *et al.*, 2016; Pinheiro, 2008). Diante de uma doença ou lesão, a avaliação da gravidade pode ser difícil e gerar estresse, levando muitos responsáveis a considerarem casos não urgentes como suficientemente graves para justificar uma visita à emergência (Cicolo, 2018; Kua *et al.*, 2016; Kubicek *et al.*, 2012). Estudos indicam que os pais tendem a superestimar a gravidade das condições de seus filhos em atendimentos pediátricos de emergência (Batu *et al.*, 2015; Kovacs *et al.*, 2005; Kua *et al.*, 2016; Méndez *et al.*, 2005). Nos Estados Unidos, Kubicek *et al.* (2012) verificaram que 63% dos cuidadores que levaram crianças sem gravidade à emergência classificaram a situação como muito ou extremamente urgente, evidenciando uma lacuna no conhecimento básico sobre doenças infantis e seu manejo. Essa deficiência de informação em saúde afeta todas as faixas etárias.

A creche e a família compartilham a responsabilidade pela educação e pelo cuidado da criança, desempenhando papéis complementares que exigem uma interação saudável e construtiva. Para que essa sinergia seja estabelecida, é fundamental que haja cumplicidade, tolerância e confiança entre ambos (Veríssimo *et al.*, 2003). As decisões tomadas no contexto da creche impactam diretamente a dinâmica familiar, tornando essencial a participação ativa dos pais nesse processo. A troca constante de informações e ideias entre pais e educadores, facilitada por encontros como reuniões com especialistas e celebrações escolares, favorece a integração e fortalece a coesão entre a família e a instituição. No entanto, dado que o cuidado da criança envolve diversos indivíduos, é comum o surgimento de conflitos entre os cuidadores, sendo necessário que esses conflitos sejam reconhecidos e superados para garantir uma interação saudável e sem prejuízo para a criança (Veríssimo *et al.*, 2003).

As Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação Infantil destacam a importância da integração entre a escola e as famílias, especialmente para crianças de zero a cinco anos, como fator essencial para o desenvolvimento saudável e integral dos pequenos (Brasil, 2013a). Esse processo de integração exige um diálogo

constante entre pais, educadores e outros profissionais, de modo a garantir que as práticas adotadas na creche e na escola sejam coerentes e complementares. A comunicação contínua entre todos os envolvidos contribui para uma abordagem educacional mais alinhada, promovendo um desenvolvimento mais completo e equilibrado para as crianças, alinhado com as necessidades nos primeiros anos de vida.

Ao promover uma comunicação contínua entre pais, educadores e profissionais de saúde, cria-se um fluxo mais coerente de cuidados, capaz de orientar as famílias, alinhar as práticas de promoção da saúde nas creches e reduzir a busca desnecessária por serviços de alta complexidade.

Pesquisas realizadas em diferentes contextos revelam que uma parte significativa dos atendimentos de urgência pediátrica poderia ser resolvida na rede básica de saúde. Em Recife, constatou-se que 63,5% das crianças que foram levadas aos serviços de urgência apresentavam problemas de saúde que poderiam ser tratados em unidades de atenção primária (Kovacs *et al.*, 2005). Estudo semelhante realizado em Singapura indicou que 60% dos atendimentos não eram realmente urgentes (Kua *et al.*, 2016). No Chile, um estudo mais abrangente revelou que 90% dos atendimentos pediátricos de urgência poderiam ter sido resolvidos de maneira satisfatória na atenção primária (Mendes *et al.*, 2016).

A sobrecarga do sistema de saúde causada pela atenção a pacientes que não apresentam problemas urgentes pode ter consequências negativas, como a redução da dedicação a pacientes graves e o aumento do risco de erros médicos (Mendes *et al.*, 2016). O aumento no número de atendimentos também acarreta atrasos no atendimento e nos tratamentos, estendendo o tempo de permanência no serviço de saúde e gerando estresse, tanto nos acompanhantes quanto nos próprios pacientes. Além disso, há o desvio de recursos financeiros e profissionais que poderiam ser direcionados para pacientes mais gravemente enfermos, o que compromete a qualidade geral do atendimento e a eficiência do sistema (Kubicek *et al.*, 2012). A falta de uma triagem eficaz e a sobrecarga nos serviços de urgência podem, assim, prejudicar o atendimento de emergências reais e aumentar o risco de complicações.

Os custos associados à prática de levar crianças ao hospital para avaliar condições simples são significativos, pois envolvem a mobilização de uma pessoa

economicamente ativa para acompanhar o paciente, o que compromete seu trabalho e, em alguns casos, resulta na perda de renda familiar. Cada atendimento hospitalar gera um custo direto, o que pode afetar a disponibilidade de recursos para aprimorar a qualidade do serviço. De acordo com o Sistema Único de Saúde (SUS), o custo total de um atendimento pediátrico de urgência é de R\$ 47,27, incluindo serviços hospitalares e profissionais (Brasil, 2023a). Esse gasto elevado com atendimentos desnecessários pode desviar recursos que poderiam ser destinados à aprimoramento dos serviços de saúde, refletindo um uso ineficiente do sistema público de saúde.

A compreensão desse uso ineficiente dos serviços de saúde permite ampliar o olhar para além do setor hospitalar, evidenciando a importância de estratégias preventivas e educativas no cotidiano das crianças. Muitas das demandas que resultam em atendimentos pediátricos de urgência poderiam ser manejadas com maior segurança no ambiente familiar ou escolar, desde que pais e educadores estivessem adequadamente orientados e articulados. É nesse ponto que a educação infantil assume um papel central, não apenas como espaço de aprendizagem formal, mas também como território de cuidado integral, no qual saúde e educação se entrelaçam de forma indissociável.

Nos primeiros tempos da educação infantil, no Brasil, observava-se uma dicotomia entre as instituições, com algumas focadas em objetivos assistenciais e outras em objetivos educacionais. No entanto, é importante destacar que não é possível separar o cuidado da educação no desenvolvimento infantil. Para garantir um cuidado integral e de qualidade, é essencial que haja sinergia entre as famílias e os profissionais da educação, de modo que ambos possam contribuir com suas experiências e valores. Nesse contexto, os pais são considerados os principais responsáveis pela educação dos filhos, sendo essa uma tarefa compartilhada com os educadores, que desempenham um papel fundamental na formação e cuidado das crianças (Oliveira, 2008).

O sistema de Educação Infantil no Brasil desenvolveu-se inicialmente com um caráter assistencialista, voltado às crianças de famílias de baixa renda, enquanto as das classes mais altas eram atendidas com uma abordagem mais educacional, conforme já mencionado. De acordo com Barbosa (2017), com a popularização da educação infantil e a busca por afastar o termo "creche" das instituições voltadas à

classe trabalhadora, a iniciativa privada passou a adotar o termo "pedagógico" para essas escolas. Nas instituições privadas, o foco educacional estava centrado em aspectos como obediência e disciplina, características que refletiam uma abordagem mais formal e estruturada, buscando moldar o comportamento das crianças desde os primeiros anos de vida (Kuhlmann Junior, 2015).

Ainda no que se refere à terminologia "creche", desde 2012 existe um Projeto de Lei (PL) em tramitação na Câmara Federal, PL nº 3137/2012, que discute a utilização do termo nesta primeira etapa da educação escolar. O PL aponta que esse termo carrega uma excessiva carga assistencial, não mais compatível com o papel que o sistema educacional cumpre atualmente. Dessa forma, o termo proposto em substituição à "creche" seria "educação infantil I" (Brasil, 2012). No entanto, mesmo após mais de uma década, o PL ainda não foi convertido em lei, e o termo "creche" continua sendo utilizado, inclusive na literatura acadêmica.

Com o desenvolvimento do modelo de educação infantil no Brasil, ficou clara a distinção entre as creches públicas e privadas. As creches privadas, voltadas para crianças de famílias de maior poder aquisitivo, geralmente oferecem um ingresso mais tardio ou, muitas vezes, atendem apenas em um turno. Esses espaços tendem a ser menores, com grupos reduzidos de crianças, ambientes mais adaptados às necessidades infantis, rotinas mais flexíveis e maior participação dos pais nas questões de alimentação e higiene (Costa, 2015). Essas características refletem um atendimento mais personalizado e voltado ao desenvolvimento educacional das crianças, com foco no conforto e nas necessidades específicas de cada uma delas.

Por outro lado, as creches públicas, destinadas às crianças de famílias de baixa renda, oferecem inclusão mais precoce e permanência integral nas instituições. Para as mães, muitas delas oriundas de situações econômicas desfavoráveis, a creche representa uma oportunidade importante de ingressar no mercado de trabalho e melhorar sua situação financeira. Essas creches oferecem rotinas mais sistemáticas e organizam os grupos de crianças por faixa etária. Além disso, elas desempenham um papel crucial ao prestar cuidados essenciais, como alimentação adequada, assistência à saúde e atividades de promoção da saúde e profilaxia. Tais medidas são de fundamental importância para garantir a proteção e o bem-estar das crianças, especialmente aquelas em situações de vulnerabilidade social (Costa, 2015).

Apesar dos esforços das unidades da primeira etapa da educação infantil para oferecer cuidados e proteção às crianças, é importante reconhecer que algumas delas podem ser mais vulneráveis a eventos estressantes devido a diferenças fisiológicas e psicológicas. Essa vulnerabilidade é particularmente observada em populações de baixa renda, nas quais as condições desfavoráveis podem limitar a capacidade das famílias de fornecer os recursos necessários para ajudar as crianças a lidar com o estresse. Nesse contexto, as creches públicas desempenham um papel ainda mais crucial, pois suas medidas de proteção e assistência podem ajudar a mitigar os efeitos negativos de tais condições adversas, proporcionando um ambiente seguro e de apoio (Costa, 2015).

No Brasil, como em outros países, a primeira etapa da educação infantil tem importância central para o desenvolvimento da criança. Sua constituição está ligada às transformações da industrialização e da urbanização. Originalmente, a principal preocupação das creches era combater a pobreza e a mortalidade infantil, garantindo condições básicas como higiene, segurança física e alimentação para as crianças.

No que tange à alimentação, a nutrologia é um campo que não apenas dialoga com a educação, mas a atravessa estruturalmente, sobretudo quando pensamos a escola como lugar de cuidado, desenvolvimento humano e produção de condições para que a aprendizagem aconteça. A relação entre a nutrologia e a educação ultrapassa a simples oferta de alimentos ou a avaliação do estado nutricional. Ela revela como os processos biológicos que sustentam o desenvolvimento humano são indissociáveis das práticas culturais, sociais e pedagógicas que se constroem no espaço escolar. Na infância, essa relação torna-se ainda mais evidente, pois é nesse período que se definem circuitos neurocognitivos, padrões metabólicos, habilidades socioemocionais e repertórios comportamentais que acompanharão o indivíduo ao longo da vida. A nutrologia oferece, portanto, o conhecimento científico sobre como nutrientes, metabolismo e condições alimentares influenciam não apenas a saúde física, mas também o desenvolvimento cerebral e a capacidade de aprender; já a educação oferece o ambiente estruturante em que esses processos ganham forma, sentido e direção (Feferbaum *et al.*, 2020).

O estado nutricional funciona como base biológica para a aprendizagem. O cérebro em desenvolvimento demanda energia constante, micronutrientes específicos

e estabilidade metabólica. Deficiências de ferro, vitamina A ou vitamina D, assim como dietas ricas em produtos ultraprocessados, não geram apenas problemas clínicos, mas também produzem impactos mensuráveis no comportamento escolar: pior regulação emocional, menor capacidade de atenção, fadiga mais fácil, queda no rendimento acadêmico e dificuldade em operações cognitivas mais complexas (Alves *et al.*, 2024; Weffort, 2020). Assim, a nutrologia não é periférica à educação, mas uma ferramenta para compreender por que muitas crianças têm dificuldades que, à primeira vista, parecem pedagógicas, mas, na verdade, são manifestações de condições biológicas alteradas (Feferbaum *et al.*, 2020).

A educação exerce uma função transformadora sobre a saúde e a nutrição. Ninguém nasce sabendo como se alimentar; hábitos são construídos no cotidiano, com base em modelos, rituais e experiências partilhadas. A escola, como espaço de convivência e formação, desempenha um papel central no estabelecimento de paradigmas alimentares que podem acompanhar a criança por décadas. Quando a escola integra princípios nutrólogos ao currículo e ao ambiente escolar, desde a elaboração dos cardápios, até atividades de educação alimentar contextualizadas, ela traduz conhecimento científico em cultura, permitindo que atos como comer, escolher alimentos e compreender o próprio corpo deixem de ser intuitivos para se tornarem práticas conscientes e saudáveis.

Sob essa perspectiva, as contribuições de Lev Vygotsky ajudam a compreender como esses processos de aprendizagem se estruturam. Para o autor, o desenvolvimento infantil ocorre por meio das interações sociais e da mediação cultural, sendo o conhecimento construído coletivamente antes de se tornar internalizado pelo indivíduo (Vygotsky, 1991). Assim, práticas cotidianas realizadas no ambiente escolar como compartilhar refeições, conversar sobre alimentos e participar de atividades educativas relacionadas à nutrição, funcionam como momentos de aprendizagem mediada, nos quais a criança amplia sua compreensão sobre hábitos alimentares e saúde. Nesse sentido, a escola atua como um espaço privilegiado de mediação, no qual adultos e colegas contribuem para a formação de significados e comportamentos que serão gradualmente incorporados ao repertório da criança.

A experiência de cada criança na educação infantil pode variar consideravelmente, dependendo de diversos fatores, como as características

individuais da criança, as condições familiares e, especialmente, a qualidade da unidade de ensino. O ambiente oferecido pela instituição, sua capacidade de responder às necessidades específicas de cada criança e o apoio dado às famílias são determinantes para o impacto positivo da educação infantil no desenvolvimento infantil (Costa, 2015).

Atualmente, há uma transformação significativa na concepção da educação infantil, que passou a ser estimulada a promover não apenas cuidados básicos e boa nutrição para as crianças, mas também seu desenvolvimento social, cognitivo, físico-motor, afetivo e cultural. Essa mudança de abordagem abrange tanto as instituições públicas quanto as privadas, refletindo uma maior conscientização sobre a importância de um atendimento integral à infância. No entanto, apesar dessas mudanças, ainda prevalece, em muitas sociedades, a visão de que as creches existem principalmente para atender às necessidades das mães que trabalham fora, com o foco muitas vezes voltado para a conveniência das famílias, em detrimento das reais necessidades e potencialidades das crianças (Costa, 2015).

A colaboração entre diferentes instâncias é crucial na educação infantil, uma vez que a escola, sozinha, não pode resolver todos os problemas sociais que impactam seu trabalho. Isso exige uma abordagem interdisciplinar que vai além das políticas educacionais, integrando uma rede de apoio às famílias (Maranhão; Sarti, 2007).

Os Planos Municipais pela Primeira Infância, quando alinhados ao Marco Legal da Primeira Infância (Lei nº 13.257/2016), tornam-se ferramentas estratégicas para orientar investimentos, estabelecer metas factíveis e qualificar equipes técnicas, assegurando que a saúde, a educação e a assistência social atuem de forma articulada. A educação infantil, dessa forma, deixa de ser compreendida apenas como oferta de vagas e passa a ser vista como parte de uma política mais ampla de desenvolvimento infantil (Brasil, 2016).

Ao propor que União, estados e municípios integrem suas políticas e estabeleçam mecanismos de governança compartilhada, o Marco Legal da Primeira Infância reforça o papel dos municípios como protagonistas na organização dos serviços que atendem à criança pequena, devido à sua proximidade com as famílias e ao seu poder de articular redes locais de proteção social (Brasil, 2016).

A saúde e a nutrição, frequentemente vistas como responsabilidade exclusiva das famílias, desempenham um papel fundamental no processo educacional. De acordo com Minuchin (1993, *apud* Lemos, 2010), A família é uma unidade social que se desenvolve de forma interativa e é essencial para a educação das crianças. Portanto, a família é um espaço crucial para a educação, vista como uma representação da vida (Lemos, 2010).

As áreas da educação, da saúde e da nutrição estão intimamente conectadas, tanto na produção de conhecimento científico quanto na proposição de práticas voltadas a melhorar a qualidade de vida e a saúde das pessoas. Atualmente, muitas ações em saúde e nutrologia incorporam atividades educativas, que têm sido cada vez mais valorizadas por seu papel em promover um estilo de vida saudável. Essas práticas podem ocorrer em diversos espaços sociais, sempre com o objetivo de criar condições que favoreçam a saúde. Contudo, ao lidar com crianças pequenas, é necessário reconhecer que elas não têm autonomia para cuidar de sua própria saúde e nutrição, o que torna fundamental que recebam cuidados adequados e apoio na formação de hábitos e valores relacionados à saúde (Pereira, 2003).

A promoção da saúde e boa alimentação no ambiente escolar deve adotar uma abordagem que leve em conta o contexto familiar, comunitário, social e ambiental dos indivíduos, exigindo uma visão integrada e multidisciplinar do ser humano (Gonçalves *et al.*, 2008). No entanto, a ação dos profissionais de saúde, por si só, não é suficiente para abranger todos esses aspectos. É fundamental que haja colaboração com diversos setores, como a assistência social, a infraestrutura de saneamento e, principalmente, a educação. A integração dessas áreas é essencial para a implementação de estratégias eficazes de promoção de saúde e adequada nutrição, garantindo que as crianças tenham acesso a cuidados abrangentes e de qualidade (Salgado, 2016).

Para que uma sociedade alcance a saúde e a produtividade de seus membros, é fundamental a implementação de políticas públicas que envolvam diferentes áreas, como as econômicas, sociais, nutricionais e de saúde. As políticas educacionais desempenham um papel crucial nesse processo, pois têm o poder de articular esforços entre saúde, nutrologia e educação para promover o bem-estar da população. A educação para a saúde nas escolas, quando bem estruturada e

implementada, pode atingir toda a comunidade escolar, englobando não apenas alunos, mas também professores, funcionários e seus familiares, ampliando o impacto das ações de promoção de saúde (Salgado, 2016).

Green e Kreuter (1992) diferenciaram a educação em saúde da promoção em saúde. Sendo a educação em saúde definida como o conjunto de experiências de aprendizagem planejadas para facilitar ações voluntárias que conduzam à melhoria da saúde. Trata-se de uma atividade sistematicamente organizada, voltada à mudança de comportamento individual, desenvolvida em ambientes como escolas, locais de trabalho, serviços de saúde e comunidades. É uma atividade-meio, que busca predispor e capacitar pessoas a adotarem práticas saudáveis, sem coerção.

Já a promoção em saúde é entendida como uma combinação de apoios educacionais e ambientais destinada a criar condições de vida saudáveis. Engloba fatores sociais, políticos, econômicos e culturais, e ultrapassa a dimensão individual, buscando mudanças organizacionais e estruturais que favoreçam a saúde coletiva, muitas vezes por meio de políticas públicas, legislação e reorganização institucional. Assim, a educação em saúde é parte integrante da promoção em saúde, mas esta última tem um escopo mais amplo e politicamente orientado (Green; Kreuter, 1992).

É fundamental que os profissionais da saúde colaborem estreitamente com os educadores, criando parcerias que permitam o compartilhamento de práticas de cuidado. Essa cooperação entre os setores de saúde e educação tem sido amplamente destacada em estudos, como os de Alves *et al.* (2008), Santos *et al.* (2009), Vieira *et al.* (2009) e Yokota *et al.* (2010), que reforçam a importância dessa integração para garantir a eficácia das ações e promover, de forma mais ampla, a saúde na comunidade escolar. Esse trabalho conjunto pode ser um modelo eficaz para melhorar a saúde e o bem-estar das crianças e de suas famílias, criando um ambiente mais saudável e integrado.

A atuação conjunta entre profissionais de saúde e educadoras de educação infantil possibilita a criação de espaços para reflexão e construção de novos conhecimentos acerca do cuidado infantil. Essa parceria pode incentivar a adoção consciente de comportamentos preventivos e de promoção da saúde, ampliando as possibilidades de controle de doenças, de reabilitação e de tomada de decisões que contribuam para uma vida saudável. Nesse sentido, a presença dos profissionais de

saúde é fundamental para facilitar o acesso ao conhecimento, compartilhar soluções e promover a saúde em diversos contextos e situações (Valla, 2000).

Apesar da relevância do foco em indivíduos e famílias, essa abordagem isolada não é suficiente para promover a saúde de maneira efetiva. É necessário ampliar o olhar para os determinantes socioculturais e psicológicos que influenciam o processo saúde-doença, enfrentando fatores prejudiciais e fortalecendo aqueles que favorecem a saúde. Salgado (2016) ressalta que, para alcançar esse objetivo, torna-se imprescindível a mobilização de políticas e ações intersetoriais em conjunto com a sociedade, outros segmentos do poder público e a participação ativa dos profissionais de saúde.

Nesse contexto, a capacitação de comunidades tem sido considerada um recurso válido e essencial para a promoção da saúde, uma vez que, ao fornecer informações e desenvolver habilidades sociais e pessoais, as pessoas se tornam mais aptas a tomar decisões que favoreçam sua autonomia. Contini (2001) e Estanislau e Bressan (2014) destacam que essa abordagem contribui para maior consciência e controle sobre fatores que influenciam a saúde, promovendo um papel mais ativo da comunidade na busca por qualidade de vida.

A promoção da saúde e do bem-estar da população requer uma abordagem ampla e integrada, que envolva áreas como educação, nutrição, meio ambiente, acesso a serviços de saúde básicos e políticas públicas. Assim, a educação em saúde deve ocorrer por meio do diálogo entre diferentes saberes, incentivando a participação de todos e a valorização de múltiplas perspectivas. A implementação de programas baseados no modelo de habilidades para a vida, proposto pela Organização Mundial da Saúde (OMS), pode ser uma estratégia eficaz para reduzir comportamentos de risco e ampliar os cuidados com a saúde física e mental.

Além disso, a educação deve fortalecer a autoconfiança dos indivíduos e proporcionar condições que estimulem reflexões e mudanças, promovendo o bem-estar e a qualidade de vida. A Declaração dos Direitos das Crianças, promulgada em 1959, é um marco relevante nesse contexto, pois estabelece princípios essenciais, como direito ao desenvolvimento físico, mental e social, à educação gratuita e ao lazer infantil, além da importância de crescer em um ambiente de solidariedade,

compreensão, amizade e justiça. Esses princípios reforçam a necessidade de garantir a saúde e o bem-estar das crianças desde a primeira infância.

Com base no que foi apresentado, acredita-se que o conhecimento das famílias sobre as principais enfermidades que acometem lactentes e pré-escolares até três anos seja superficial e bastante limitado, bem como sobre aspectos da nutrição adequada. Da mesma forma, os educadores que atuam com esse público em unidades escolares, em geral, não possuem, em sua formação, disciplinas que abordem questões de saúde e nutrição. O que também restringe seu conhecimento sobre o tema.

Diante desse cenário, a presente pesquisa tem como objetivo geral compreender como otimizar a relação de orientação em saúde e nutrologia pediátrica entre pais e educadores em creches. Para alcançar esse objetivo geral, foram estabelecidos os seguintes objetivos específicos: identificar a compreensão de pais e educadores sobre doenças que acometem crianças; levantar quais doenças mais geram dúvidas na população estudada; e elaborar cartilhas educativas sobre cuidados em saúde e nutrologia pediátrica, contendo critérios para determinar quando a criança deve ser afastada das atividades escolares e quando deve ser encaminhada para atendimento de urgência.

Com isso, a presente pesquisa busca formar famílias e educadores de educação infantil sobre as principais doenças que afetam as crianças, bem como instruir sobre boas práticas alimentares, com o objetivo de aprimorar os cuidados prestados a elas nas creches do município de Salto de Pirapora, no interior de São Paulo.

A realização desta pesquisa no município de Salto de Pirapora/SP justifica-se por uma série de fatores contextuais e estratégicos que o tornam um local particularmente relevante para a investigação das práticas de cuidado à saúde e à nutrição infantis no ambiente escolar. Trata-se de um município do interior paulista que, embora apresente avanços na estrutura dos serviços públicos de educação e saúde, ainda convive com desigualdades sociais e de acesso à informação entre suas diferentes regiões. Essa realidade é observada especialmente quando se comparam unidades de educação infantil localizadas em áreas com maior infraestrutura e poder aquisitivo àquelas situadas em regiões de maior vulnerabilidade.

Além disso, o fato de o pesquisador estar inserido profissionalmente no município favoreceu o diálogo com as instituições de ensino e de saúde, a viabilidade da aplicação dos questionários e o desenvolvimento das atividades educativas. A proximidade com a realidade local e o vínculo com as equipes escolares também contribuíram para a escuta qualificada das demandas das famílias e dos educadores, permitindo a construção de uma intervenção educativa alinhada às necessidades reais do território. Assim, a escolha de Salto de Pirapora não foi apenas conveniente, mas também fundamental para compreender como diferentes determinantes sociais da saúde influenciam a prática do cuidado infantil no cotidiano das creches e escolas públicas.

O cuidado com a saúde das crianças pequenas ainda enfrenta dificuldades, tanto no espaço doméstico quanto nas instituições educacionais. Em muitos casos, diante de manifestações clínicas leves, observa-se uma tendência à procura imediata por serviços de urgência, frequentemente desnecessária. Esse movimento, impulsionado pela ansiedade dos cuidadores e pela ausência de orientações acessíveis, acaba por expor as crianças a intervenções evitáveis no sistema de saúde. No ambiente escolar, por sua vez, os profissionais da educação, embora presentes no cotidiano infantil, frequentemente não se sentem preparados para reconhecer ou conduzir adequadamente episódios de adoecimento, sobretudo quando não contam com formação específica nesse campo. A falta de preparo técnico e a desconexão entre esses dois universos de cuidado favorecem o surgimento de ruídos na comunicação, fragilizam o vínculo de confiança e comprometem a construção de respostas conjuntas frente às necessidades da criança.

Com base nesses pressupostos, a pesquisa foi norteadada pela seguinte questão: como contribuir para a educação em saúde e nutrição pediátrica na educação infantil por meio de encontros educativos?

Partiu-se da hipótese de que uma abordagem educativa, contextualizada à realidade local e utilizando uma estratégia acolhedora e de fácil assimilação, poderia fornecer conhecimento em saúde suficiente para que os membros dessa comunidade pudessem, de forma conjunta, avaliar e decidir a melhor maneira de lidar com as enfermidades infantis.

Conforme já mencionado nesta Introdução, a pesquisa foi realizada no município de Salto de Pirapora/SP e incluiu pais ou responsáveis maiores de idade por crianças matriculadas em creches públicas, bem como profissionais da educação atuantes nessas unidades. Foram excluídos os responsáveis com formação superior em áreas da saúde.

O desenvolvimento do estudo envolveu duas etapas principais, ambas organizadas com estratégias para garantir ampla participação. A divulgação das atividades foi feita com antecedência por meio de cartazes nos portões das instituições — denominadas nesse estudo como Creche A e Creche B —, comunicados nas agendas das crianças e convites reforçados pelos educadores. A primeira etapa foi realizada em abril de 2024. Ao chegarem às instituições para a dinâmica educativa, foi entregue aos participantes um questionário para preencher, que levantava dúvidas sobre os cuidados com crianças doentes. Munido dessas respostas, o pesquisador teve material para embasar as discussões conduzidas em seguida. A abordagem dos encontros baseou-se na dialogicidade, na qual o grupo busca as respostas às situações propostas, cabendo ao pesquisador endossar percepções assertivas e corrigir condutas equivocadas. A participação variou entre as creches, sendo maior na Creche B, que teve a possibilidade de incluir mais profissionais participantes, contando com as auxiliares de educação. Na segunda etapa, realizada em maio de 2024, os encontros foram separados em responsáveis pelas crianças e em educadores, permitindo que cada grupo avaliasse, de forma mais livre, o impacto da atividade anterior. Os questionários aplicados nessa fase buscavam identificar mudanças na forma de lidar com crianças doentes e o grau de capacitação percebido pelos participantes. No entanto, observou-se baixa participação de responsáveis que já haviam participado da primeira etapa, o que exigiu a adaptação da metodologia para atender aos novos integrantes, retomando conteúdos essenciais discutidos anteriormente.

Após o presente capítulo introdutório, o segundo capítulo desta tese apresenta que a relação entre a família e a instituição de educação infantil é um eixo estruturante do cuidado, do desenvolvimento e da aprendizagem nos primeiros anos de vida. Este capítulo busca apresentar como essa parceria se constrói, se fortalece ou se fragiliza

a partir das práticas institucionais, das percepções dos educadores e das condições sociais que atravessam a infância.

O terceiro capítulo aborda a trajetória histórica da integração entre educação e saúde no Brasil, destacando como as práticas educativas voltadas à promoção da saúde evoluíram desde o final do século XVIII até a atualidade. Evidencia o papel central da escola como espaço estratégico para disseminação de conhecimentos sobre higiene, prevenção de doenças e desenvolvimento de hábitos saudáveis, especialmente em contextos de vulnerabilidade social. Ao longo do tempo, políticas públicas, reformas institucionais e mudanças nas concepções pedagógicas e sanitárias moldaram a atuação conjunta dos setores da saúde e da educação, culminando em iniciativas como a das Escolas Promotoras de Saúde, que propõem uma abordagem integral e participativa do cuidado com a saúde no ambiente escolar. O texto levanta os desafios enfrentados para efetivar essa articulação e a importância de uma ação educativa crítica, intersetorial e contextualizada como caminho para o fortalecimento da cidadania e do bem-estar coletivo.

Na sequência, o capítulo quatro examina o processo saúde-doença como um fenômeno complexo, condicionado por fatores biológicos, sociais, culturais e econômicos, cuja compreensão tem se transformado ao longo da história. Destaca a evolução do conceito de saúde, sobretudo a partir da definição da OMS em 1948, e ressalta o papel da Constituição de 1988 na consolidação da saúde como direito universal no Brasil, com a criação do SUS. O texto analisa como a educação, especialmente a escola, tornou-se um espaço estratégico para promover práticas saudáveis, ainda que, por muito tempo, a abordagem curricular tenha sido reducionista e centrada apenas nos aspectos biológicos das doenças. Apesar dos avanços, o capítulo aponta que ainda há desafios na implementação efetiva da educação para a saúde, que deve ser compreendida como um processo coletivo e contínuo, capaz de empoderar os indivíduos e transformar a realidade social.

O capítulo cinco é dedicado exclusivamente à pesquisa empírica, no qual são detalhados os procedimentos adotados para a coleta e análise das informações, o perfil dos participantes, o contexto da pesquisa e as etapas de aplicação dos

questionários e da atividade educativa. Esse capítulo tem o propósito de explicar os caminhos percorridos para a construção dos resultados apresentados.

A análise dos resultados da pesquisa empírica é realizada no capítulo seis. Nesse capítulo, são apresentados os dados coletados por meio dos questionários aplicados antes e depois das atividades educativas, tanto com os pais quanto com os educadores das duas instituições participantes. A divisão e a interpretação dos resultados levam em consideração as diferenças contextuais entre as instituições, as percepções dos participantes em relação às questões de saúde infantil e os impactos observados após a intervenção educativa.

A partir das principais dúvidas e preocupações levantadas por educadores e responsáveis, foram elaboradas duas cartilhas, com o objetivo de atender às demandas desse público. O capítulo seguinte, o sétimo, apresenta a cartilha que orienta, de forma clara e prática, em quais situações o afastamento das crianças de suas atividades escolares é indicado. Já o segundo material aborda temas relacionados à nutrição pediátrica, contextualizando as dúvidas mais frequentes sobre alimentação e crescimento infantil. Ambas as produções são fruto da pesquisa e têm como propósito contribuir para o cuidado integral na infância, por meio de informações acessíveis, bem embasadas e alinhadas à realidade das famílias e das instituições de ensino.

O último capítulo é destinado às considerações finais, nas quais são retomados os principais achados da pesquisa. Nele há o levantamento dos resultados obtidos, apontando as contribuições do estudo para a promoção da saúde infantil no contexto das unidades de ensino.

2 A RELAÇÃO ENTRE FAMÍLIA E UNIDADE ESCOLAR

Cuidado é um conceito amplo, mas, no campo da saúde, da educação e do desenvolvimento humano, pode ser entendido como um conjunto de ações, atitudes e relações que visam proteger, promover e sustentar a vida, considerando a pessoa em sua integralidade. Cuidar envolve não apenas procedimentos técnicos, mas também atenção, responsabilidade, vínculo, acolhimento e sensibilidade às necessidades físicas, emocionais, sociais e culturais do outro. A compreensão do cuidado como prática integral e relacional dialoga diretamente com a lógica da educação em saúde, pois ambas partem do reconhecimento de que promover saúde não se limita a intervir sobre o corpo biológico, mas envolve criar condições para que indivíduos e comunidades desenvolvam capacidades, autonomia e vínculos.

A atuação da equipe de profissionais em creches é fundamental na rede de apoio à infância, mas para que essa atuação seja efetiva, a colaboração de outros parceiros, como serviços de saúde, universidades, Poder Judiciário e abrigos temporários, é indispensável. Piffer (2017) ressalta que a experiência de ser mãe e pai não é inata, mas sim construída ao longo da vivência, tornando essencial o suporte oferecido por essas instituições. Villela e Archangelo (2017) apontam que a educação infantil, por sua especificidade, exige uma relação próxima entre família e escola, em que os familiares sintam que há uma continuidade entre os modos de ser da família e a instituição escolar. Essa relação se fortalece quando há abertura ao diálogo e segurança quanto aos cuidados dispensados aos filhos, cabendo aos profissionais da instituição proporcionar esses espaços de escuta e reconhecer a importância da interação com as famílias.

A construção da relação entre a família e a creche vai além da criação de um sentimento de confiança, podendo evoluir para uma coparticipação em que os pais e educadores reconhecem que as responsabilidades educativas de ambas as partes são distintas, mas compartilham experiências, opiniões e vivências relacionadas à educação dos filhos. Esse envolvimento pode acontecer por meio de diálogos, trocas de informações e sugestões, como destacado por Villela e Archangelo (2017). Nesse estágio, a família não apenas confia na instituição, mas também participa ativamente, contribuindo para o aprimoramento da relação e da qualidade dos cuidados oferecidos.

A relação entre família e creche pode ser marcada por diferentes percepções entre os educadores. Gonzalez-Mena e Eyer (2014) apontam que, no primeiro estágio, os educadores tendem a se ver como salvadores das crianças, percebendo a família como causadora de malefícios, o que gera uma competição pela atenção e pelo olhar da criança. Villela e Archangelo (2017) nomeiam esse estágio como "processo de culpabilização das famílias", caracterizado pela falta de confiança das famílias na instituição, o que dificulta a construção de um vínculo mais colaborativo.

No segundo estágio, os educadores passam a reconhecer a importância da família no processo pedagógico e incluem as famílias em suas ações. No entanto, a postura do educador ainda é de superioridade, pois julgam possuir melhores recursos e informações para lidar com os filhos das famílias. O objetivo do educador ainda é transformar e mudar a família, em vez de colaborar com elas, conforme apontam Gonzalez-Mena e Eyer (2014). Embora haja inclusão da família, essa postura não contribui para a construção do sentimento mútuo de parceria, descrito por Villela e Archangelo (2017), que consiste em confiança, coparticipação e copertencimento.

É no terceiro estágio que se alcança o ideal de parceria entre ambos. Nesse estágio, os educadores reconhecem a importância da participação dos pais na educação de seus filhos e não buscam substituí-los, mas sim complementar o papel dos pais. Villela e Archangelo (2017) defendem que o ideal é que os educadores se percebam como parceiros da família, oferecendo suporte e trabalhando em conjunto para o desenvolvimento integral das crianças.

Ao analisar os estudos de Gonzalez-Mena e Eyer (2014) e Villela e Archangelo (2017), percebe-se que apenas quando os educadores alcançam o terceiro estágio em relação à família, concebido como o estágio da parceria, é que a relação entre família e creche começa a construir sentimentos positivos da família em relação à instituição. Neste estágio ideal, os educadores se percebem como parceiros da família na educação dos seus filhos, oferecendo suporte e complementação aos pais, sem buscar substituí-los.

Aprofundando-se a respeito deste estágio de parceria, Gonzalez-Mena e Eyer (2014) e Villela e Archangelo (2017) discorrem que o suporte e o apoio dados pelos educadores aos familiares ocorrem por meio de diálogo constante. A presença do diálogo é marca do terceiro estágio e é fundamental para a construção dos três

sentimentos apontados por Villela e Archangelo (2017) já mencionados: confiança, coparticipação e copertencimento.

Portanto, pode-se dizer que, enquanto os educadores não superam os dois primeiros estágios — de salvador da criança e de transformador da família —, para o estágio em que se veem como parceiros da família, propondo diálogo constante junto a elas, provavelmente não haverá a construção de sentimentos positivos da família em relação à creche. Assim, para que haja uma relação saudável e positiva entre família e a unidade de educação infantil, é necessário que os educadores alcancem o terceiro estágio de parceria, buscando a constante comunicação e diálogo junto às famílias (Landim, 2020).

A instituição escolar deve promover discussões e debates entre pais e profissionais para que haja um compartilhamento eficaz do projeto educativo. Esse processo não envolve ensinar aos pais como serem pais, mas sim possibilitar que se tornem coautores desse projeto, discutindo e colaborando ativamente nele. Além disso, é importante manter as famílias informadas sobre o que acontece na escola e fornecer estratégias que possam ser aplicadas em casa, respeitando as diferenças de papéis em cada contexto. Esse modelo representa uma transição do ensino unilateral, em que o educador compartilha seu conhecimento com o modelo colaborativo, em que famílias e profissionais evoluem juntos (Piffer, 2017).

A criação de grupos para compartilhar experiências entre pais e educadores é uma estratégia eficiente. Nesses grupos, o educador atua como coordenador, mas sem monopolizar o controle da situação, pois reconhece que não é o único detentor de soluções. Esses espaços tornam-se oportunidades para encontros, reflexões e trocas de opiniões. De acordo com o Artigo 29 da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB), a educação infantil é uma responsabilidade compartilhada entre a instituição e a família, o que torna essenciais a interação e a cooperação entre essas duas partes para garantir um trabalho de qualidade. A participação constante das famílias nas atividades e discussões da Educação Infantil contribui para que a criança se sinta segura, valorizada e feliz, conforme o Referencial Curricular Nacional para a Educação Infantil (Brasil, 1998a).

As creches podem se transformar em espaços de apoio para pais e responsáveis, oferecendo oportunidades de interação entre eles e com outras

instituições da sociedade. Essa troca de experiências ajuda a fortalecer a autonomia e o protagonismo das famílias na educação e na nutrição dos filhos. Para garantir que os professores não sejam vistos como superiores aos pais, recomenda-se o envolvimento de profissionais externos que facilitem a interação. Com essa abordagem, tanto os pais quanto os educadores podem compartilhar a responsabilidade pela educação, colocando-os em um nível de aprendizado igual sobre os desafios da paternidade e da maternidade. O sucesso dessa parceria depende de um diálogo contínuo entre a família e a escola, além de uma gestão democrática que reconhece os saberes dos responsáveis pela educação e pelos cuidados das crianças (Landim, 2020).

A falta de uma estrutura familiar estável e de vínculos afetivos seguros tem impulsionado mudanças nos comportamentos da sociedade, impactando diretamente o desenvolvimento das crianças nos primeiros anos de vida. Para entender os fatores que afetam esse desenvolvimento, é essencial adotar uma abordagem interdisciplinar que envolva áreas como a saúde e a psicologia. A sociedade contemporânea tem vivenciado uma mudança de paradigmas, o que torna as interações mais complexas e exige que se identifiquem riscos biológicos, ambientais e psicossociais que podem prejudicar o processo de desenvolvimento infantil. Além disso, as transformações nos padrões de organização familiar e no cuidado das crianças afetam diretamente o desenvolvimento delas (Santos; Pacheco, 2012).

A estrutura familiar tem se transformado para acompanhar as mudanças culturais na sociedade atual. Existem diferentes tipos de arranjos familiares, como famílias monoparentais, famílias com filhos de relacionamentos anteriores, famílias adotivas e famílias homoafetivas. Apesar dessas diferentes configurações, o papel dos pais continua essencial na transmissão de valores morais e pessoais, que se baseiam em suas experiências e crenças. Além de prover as necessidades básicas de saúde e sobrevivência, os pais são fundamentais na formação afetiva da criança, oferecendo segurança, confiança e ajudando a integrá-la na comunidade (Costa, 2015).

A crise de autoridade na família ocorre quando os saberes familiares são desvalorizados e substituídos por conhecimentos especializados. Rogoff (2005) destaca que os especialistas reivindicam o direito de definir as práticas educativas das

crianças, o que se reflete nas leis que regulam as responsabilidades parentais e nas políticas de agências sociais. Essa interferência pode afetar a relação entre a família e a instituição de ensino, especialmente em contextos de vulnerabilidade socioeconômica. Fortkamp (2008) aponta que famílias em condições desfavoráveis têm dificuldade em suprir as necessidades básicas das crianças, o que faz com que as creches priorizem cuidados, como alimentação, higiene e saúde, em detrimento de atividades pedagógicas, limitando seu papel educativo (Piffer, 2017). Esse cenário agrava o distanciamento entre pais e filhos, não apenas fisicamente, mas também emocionalmente, já que o envolvimento dos pais na vida dos filhos se reduz quando o foco está no trabalho, o que pode enfraquecer os vínculos afetivos (Vilila; Archangelo, 2017).

O ambiente pré-escolar pode se tornar excessivamente acadêmico, centrado em programas pré-determinados, com alfabetização precoce, que não incluem a participação ativa da comunidade em sua construção e fiscalização. Para promover um desenvolvimento integral, é essencial considerar o contexto social em que a criança está inserida, identificando fragilidades e pontos de apoio que contribuam para sua formação (Ceribelli, 2011; Mondin, 2006).

A comunicação deficiente entre a escola e a família também representa um desafio para a construção de parcerias educativas. Bhering e Nez (2002) destacam a necessidade de incluir no projeto pedagógico da instituição estratégias que aproximem as lógicas familiares e escolares. De acordo com Szymanski (2007), conflitos desnecessários na escola podem afastar ainda mais as famílias da vida escolar dos filhos. A postura institucional pode dificultar a relação entre família e escola, em vez de estimular a participação dos responsáveis, essencial para o sucesso educacional.

Embora a creche e a família apresentem aspectos complementares, essa relação não tem sido aprimorada conforme prevê a LDB (Brasil, 1996) que estabelece a creche como complemento da ação familiar. A divisão de responsabilidades na educação infantil tem sido desigual, o que indica que a lei não reflete a realidade. Além disso, a unidade de educação infantil enfrenta desafios para estabelecer um compartilhamento adequado com a família, especialmente na definição de limites, o que compromete a complementaridade. Segundo Villela e Archangelo (Vilila;

Archangelo, 2017), família e creche possuem naturezas e funcionamentos distintos, o que impacta a relação entre elas. Essas diferenças estruturais geram uma dinâmica frequentemente conflitante, devido às particularidades da instituição formal de educação e do ambiente familiar.

Vilela e Archangelo (2017) destacam que a distinção entre creche e família se estende às funções e papéis que cada uma exerce na educação infantil. Essa diferença não se limita à separação entre Educação Formal e Educação Informal, pois ambas desempenham papéis complementares no desenvolvimento da criança. Enquanto a família é responsável pelo desenvolvimento moral, emocional e psicológico, a creche e a escola assumem a função de educação formal e de desenvolvimento cognitivo. Alguns educadores, no entanto, veem a escola apenas como um espaço voltado ao desenvolvimento intelectual.

Além disso, Vilela e Archangelo (2017) ressaltam que as famílias têm características distintas e enfrentam diversas dificuldades. A relação entre escola e família não é estática, podendo ser aprimorada ou deteriorada ao longo do tempo. Para que essa relação seja efetiva, é necessário investimento contínuo de tempo, dedicação e esforço, como ocorre em qualquer vínculo interpessoal ou institucional.

Diante da complexidade das relações familiares e da necessidade de um vínculo mais próximo e colaborativo com a escola, torna-se evidente que o preparo dos profissionais da educação deve abranger não apenas conteúdos pedagógicos, mas também a compreensão dos contextos sociais e familiares em que as crianças estão inseridas. Essa exigência reforça a importância de diretrizes formativas que contemplem essas dimensões, como as estabelecidas para os cursos de Pedagogia, com o objetivo de capacitar docentes a atuarem de maneira sensível, ética e contextualizada, promovendo uma relação mais sólida e efetiva entre escola e família.

Assim, a Educação em Saúde deve ser fundamentada em um diálogo colaborativo, no qual todos os envolvidos participam ativamente e valorizam diferentes perspectivas. Esse processo visa fortalecer a autoconfiança e estimular a busca por metas realistas, envolvendo a família e a unidade escolar. Cabe ao educador proporcionar um ambiente que favoreça reflexões e mudanças, incentivando a adoção de hábitos saudáveis e o cuidado com a própria saúde (Lemos, 2010).

3 A RELAÇÃO ENTRE EDUCAÇÃO E SAÚDE: UMA ANÁLISE HISTÓRICA

As ações e as políticas públicas de educação em saúde envolvem combinações de práticas educativas, buscando a promoção da saúde, da nutrição adequada e dos cuidados. Essas atividades abordam diversos aspectos do comportamento humano e são planejadas sistematicamente, buscando a compreensão e assimilação dos objetivos educativos. O processo de elaboração, planejamento, facilitação e avaliação dessas ações deve considerar o público-alvo. A educação em saúde é uma importante estratégia de promoção da saúde, essencial na prevenção e reabilitação de doenças, além de promover a cidadania, responsabilidade social e formação de multiplicadores (Feijão; Galvão, 2007).

A relevância da educação na promoção da saúde é indiscutível e tem sido destacada ao longo do tempo como um elemento fundamental para aprimorar a qualidade de vida. A relação entre saúde e boa nutrição é indissociável, pois uma alimentação adequada fornece os nutrientes essenciais para o funcionamento equilibrado do organismo, fortalecendo o sistema imunológico, prevenindo doenças e favorecendo o crescimento e o desenvolvimento em todas as fases da vida. Quando a dieta é equilibrada, rica em alimentos naturais e pobre em ultraprocessados, o corpo consegue manter seu metabolismo eficiente, regular os níveis hormonais, sustentar a energia para as atividades diárias e preservar a integridade dos tecidos. Assim, cuidar da alimentação não é apenas uma escolha individual, mas uma estratégia fundamental para a promoção da saúde, capaz de impactar positivamente o bem-estar, o desempenho cognitivo e a qualidade de vida (Feferbaum, 2020).

As políticas e práticas de saúde, sejam elas adequadas ou não, são moldadas por processos contínuos de aprendizado e ensino, influenciando as decisões que as pessoas tomam ao longo de suas vidas e contribuindo para melhorar, manter ou piorar seu estado de saúde (Pelicioni; Pelicioni, 2007). Na prática, a Educação em Saúde contemporânea se apoia em diversos princípios vygotskianos, especialmente ao promover o aprendizado significativo, a autonomia e a transformação social.

A teoria de Vygotsky contribui para a Educação em Saúde ao compreender o aprendizado como um processo sociointeracional, no qual o indivíduo constrói conhecimentos a partir das relações sociais, da linguagem e do contexto cultural (Vygotski, 1991). Isso significa que as práticas educativas em saúde precisam

considerar que pais, educadores, profissionais de saúde e crianças aprendem e modificam comportamentos em uma rede de significados compartilhados. Por meio da teoria vygotskiana, podemos correlacionar que o indivíduo pode avançar na compreensão e na adesão a comportamentos saudáveis e de boa nutrição quando recebe apoio, orientação e mediações adequadas de alguém mais experiente. Assim, ações educativas não devem se limitar à transmissão de informações, mas atuar como processos de mediação, em que o educador de saúde identifica o nível de entendimento da população, constrói sentidos coletivamente e facilita a autonomia (Coelho; Pisoni, 2012). O conceito de mediação simbólica, especialmente por meio da linguagem, também é central: a forma como explicamos sintomas, tratamentos, prevenção e autocuidado cria significados que influenciam as atitudes em saúde. Portanto, a educação em saúde precisa adaptar discursos, respeitar o repertório cultural da comunidade e dialogar, e não prescrever (Vygotski, 1991).

Outro ponto fundamental de Vygotsky é a compreensão de que o comportamento humano é profundamente influenciado pelo contexto sociocultural, o que afasta a educação em saúde de meros processos de normatização (Vygotski, 1991). Assim, ao aplicar a teoria vygotskiana, entende-se que comportamentos de saúde não são escolhas individuais isoladas, mas sim resultados de práticas coletivas, condições sociais, valores familiares e experiências compartilhadas. Dessa forma, políticas e ações educativas precisam considerar as realidades sociais, econômicas e culturais das populações, reforçando uma abordagem crítica e participativa, alinhada à promoção da saúde (Coelho; Pisoni, 2012).

As primeiras manifestações de preocupação com a saúde da população no Brasil remontam ao período colonial. Nessa época, os padres jesuítas acreditavam que a adoção de bons hábitos de higiene, aliada às práticas religiosas, poderia contribuir para reduzir a disseminação de doenças entre os habitantes. Assim, podem ser considerados os pioneiros na institucionalização das práticas de saúde no país, cujas ações se estenderam por aproximadamente dois séculos (Silva; 2022).

Historicamente, na Idade Média, as crianças eram vistas como pequenos adultos, porém extremamente frágeis, com alta mortalidade infantil. Isso levou os pais a estabelecerem vínculos afetivos superficiais com seus filhos, um comportamento conhecido como "paparicação", que era uma forma de cuidado essencial para garantir a sobrevivência da criança durante seus primeiros anos de vida, uma fase

considerada mais crítica. Naquela época, não havia uma transmissão clara de valores familiares, já que a aprendizagem ocorria de forma natural em meio aos adultos, que nem sempre possuíam hábitos adequados ao desenvolvimento infantil. O papel da família na formação das crianças era pouco definido, e as particularidades da infância não eram devidamente valorizadas, o que resultava em falta de atenção específica às necessidades das crianças (Aries, 1981).

No Brasil, as creches foram criadas com o objetivo de oferecer às mães, especialmente das classes mais baixas, uma opção de cuidado para seus filhos, evitando o abandono infantil. A primeira creche brasileira, destinada a filhos de operários, foi fundada em 13 de novembro de 1899, no Rio de Janeiro, pela Companhia de Fiação e Tecidos Corcovado. O surgimento das creches teve forte motivação de saúde pública, com foco na população operária que vivia em condições precárias, com o intuito de garantir a mão de obra e o bem-estar das crianças. O desenvolvimento das creches foi impulsionado por movimentos higienistas, filantrópicos e de puericultura, que se preocuparam em oferecer cuidados de saúde às crianças, sendo a responsabilidade do atendimento principalmente das instituições filantrópicas, religiosas e industriais (Oliveira, 2008).

Para as crianças das classes mais altas, surgiram, a partir de 1875, os jardins-de-infância, inspirados nas instituições criadas por Froebel, na Alemanha, em 1840. Essas instituições tinham uma proposta mais voltada à escolarização e ao desenvolvimento intelectual das crianças. De acordo com Oliveira (2008), havia uma clara diferença no atendimento oferecido, dependendo da classe social da criança. Enquanto as crianças de famílias de maior poder aquisitivo tinham acesso a uma educação formal e escolarizada, as crianças de famílias de baixa renda recebiam um atendimento de caráter assistencialista ou compensatório, com foco na sobrevivência e nas necessidades básicas, sem um foco educacional mais aprofundado (Piffer, 2017).

Em um contexto histórico, as origens da política de atenção à saúde escolar remontam ao final do século XVIII e ao início do século XIX, quando o médico alemão Johann Peter Frank (1745-1821) estabeleceu uma metodologia para abordar questões de saúde no ambiente escolar em seu país de origem. Neste sistema, eram abordados de maneira detalhada temas relacionados ao atendimento escolar e à supervisão das instituições educacionais, incluindo desde a prevenção de acidentes

até cuidados psicológicos, passando pela elaboração de programas de atletismo, e chegando a questões como iluminação, aquecimento e ventilação das salas de aula. Ele estabeleceu os deveres de um oficial de saúde, propondo que atuasse nos colégios, instruindo tanto as crianças quanto os professores sobre a manutenção e a promoção da saúde (Figueiredo *et al.*, 2010).

Inspirados pelas ideias de John Locke no século XVIII, foi realizada, por membros da administração pública e por estudiosos, a divulgação de conhecimentos científicos relacionados a questões de higiene e saúde. Essa divulgação ocorreu principalmente por meio de publicações em livros e periódicos, que alcançavam, predominantemente, as classes mais privilegiadas (Rosen, 1994 *apud* Pelicioni; Pelicioni, 2007).

A presença de temas relacionados à saúde humana no ambiente escolar brasileiro começou a se consolidar entre o final do século XIX e o início do século XX, influenciada por duas vertentes principais. A primeira vertente, vinculada aos serviços de saúde escolar, estava diretamente associada à educação e teve um forte impulso após 1910. Essas iniciativas tinham como foco a promoção e vigilância da saúde nas escolas, buscando garantir o saneamento do ambiente escolar e a saúde das crianças, criando condições adequadas para o aprendizado. Esse movimento esteve fortemente imerso nos princípios higienistas da época, que visavam o controle e a normatização da saúde pública, utilizando a escola como um importante espaço para disseminação desses valores (Collares; Moysés, 1994).

Com a implementação desses princípios, a escola passou a ser vista como um ambiente fundamental para a formação de hábitos saudáveis, podendo atingir uma grande parte da população infantil. A aplicação de normas de higiene nas escolas visava não apenas à saúde física das crianças, mas também à formação de atitudes e práticas relacionadas à saúde. A arquitetura escolar, a infraestrutura, as orientações nutricionais para a merenda escolar e os exames antropométricos passaram a ter grande relevância. Esses elementos foram considerados essenciais para garantir que o ambiente escolar fosse seguro e saudável, promovendo o desenvolvimento adequado das crianças e a formação de hábitos que influenciariam sua saúde ao longo da vida (Salgado, 2016).

A segunda vertente que surgiu na escola brasileira em relação à saúde diz respeito à incorporação de conteúdos diretamente ligados ao tema nos currículos escolares. Nesse contexto, conceitos, informações, valores, atitudes e práticas de saúde passaram a ser incluídos como parte integrante do aprendizado nas salas de aula. A saúde deixou de ser vista apenas como um aspecto relacionado à infraestrutura escolar e à vigilância sanitária, passando a ser considerada um conteúdo de ensino, com os professores trabalhando o tema diretamente com os alunos, que, por sua vez, passavam a estudar e aprender sobre os cuidados com a saúde e seu impacto nas práticas cotidianas (Salgado, 2016).

A partir do início do século XIX, o ensino de higiene tornou-se parte integrante do currículo de formação médica no país, exercendo influência significativa na área da educação em saúde. Já em 1813, a disciplina de Higiene constava no programa da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro (Pelicioni; Pelicioni, 2007). Os primeiros estudos sobre saúde escolar no Brasil iniciaram por volta de 1850 (Moncorvo Filho, 1917, *apud* Borges, 2014).

Em 1889, a Diretoria Geral de Saúde Pública na capital do Império distribuía materiais impressos dentro e fora das escolas, abordando a etiologia e prevenção de doenças que afligiam a comunidade (Pelicioni; Pelicioni, 2007). Neste ano, o Barão do Lavradio expediu um decreto que buscava regulamentar as práticas de saúde na escola através da inspetoria das escolas públicas e privadas da Corte (Figueiredo *et al.*, 2010). Simultaneamente, na Faculdade Nacional de Medicina, o Instituto de Higiene, na época, instruía professores das escolas primárias e alunos da Escola Normal sobre conceitos de higiene pessoal e da habitação (Pelicioni; Pelicioni, 2007).

A questão da “saúde escolar” só obteve real impulso no país a partir do início do século XX (Lima, 1985). Nesse período histórico-social, o Brasil enfrentava uma delicada situação de saúde pública devido à intensa imigração, motivada pela expansão da cafeicultura (Figueiredo *et al.*, 2010). Neste momento, as atenções do setor de saúde estavam focalizadas exclusivamente em situações epidêmicas, enquanto no âmbito educacional, limitavam-se ao ensino de hábitos de higiene (Pelicioni; Pelicioni, 2007).

Os serviços de “saúde escolar”, vinculados à pasta da educação, referem-se a ações implementadas a partir do final do século XIX, principalmente após 1910. Essas ações, ao incorporarem os princípios higienistas predominantes na época, tinham

como propósito “promover e vigiar o saneamento do ambiente escolar e a saúde das crianças, criando condições necessárias para a aprendizagem” (Collares; Moysés, 1994, *apud* Monteiro; Bizzo, 2015, p. 13). Ela se desenvolveu na interseção de três doutrinas: a polícia médica, o sanitarismo e a puericultura (Lima, 1985).

Ao longo do século XX, a “saúde escolar” passou a integrar o ambiente escolar e orientar ações que abrangiam aspectos como arquitetura escolar, infraestrutura, disposição e especificações do mobiliário, regulamentação e orientação nutricional da merenda escolar, além de exames antropométricos e detecção de possíveis agravos ou deficiências na população escolar (Lima, 1985, *apud* Monteiro; Bizzo, 2015).

Em 1910, um projeto de criação do Ministério da Saúde foi objeto de intensos debates no Congresso Nacional. No entanto, não conseguiu obter votos suficientes para aprovação devido à forte oposição das oligarquias rurais. Essas oligarquias viam na criação desse órgão uma ameaça à autonomia dos estados, temendo possível interferência do governo federal (Hamilton; Fonseca, 2003). A solução para conciliar os interesses políticos resultou em negociações que conduziram a uma significativa reforma no setor da saúde, culminando na criação do Departamento Nacional de Saúde Pública, em 1920, um órgão federal com o objetivo de ser o principal da área de saúde, subordinado apenas ao Ministério da Justiça e Negócios Interiores (Marques, 1999).

Os esforços educacionais relacionados à saúde foram formalizados durante a reorganização dos serviços de saúde federais e o estabelecimento do Departamento Nacional de Saúde Pública, mencionado acima. Em 1923, o Departamento passou a contar com o Serviço de Propaganda e Educação Sanitária (Pelicioni; Pelicioni, 2007).

Em 1925, foi estabelecido no Rio de Janeiro o Curso Especial de Higiene e Saúde Pública, vinculado à Faculdade de Medicina, com o propósito de proporcionar aprimoramento técnico a médicos interessados em exercer funções sanitárias. Este curso abrangia disciplinas como higiene alimentar, fisiologia aplicada à higiene, higiene industrial e higiene infantil. No mesmo ano, foi estabelecida a Inspeção de Educação Sanitária e os Centros de Saúde do Estado de São Paulo (Pelicioni; Pelicioni, 2007).

Apesar dos esforços para aprimorar a educação da população sobre questões de saúde, as informações não chegavam à maioria. A educação sanitária precisava atingir um número maior de indivíduos, e estes poderiam ser replicadores no seu

núcleo familiar e na comunidade. Dessa forma, o ensino precisaria começar nas escolas.

O curso para educadores sanitários, iniciado em 1926, no Instituto de Higiene de São Paulo, tinha como objetivo preparar professores para atuarem em escolas e nos recém-criados centros de saúde. O propósito do curso era transmitir conhecimentos sobre higiene e de participar de campanhas profiláticas (Candeias, 1988). Após um ano de curso, os educadores sanitários assumiam responsabilidades tanto como professores quanto como enfermeiros (Pelicioni; Pelicioni, 2007).

A Revolução de 1930, que marcou o regime militar e a ascensão de Getúlio Vargas à presidência, representou um momento crucial na transição das antigas estruturas de poder oligárquico para uma sociedade que buscava modernização, sobretudo impulsionada pelo Estado no processo de industrialização do país. O projeto centralizador implementado nesse período suscitou debates sobre a reforma das estruturas do Estado, visando fortalecer sua capacidade de intervenção e de coordenação das ações de saúde em todo o território nacional.

Um desdobramento inicial desse impulso foi a criação, em 1930, do Ministério dos Negócios de Educação e Saúde Pública (Hamilton; Fonseca, 2003) que, em 1937, passou a ser denominado Ministério da Educação e Saúde Pública (Pelicioni; Pelicioni, 2007). Ao serem reunidas na mesma estrutura ministerial, educação e saúde foram reconhecidas como pilares sociais estratégicos para o projeto de modernização nacional.

A decisão estava alinhada ao espírito reformista do novo governo, que buscava ampliar a ação estatal e integrar políticas. A junção das duas áreas era vista como dimensões complementares da formação do cidadão, capazes de atender às demandas de um país em processo de industrialização, que precisava de uma população minimamente escolarizada e saudável.

Nesse ministério, surgiram ações importantes, como as campanhas sanitárias ampliadas, a normatização federal da educação e o início de políticas públicas de maior alcance nacional, antes dispersas entre estados e instituições isoladas. Essa união inicial simbolizou a percepção de que o desenvolvimento social dependia da articulação entre cuidar e educar (Pelicioni; Pelicioni, 2007).

Durante os anos 30, de acordo com Bastos (1969, *apud* Ferreira, 2023), os Serviços de Educação Sanitária ainda estavam restritos a realizar algumas atividades,

como a publicação de materiais impressos e a distribuição de notas à imprensa sobre temas de saúde, em um contexto em que o analfabetismo na população era elevado (Pelicioni; Pelicioni, 2007).

Na década de 40, a concepção de educação caracterizava-se como um processo individual de modificação de comportamento, no qual os fenômenos sociais responsáveis pelas barreiras à aprendizagem não eram considerados, tampouco eram abordadas as raízes estruturais e socioeconômicas dos problemas de saúde. (Pelicioni; Pelicioni, 2007). Nesta década, o governo brasileiro firmou um convênio com os Estados Unidos e instituiu o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP). Essa iniciativa introduziu no país novas técnicas de prevenção e inovações no campo educacional. A educação sanitária passou, ainda que gradualmente, a considerar aspectos sociais, econômicos e culturais. Apesar disso, as escolas mantiveram o foco em práticas voltadas à regulação e à normatização (Silva, 2022).

Com o início da redemocratização do país, em 1945, as discussões sobre a reorganização da sociedade brasileira foram revitalizadas na Assembleia Constituinte. Neste momento, a proposta de estabelecer um ministério independente para a saúde pública ganhou força. A evolução gradual de centralização e expansão dos poderes do Estado brasileiro, aliada ao crescente reconhecimento de sua responsabilidade na defesa e proteção da saúde individual, uma ideia promovida principalmente pela recém-criada Organização Mundial da Saúde (OMS), fez com que a proposta ganhasse apoio em diversos setores do governo e entre os profissionais de saúde (Hamilton; Fonseca, 2003).

A OMS promoveu uma abordagem inovadora no entendimento do processo saúde-doença. Entre as funções recomendadas por ela para os educadores de saúde, destacava-se a realização da análise, do estudo e do diagnóstico educativo dos problemas de saúde, com base no levantamento das características socioeconômico-culturais da comunidade. Esse levantamento capacita o educador a superar as barreiras psicológicas, sociais e culturais que interferem nas mudanças de comportamento da população. A educação escolar desempenha um papel crucial na conscientização e na formação de cidadãos informados e engajados, a despertar o interesse do público por sua saúde e a auxiliar na identificação de problemas de saúde, incentivando a participação na busca por soluções (Pelicioni; Pelicioni, 2007).

A criação do Ministério da Saúde era considerada crucial para abordar os sérios problemas sanitários no Brasil, sendo vista como justificativa urgente para a criação de uma pasta independente para a saúde pública. Contudo, as mudanças institucionais na esfera político-partidária, a presença de um Executivo que demonstrava sinais de fragilidade, a concessão do poder de agenda ao Legislativo, a falta de disciplina partidária e a instabilidade dos acordos políticos foram alguns dos fatores que contribuíram para a demora na promulgação da lei que formalizou o Ministério da Saúde apenas em 25 de julho de 1953. O Ministério da Saúde desempenha um papel importante na promoção da educação em saúde. Isso inclui campanhas de conscientização e programas de prevenção e educação em saúde (Hamilton; Fonseca, 2003).

Em 1959, o Curso de Educação Sanitária de São Paulo, anteriormente de nível médio, foi elevado ao nível superior. Após concluir o curso, o profissional estava habilitado, entre outras atribuições, para transmitir orientações de saúde a alunos de escolas particulares e públicas. A influência do curso tornou-se evidente em 1967, quando iniciou-se o Curso de Pós-Graduação em Saúde Pública. A educação em saúde pública fundamenta-se na ideia de que o indivíduo aprende a cuidar de sua saúde, a qual é influenciada por diversos fatores no processo saúde-doença, a partir do conhecimento coletivo de sua realidade. A abordagem educacional deve ser crítica e problematizadora da realidade, um processo compartilhado, reflexivo, construído por meio de ações conjuntas como planejamento participativo, trabalho em grupo e pesquisas (Pelicioni; Pelicioni, 2007).

Marcondes (1964, *apud* Borges, 2014) destacava que o educador de saúde pública precisava ter conhecimentos sobre aprendizagem, motivação e estrutura cultural e social da comunidade. Suas habilidades estariam focadas na metodologia educacional, na dinâmica de grupo, nas relações humanas e na comunicação entre alunos das escolas e das comunidades onde atuariam. Ele seria capaz de diagnosticar aspectos educativos, considerando o conhecimento, crenças e comportamentos dos alunos e de pessoas da comunidade, planejando ações para promover a mudança de comportamento (Pelicioni; Pelicioni, 2007).

A partir de 1964, durante os regimes militares, as ações educativas em saúde passaram a ser desenvolvidas de forma integrada por equipes formadas por diferentes profissionais da área e por educadores. Nesse período, tais ações passaram a ser

oficialmente denominadas Educação em Saúde. No entanto, permaneceram centradas na mudança de comportamento e em práticas de caráter prescritivo e preventivo (Silva, 2022).

Em 1971, quando o país se encontrava sob o governo de um regime militar, a Lei de Diretrizes e Bases da Educação (LDB)¹ estabeleceu a obrigatoriedade da abordagem de temas relacionados à saúde nos currículos escolares de todos os estabelecimentos de ensino de primeiro e segundo graus no Brasil, por meio dos "programas de saúde" (Brasil, 1971). A concepção que embasa essa formulação é a compreensão de que a escola é um espaço privilegiado para a aquisição ou alteração de hábitos relacionados à saúde. A ação tinha o objetivo de estimular o conhecimento e a prática básica de saúde e higiene, visando estimular e orientar o desenvolvimento físico e mental da criança, além de cultivar nela hábitos sólidos de saúde (Monteiro; Bizzo, 2015).

Assim, a disciplina tinha foco em higiene, prevenção de doenças e condutas consideradas adequadas, funcionando como um instrumento de normatização do comportamento estudantil. Essa abordagem era biomédica, individualizante e descolada dos determinantes sociais de saúde, muito diferente das concepções que emergiriam com a Reforma Sanitária (Bueno; Köptcke, 2022).

Em 1974, o Conselho Federal de Educação aprovou o Parecer nº 2.264, que passou a orientar e definir as diretrizes para a organização e implementação dos Programas de Saúde no ambiente escolar. Até então, as ações de Educação em Saúde tinham como foco principal a inspeção e a normatização de condutas higiênicas. Com a aprovação do parecer, essas ações passaram a ter como objetivo a formação de hábitos e atitudes, consolidando-se como uma atividade pedagógica contínua no contexto escolar (Brasil, 1974).

Com um novo processo de redemocratização do país, diversos setores da sociedade civil organizada, incluindo profissionais de saúde, acadêmicos universitários e membros de movimentos sociais, uniram esforços em torno da

¹ A Lei nº 5.692/71 reorganizou o ensino de 1º e 2º graus no contexto do regime militar e reforçou um modelo tecnicista e padronizado de educação, alinhado às demandas do mercado de trabalho e ao projeto desenvolvimentista do Estado (Brasil, 1971). Essa lei tinha como objetivo central padronizar e tecnificar a educação básica, aproximando-a das necessidades do mercado de trabalho e de uma visão desenvolvimentista do Estado. A perspectiva geral era de caráter fortemente instrumental, com foco na formação prática e na capacitação para funções específicas (Bueno; Köptcke, 2022).

Reforma Sanitária Brasileira. As discussões, que ganharam destaque durante a 8ª Conferência Nacional de Saúde, de 1986, culminaram na inclusão do capítulo da Saúde na Constituição Brasileira de 1988. Esse capítulo instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS), reconhecendo a saúde como um direito de todos e um dever do Estado (Pelicioni; Pelicioni, 2007).

A criação do SUS melhoraria o acesso à educação ao proporcionar serviços de saúde mais acessíveis e eficazes. Com uma população mais saudável, há uma redução da incidência de doenças e um aumento da expectativa de vida, o que contribui para uma participação mais ampla na educação, desde a infância até a idade adulta.

Durante o século XX, a saúde escolar no Brasil acompanhou os avanços técnicos e científicos. Houve uma transição do discurso tradicional, baseado nas ciências da saúde, que se concentra principalmente nos aspectos biológicos e físicos das doenças e condições de saúde, para a adoção da estratégia da Iniciativa Regional Escolas Promotoras de Saúde (IREPS). Essa abordagem, surgida no final dos anos 1980, representa uma mudança conceitual e metodológica ao incorporar o conceito de promoção da saúde ao ambiente escolar (Figueiredo *et al.*, 2010).

A IREPS fundamenta-se no conceito de promoção da saúde, elaborado a partir da I Conferência Internacional de Promoção da Saúde, realizada em 1986, no Canadá. Como resultado dessa Conferência, foi elaborada a Carta de Ottawa (Ottawa, 1987), documento que aborda a temática da promoção da saúde, estabelecendo que através da capacitação e fortalecimento das populações é possível melhorar suas condições de saúde e aumentar seu controle sobre ela, reduzindo os fatores de risco, fortalecendo fatores protetores e incorporando hábitos saudáveis. A ênfase na educação em saúde como principal via para a promoção da saúde ganhou destaque após a Conferência, encontrando maior apoio no Brasil (Feijão; Galvão, 2007).

Na década de 1990, a Organização Mundial da Saúde (OMS) definiu a Educação em Promoção da Saúde (EPS) como uma estratégia que visa promover habilidades pessoais e sociais, cultivando atitudes positivas em relação à saúde, incluindo a capacidade de tomar decisões pessoais. Em 1995, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) lançou a Iniciativa Regional de EPS, incentivando os Estados-membros a fortalecer suas ações em saúde escolar por meio de uma revisão e reflexão sobre suas práticas. No contexto brasileiro, o esforço educativo em saúde

realizado nas escolas fortalece a cooperação técnica entre os Ministérios da Saúde e da Educação (Silva *et al.*, 2019).

Também nessa década, especificamente em 1997, o Conselho Federal de Educação (CFE) ressaltou a relevância de integrar a saúde como um dos Temas Transversais nos Parâmetros Curriculares Nacionais (PCN), enfatizando que os Programas de Saúde não deveriam ser considerados como disciplinas isoladas, mas sim uma preocupação abrangente do processo formativo, de incumbência escolar. A abordagem da saúde deveria ser realizada por meio da correlação entre os diferentes componentes curriculares (Santos; Bógus, 2007).

O desenvolvimento dos programas deveria se apoiar em atividades práticas, em vez de se concentrar em conteúdos específicos. Não era requerida qualquer formação específica para os professores encarregados de implementar esses programas. As questões relacionadas aos contextos sociais e às condições de vida dos alunos, aspectos culturais, socioeconômicos, acesso aos bens e serviços eram pouco consideradas como foco da educação em saúde (Monteiro; Bizzo, 2015).

Neste contexto, sugere-se estabelecer uma conexão intrínseca entre o desenvolvimento do tema da saúde em sala de aula e a perspectiva de construção da cidadania, o que indica uma mudança significativa na abordagem a ser adotada. No que se refere à relação entre a área das ciências naturais e a saúde, os Parâmetros Curriculares Nacionais (PCN) destacam o objetivo geral de compreender a saúde como um bem individual e comum a ser promovido pela ação coletiva (Monteiro; Bizzo, 2015). De acordo com as diretrizes do PCN, os temas de saúde devem estar presentes no currículo da educação de crianças e adolescentes, como abordagem transversal e interdisciplinar. Eles devem ser integrados a todas as disciplinas, fazendo parte do discurso cotidiano do processo de ensino/aprendizagem (Figueiredo *et al.*, 2010).

Poucos documentos oficiais forneceram perspectivas e diretrizes claras para o desenvolvimento de temas relacionados à saúde na escola, com destaque para o Parecer nº 2.246/74 do Conselho Federal de Educação e os Parâmetros Curriculares Nacionais (Monteiro; Bizzo, 2015). Ao contrário da visão expressa no parecer sobre os programas de saúde elaborado em 1974, o documento de 1997 enfatiza que não se pode compreender ou transformar a situação de saúde de um indivíduo ou de uma comunidade sem levar em conta que ela é produzida nas relações com o meio físico,

social e cultural (Brasil, 1997b) adotando uma abordagem alinhada aos princípios da Saúde Coletiva.

A implementação de escolas promotoras de saúde requer uma colaboração entre os setores da educação, saúde e sociedade, exigindo a participação ativa da comunidade educativa na identificação das necessidades e dos problemas de saúde, bem como na definição de estratégias e ações para enfrentá-los (Figueiredo *et al.*, 2010). A promoção da saúde no ambiente escolar envolve a participação de diversos atores sociais, como profissionais da saúde, membros da comunidade escolar (alunos, professores, pais, funcionários e direção) e moradores locais (Pelicioni; Pelicioni, 2007)

Trata-se de uma abordagem abrangente de promoção da saúde dentro do ambiente escolar, em que a ênfase recai em três componentes inter-relacionados: i) educação para a saúde com foco integral e desenvolvimento de habilidades para a vida, ii) criação e manutenção de ambientes físicos e psicossociais saudáveis, iii) oferta de serviços de saúde, promoção de alimentação saudável e vida ativa (Figueiredo *et al.*, 2010).

No que tange ao primeiro componente, relacionado à *Educação para a Saúde com Foco Integral e Desenvolvimento de Habilidades para a Vida*, além de fornecer conhecimento sobre temas de saúde, como nutrição, higiene, prevenção de doenças, saúde mental, sexualidade, entre outros, a educação para a saúde na escola deve desenvolver habilidades para a vida. Isso inclui habilidades de comunicação, tomada de decisão, resolução de problemas, empatia e trabalho em equipe, essenciais para promover comportamentos saudáveis e lidar com os desafios do dia a dia. A educação para a saúde na escola não se limita à transmissão de informações sobre saúde. Ela deve adotar uma abordagem integral, que considere não apenas aspectos físicos, mas também emocionais, sociais e cognitivos da saúde (Figueiredo *et al.*, 2010).

Já no que se refere ao segundo componente, a saber, *Criação e Manutenção de Ambientes Físicos e Psicossociais Saudáveis*, a escola deve ser um ambiente seguro, acolhedor e estimulante para alunos, professores e funcionários. Isso envolve a criação de infraestruturas físicas adequadas, incluindo salas de aula bem iluminadas e ventiladas, espaços verdes para recreação, instalações esportivas e áreas de refeição saudáveis, entre outros. Além do aspecto físico, é importante promover

ambientes psicossociais saudáveis, em que os alunos se sintam respeitados, valorizados e incluídos (Figueiredo *et al.*, 2010).

Por fim, referente ao terceiro componente, relacionado à *Oferta de Serviços de Saúde, Promoção de Alimentação Saudável e Vida Ativa*, as escolas podem oferecer uma variedade de serviços de saúde para promover o bem-estar dos alunos. A promoção de uma alimentação saudável e de uma vida ativa é fundamental para prevenir doenças e promover o desenvolvimento saudável dos alunos (Figueiredo *et al.*, 2010).

Assim, compreende-se que as escolas promotoras de saúde visam promover o desenvolvimento integral dos estudantes da educação básica, abrangendo aspectos físicos, psicológicos e sociais, por meio de iniciativas pedagógicas voltadas à prevenção da saúde, à promoção do bem-estar e à conservação ambiental, direcionadas à comunidade escolar. Nesse contexto, objetiva capacitar os indivíduos para o autocuidado em saúde e prevenção de comportamentos de risco em todas as oportunidades educativas (Pelicioni; Pelicioni, 2007). Para alinhar as ações das escolas promotoras de saúde às orientações pedagógicas nacionais, é essencial considerar a integração do tema saúde ao currículo escolar de forma ampla e contextualizada.

Além dos PCN mencionados, as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) e a Base Nacional Comum Curricular (BNCC) são documentos fundamentais para a organização e a orientação da educação no Brasil. Cada um possui objetivos específicos, mas todos se articulam no propósito de oferecer uma educação que promova o desenvolvimento integral dos estudantes, incluindo a dimensão da educação em saúde como parte essencial desse processo.

Os PCN foram criados no final da década de 1990, conforme exposto acima, para fornecer parâmetros gerais para o currículo da educação básica, garantindo qualidade e equidade no ensino em todo o país. Eles introduziram a ideia de temas transversais, entre eles a saúde, apresentada como uma questão crucial a ser trabalhada de forma interdisciplinar. A abordagem da saúde nos PCN vai além do aspecto físico, integrando também dimensões emocionais e sociais. Eles sugerem que as escolas discutam temas como higiene, alimentação, sexualidade, prevenção de doenças, primeiros socorros e bem-estar geral, incorporando essas questões em diversas disciplinas e atividades escolares. Dessa forma, a saúde é tratada como

parte do cotidiano educacional, contribuindo para a formação de hábitos saudáveis e do pensamento crítico dos alunos (Brasil, 1997a).

As DCNs, por sua vez, oferecem uma base mais ampla e estrutural, definindo princípios e objetivos para os currículos em diferentes níveis e modalidades de ensino. A palavra saúde é citada 172 vezes ao longo do seu texto, sendo o documento que mais aborda o tema entre os citados na educação. Na educação infantil, aprovada em 2009, por exemplo, incentivam-se práticas que promovam o bem-estar físico e emocional das crianças, preparando-as para lidar com questões de saúde de maneira natural e construtiva (Brasil, 2009a). A saúde não é mais considerada como um programa a ser implementado por disciplinas individuais, mas sim como um componente essencial dos conteúdos a serem obrigatoriamente abordados em todas as escolas brasileiras (Brasil, 1998b).

A BNCC, aprovada em 2017, estabelece os direitos de aprendizagem que todos os estudantes devem alcançar durante a educação básica. Ela consolida e atualiza os objetivos dos PCN e das DCNs, definindo competências e habilidades específicas relacionadas à saúde em cada etapa escolar. Na educação infantil, a BNCC enfatiza a necessidade de cuidar do corpo e desenvolver hábitos saudáveis desde cedo (Brasil, 2018a).

Na educação infantil brasileira, especialmente após a BNCC, a base teórica que orienta o trabalho pedagógico vem, majoritariamente, do sociointeracionismo de matriz vygotskiana, uma perspectiva que entende o desenvolvimento humano como um processo essencialmente cultural, mediado pelas relações sociais e pela linguagem. Vygotsky, sustenta que a aprendizagem é construída primeiro no plano social, para depois se internalizar no plano individual (Teixeira, 2022). Assim, o foco da educação infantil não recai sobre a aquisição de conteúdos cognitivos isolados, mas sobre a experiência compartilhada, a brincadeira, a interação entre as crianças e os adultos, e a circulação de significados que permitem a cada criança criar modos próprios de compreender e atuar no mundo. É daí que surgem os “campos de experiência”, uma organização curricular que valoriza a expressão, a convivência e a exploração do ambiente como dimensões inseparáveis do desenvolvimento (Pino, 2010).

Quando a criança passa para o ensino fundamental, o cenário muda significativamente. A etapa passa a ser estruturada pelo construtivismo influenciado

por Piaget e operacionalizado por autores como Cesar Coll, ao lado da teoria das competências de Perrenoud (Duarte, 2001; Branderburg *et al.*, 2014). Trata-se de uma abordagem de base cognitivista, que parte da ideia de que o desenvolvimento ocorre em estágios sequenciais e de que a aprendizagem depende da capacidade individual da criança de reorganizar mentalmente as informações que ela assimila e acomoda. Em vez de um olhar centrado na cultura e na mediação social, sob uma lógica vygotskyana (Corrêa, 2017), o ensino fundamental é guiado por uma matriz mais biologista, no sentido de considerar o desenvolvimento cognitivo como resultado do amadurecimento orgânico ao longo do tempo. Por isso, o currículo é organizado em habilidades e competências, que funcionam como descritores do que o aluno deve ser capaz de fazer em determinados momentos do percurso escolar, enfatizando operações mentais, resolução de problemas e autonomia intelectual (Duarte, 2001; Almeida; Falcão, 2008).

A relação entre a BNCC, os PCN e as DCNs é marcada pela integração e pelo fortalecimento de uma visão interdisciplinar. A educação em saúde é entendida como um eixo fundamental para a formação de cidadãos conscientes e preparados para contribuir para a melhoria da qualidade de vida em suas comunidades. Ao mesmo tempo, todos os três documentos reforçam que a saúde deve ser abordada de forma integrada ao currículo escolar, como um tema que atravessa diversas áreas do conhecimento.

Na prática, a aplicação desses documentos pode ser observada em projetos escolares que abordam nutrição, saúde mental, prevenção de doenças, sexualidade e atividades físicas. Esses projetos envolvem não apenas professores e alunos, mas também famílias e comunidades, criando uma rede de apoio para a promoção da saúde e o enfrentamento de desafios contemporâneos, como a desinformação em temas de saúde. Assim, os PCN, as DCNs e a BNCC convergem no objetivo de promover a educação em saúde como pilar da formação integral e da construção da cidadania.

A VI Conferência Internacional de Promoção da Saúde, ocorrida em Bangkok em 2005, reforçou o papel crucial da Educação em Saúde como uma ferramenta política para capacitar os cidadãos na transformação da realidade social em busca de uma melhor qualidade de vida. Destacou-se a necessidade de preparar os indivíduos para assumirem responsabilidade por sua própria saúde e pela saúde da comunidade,

capacitando-os para o empoderamento, participação, tomada de decisões e controle social. Essa abordagem está alinhada com a Resolução nº 7, de 14 de dezembro de 2010, do Conselho Nacional de Educação (CNE) (Brasil, 2010a), que salienta a importância de integrar atividades de promoção da saúde ao conjunto de atividades escolares. Ambos os posicionamentos convergem na compreensão de que a educação escolar desempenha um papel fundamental na promoção de condutas e atitudes saudáveis, capacitando os indivíduos a exigir seus direitos e a agir sobre os determinantes e condicionantes da saúde e qualidade de vida (Borges, 2014; Monteiro; Bizzo, 2015).

Em 2007, foi instituído o Programa Saúde na Escola (PSE), uma iniciativa do governo federal do Brasil, coordenada pelo Ministério da Saúde em parceria com o Ministério da Educação. O PSE está sob a gestão da Secretaria de Educação Básica do Ministério da Educação (SEB/MEC) e destaca-se como um programa estratégico em nível nacional, tendo como princípios a intersetorialidade, a territorialidade e a integralidade. Seu principal objetivo é promover a saúde e o bem-estar de crianças e adolescentes matriculados na rede pública de ensino. O PSE realiza ações integradas entre saúde e educação, buscando prevenir problemas de saúde, promover estilos de vida saudáveis e contribuir para o desenvolvimento integral dos estudantes. Entre as atividades desenvolvidas pelo programa estão ações de promoção da alimentação saudável, prevenção ao uso de álcool, tabaco e outras drogas, incentivo à prática de atividade física, cuidados com a saúde bucal, prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, entre outras. O PSE atua por meio de equipes multiprofissionais que incluem profissionais de saúde, educadores e gestores escolares, trabalhando de forma integrada para promover a saúde nas escolas (Figueiredo *et al.*, 2010).

A atuação dos Grupos de Trabalho Municipais (GTIMs), dos Grupos de Trabalho Estaduais (GTIEs), dos Gestores da Educação e da Saúde nas esferas municipais, estaduais e no Distrito Federal, propiciou a expansão do PSE, que em 2022, estava presente em 5.422 municípios (97,34% do Brasil), em 97.389 escolas, e 23.426.003 de educandos, alcançando os estudantes das zonas rurais, urbanas, quilombolas, indígena, assim como o público da educação especial e da Educação de Jovens e Adultos (EJA) (Brasil, 2024a).

A educação em saúde na educação pode ser mal inserida, gerando um desalinhamento entre o que a legislação pretende e aquilo que tido como prática. A

Lei nº 13.935/2019, ao propor a inserção de psicólogos como parte das equipes multiprofissionais da educação, sinaliza um avanço por reconhecer que o trabalho desse profissional deve dialogar com o projeto pedagógico da escola e contribuir para a qualidade do processo de ensino-aprendizagem. No entanto, ao deixar brechas interpretativas, especialmente no que diz respeito à atuação clínica, ela permite que se reinstale, de maneira silenciosa, a velha lógica de medicalizar problemas educacionais. Quando o campo da saúde entra na escola sem um enquadramento conceitual sólido, corre-se o risco de deslocar para o aluno o que é estrutural e pedagógico. Exemplificando, dificuldades de aprendizagem passam a ser lidas como déficits individuais e conflitos de convivência, e não como transtornos comportamentais (Bertasso, 2022).

3.1 O papel da Escola na relação educação e saúde

A promoção da saúde foi definida pelo sanitarista Henry Sigerist, em 1946, como uma das quatro funções essenciais da medicina, ao lado da prevenção, do tratamento e da reabilitação de doentes. Nos anos 1960, a abordagem preventiva ganhou relevância com o modelo da História Natural da Doença, proposto por Leavell e Clark (Leavell; Clark, 1976), que dinamizou o conceito da doença (Mendes *et al.*, 2016).

As práticas de promoção da saúde, baseadas no modelo de Leavell e Clark (1976), centraram-se em mudanças de hábitos, com ênfase em aconselhamentos e educação sanitária, adotando um caráter normativo. Esse modelo, que prevaleceu no século XX, fundamentou-se na objetividade e universalidade do saber científico, ignorando contextos sócio-históricos e culturais ao prescrever comportamentos como única via para o bem-estar (Mendes *et al.*, 2016).

Em 1992, Sutherland e Fulton propuseram duas abordagens distintas para a promoção da saúde. Uma delas se concentra em atividades direcionadas à mudança individual, destacando estilos de vida, principalmente influenciados pelo ambiente familiar e, em menor medida, pelo ambiente cultural da comunidade. Nesse contexto, os programas de promoção da saúde enfatizam componentes educativos voltados aos

riscos comportamentais modificáveis, que estão, em parte, sob o controle dos próprios indivíduos (Santos; Bógus, 2007).

O segundo enfoque enfatiza a importância dos determinantes gerais das condições de saúde, reconhecendo que a saúde é influenciada por uma ampla gama de fatores relacionados à qualidade de vida. Nessa perspectiva, as atividades de promoção da saúde se concentram no coletivo e no ambiente, visando criar condições propícias para escolhas saudáveis e reforçar as capacidades e habilidades individuais e comunitárias. A promoção da saúde, nesse contexto, abrange todas as práticas e comportamentos que visam melhorar o estado de saúde da população, mediante medidas que não se limitam a tratar problemas de doenças ou desordens orgânicas, mas buscam promover a saúde e o bem-estar geral (Santos; Bógus, 2007).

Com base na Carta de Ottawa, a promoção da saúde eficaz envolve mudanças nos determinantes de saúde, sejam controláveis pelos indivíduos (comportamentos e uso de serviços) ou externos (fatores sociais, econômicos e ambientais). O sucesso dos programas é avaliado sob diferentes perspectivas: os gestores priorizam o impacto econômico; promotores de compromissos priorizam objetivos alcançados e engajamento; os beneficiários valorizam uma abordagem de prioridades reconhecidas; os pesquisadores focam no rigor metodológico e resultados baseados em evidências (Nutbeam, 1999).

A escola deve manter uma comunicação próxima com a comunidade local, envolvendo-a em seu programa de saúde e participando ativamente dos programas de saúde da região. A Educação para a Saúde na escola visa não apenas transmitir conhecimentos, mas também formar atitudes e valores que promovam comportamentos saudáveis tanto para os alunos quanto para as pessoas próximas a eles. O objetivo não se resume a fornecer informações, mas sim a motivar os alunos a aprender, analisar e avaliar fontes de informação, capacitando-os a fazer escolhas conscientes e inteligentes baseadas no conhecimento adquirido (Marcondes, 1972).

As práticas educativas em saúde não se limitam aos profissionais e aos serviços de saúde, mas devem ser integradas a eles. O processo educativo, em um cenário ideal, seria desenvolvido em conjunto e incorporado ao projeto político-pedagógico da escola (Figueiredo *et al.*, 2010). Não se busca desviar as responsabilidades dos professores e dos profissionais de saúde, mas sim integrar, no contexto escolar, atitudes e práticas que promovam a saúde de maneira crítica. A ideia

é que as questões de saúde não sejam negligenciadas na escola, como se apenas os profissionais de saúde fossem capazes de lidar com elas, ignorando as oportunidades de práticas integradas e interdisciplinares (Santos; Bógus, 2007).

A discussão sobre qual abordagem teórica é mais adequada para implementar a temática da saúde na educação frequentemente se concentra em dois enfoques principais: a Educação em Saúde (EeS) e a Educação para a Saúde (EpS). Essas perspectivas, embora complementares, apresentam diferenças marcantes na forma de abordar o ensino e a promoção da saúde (Garcia, 2020).

A Educação em Saúde (EeS) fundamenta-se na ideia de que as ações devem ser voluntárias e partir de um indivíduo consciente e capaz de tomar decisões informadas. Essa abordagem valoriza a autonomia, a participação ativa e a troca de conhecimentos de forma horizontal, em que educadores e aprendizes compartilham experiências e constroem, juntos, o saber. O foco da EeS está no empoderamento, no estímulo à reflexão crítica e na prática de ações que considerem o contexto sociocultural e ambiental do indivíduo. Dessa maneira, a EeS não impõe um padrão de comportamento, mas promove a construção de competências que possibilitam escolhas mais conscientes e responsáveis em relação à saúde (Garcia, 2020).

Já a Educação para a Saúde (EpS) baseia-se em um modelo mais tradicional e hierárquico de transmissão de conhecimento, em que alguém com maior domínio de um tema (como o professor) ensina conceitos previamente definidos a alguém que se presume menos instruído (o aluno). Essa abordagem frequentemente está associada a programas prescritivos, nos quais o objetivo principal é a transmissão de informações e orientações voltadas a mudanças comportamentais específicas. Embora útil em determinados contextos, a EpS pode ser criticada por desconsiderar o contexto individual e pela pouca ênfase no desenvolvimento de uma reflexão crítica sobre os determinantes sociais da saúde (Garcia, 2020).

A Educação em Saúde também se conecta a um conceito importante e emergente: a Alfabetização em Saúde (AS), também chamada de Literacia em Saúde ou Letramento em Saúde. A AS envolve habilidades pessoais, cognitivas e sociais que permitem o acesso, a compreensão e o uso consciente de informações relacionadas à saúde, promovendo escolhas informadas e um estilo de vida saudável. A AS é uma consequência direta da Educação em Saúde, pois, ao proporcionar um processo de aprendizagem participativo e crítico, permite que o indivíduo adquira

ferramentas para interpretar informações, avaliar suas implicações e tomar decisões fundamentadas (Nutbeam, 1999).

Mais do que um conceito, a Alfabetização em Saúde é uma prática que transforma a relação do indivíduo com o sistema de saúde e com o ambiente em que vive. Indivíduos alfabetizados em saúde não apenas conseguem compreender orientações médicas e adotar práticas preventivas, mas também contribuem ativamente para a promoção da saúde em suas comunidades. Esse empoderamento cria um ciclo virtuoso, em que a informação qualificada e acessível promove o bem-estar individual e coletivo (Garcia, 2020).

Portanto, enquanto a Educação para a Saúde (EpS) pode ser eficaz para introduzir conceitos básicos e promover comportamentos preventivos em situações específicas, a Educação em Saúde (EeS) e a Alfabetização em Saúde ampliam o horizonte educativo, valorizando a autonomia, a inclusão e o desenvolvimento de uma consciência crítica. Essas abordagens integradas possibilitam não apenas a mudança de comportamento, mas também a transformação social necessária para promover saúde e bem-estar de forma sustentável e equitativa (Garcia, 2020).

A relação entre saúde e educação nem sempre tem sido harmoniosa, especialmente no contexto da saúde escolar. Como exemplo, temos a interpretação de manifestações próprias do desenvolvimento (agitação, frustração, dificuldade de atenção ou conflitos entre pares), como se fossem necessariamente indicadores de problemas clínicos, o que nem sempre corresponde à realidade. Nem todos os desafios comportamentais constituem problemas de saúde mental; muitos decorrem de contextos sociais, de práticas pedagógicas inadequadas ou da própria etapa maturacional da criança.

Algumas abordagens, bem como algumas falsas impressões, mostram-se pouco efetivas. Como exemplo, podemos mencionar que, quando a atividade educativa é abordada de maneira exclusivamente médica, com foco no controle e prevenção de doenças, a educação em saúde tende a ser pouco efetiva para promover mudanças de atitude que levem a estilos de vida mais saudáveis (Figueiredo *et al.*, 2010).

Os próprios profissionais da educação, muitas vezes, tendem a pensar na saúde de forma assistencialista e higienista, limitada ao corpo biológico, estratégia que já demonstrou ser pouco efetiva. Em muitos casos, desconsideram as possíveis

parcerias, dentro e fora da escola, que poderiam promover interações e o empoderamento de conhecimentos e habilidades, sob a perspectiva das escolas promotoras de saúde (Santos; Bógus, 2007).

Atualmente, os métodos de ensino adotados em sala de aula geralmente refletem as interpretações individuais dos professores sobre o conceito de saúde e as ações que consideram relevantes para lidar com questões de saúde. Embora haja diretrizes sugerindo a inclusão desses temas em todas as disciplinas, não há acordo universal sobre a responsabilidade de todos os professores em integrar a saúde como um tema transversal nas diversas áreas de ensino (Santos; Bógus, 2007).

O ensino da saúde representa um desafio para a educação, pois busca não apenas transmitir conhecimentos sobre o funcionamento do corpo e sobre descrições de doenças, mas também promover uma aprendizagem efetiva que transforme atitudes e hábitos de vida. A metodologia que apenas oferece informações e recomendações sobre higiene não é suficiente para que os alunos adotem comportamentos saudáveis (Brasil, 1997b). Contudo, não existem orientações detalhadas para o ensino da saúde nas escolas, o que acaba levando a práticas pontuais, sem transversalidade e de pouca incorporação à rotina do aluno (Monteiro; Bizzo, 2015).

Nos últimos anos, com o início do Programa Saúde na Escola em 2007, houve uma maior integração da saúde no ambiente escolar, tornando-se um componente essencial da aprendizagem dos alunos por meio dos programas instituídos pelo governo (Monteiro; Bizzo, 2015).

Com o passar do tempo, houve avanços significativos na compreensão da saúde, incluindo a consideração de seus fatores sociais, o reconhecimento do direito à saúde e a inclusão da dimensão coletiva nos objetivos da educação para a saúde. No entanto, alguns desafios persistem para que a escola se torne verdadeiramente um ambiente de aprendizado que permita aos alunos entender os vários fatores que influenciam sua saúde e a de suas comunidades, tornando-os capacitados a adotar uma postura crítica em relação a essas condições. Isso requer que os professores e a equipe escolar adotem uma compreensão ampla da saúde, incorporando contribuições teóricas da saúde coletiva (Monteiro; Bizzo, 2015).

O ensino dos temas de saúde desde os primeiros anos do ensino fundamental oferece a oportunidade de os alunos compreenderem que as condições de saúde não

são determinadas apenas por fatores naturais ou sorte, mas sim por uma série diversificada de determinantes, tais como: ambiente físico, estilo de vida e comportamentos de saúde, redes sociais e suporte social, fatores biológicos e genéticos, acesso a cuidados de saúde, fatores ambientais e ocupacionais, políticas e práticas de saúde pública. Ao perceberem a saúde como um direito e reconhecerem sua ligação a diversos fatores, as crianças e jovens podem adotar uma postura crítica em relação às condições de vida que enfrentam, tanto individualmente quanto como parte de suas comunidades. Isso os capacita a enfrentar os desafios e os motiva a trabalhar para melhorar as condições de vida e de saúde, tanto para si mesmos quanto para o coletivo (Monteiro; Bizzo, 2015).

3.2 Deficiências na formação de pedagogos e de pedagogas em aspectos relacionados à saúde e nutrição infantil

As Diretrizes Curriculares Nacionais para o Curso de Graduação em Pedagogia, estabelecidas pela Resolução CNE/CP Nº 1, de 15 de maio de 2006, definem a formação dos professores para a educação infantil e os anos iniciais do ensino fundamental, buscando capacitar pedagogos de forma ampla, inclusive para a gestão e outras áreas nas quais sejam necessários conhecimentos pedagógicos (Brasil, 2006a). Em 2024, o Conselho Nacional de Educação publicou a Resolução CNE/CP nº 4/2024, que traz atualizações no campo da formação docente no Brasil, abrangendo desde a educação infantil até o ensino médio. Estas novas Diretrizes Curriculares reforçam o compromisso de uma formação que compreenda as particularidades das famílias e dos contextos em os professores atuam, fortalecendo a relação entre escola e família (Brasil, 2024b).

A formação superior para docentes que trabalham com bebês demonstra uma preocupação pedagógica com essa faixa etária; porém, fica clara a deficiência na formação básica em questões de saúde por meio desse documento, visto a ausência de apreciação desse tema ao longo do texto (Brasil, 2024b). A formação escolar segue um currículo nacional adaptado às necessidades de cada instituição. No entanto, pesquisas indicam que a Educação Infantil é abordada, em média, em apenas duas disciplinas nos cursos de Pedagogia, apesar de estar presente em 82% das

instituições analisadas (Gatti, 2010; Oliveira, 2016). Além disso, muitas unidades de educação infantil contam com auxiliares sem formação superior, evidenciando lacunas na qualificação dos profissionais da educação infantil.

Uma análise de 71 cursos de licenciatura em Pedagogia no Brasil revelou deficiências preocupantes nos currículos. Segundo Gatti (Gatti, 2010), apenas 30% da carga horária é voltada à formação profissional específica, enquanto 70% se destinam a outras disciplinas. A formação profissional prioriza referenciais teóricos, como a sociologia e a psicologia, com pouca integração prática. Apenas 3,4% das disciplinas abordam "Didática Geral", enquanto 20,7% tratam de metodologias e práticas de ensino. Já as disciplinas relacionadas à Educação Infantil correspondem a apenas 5,3% da estrutura curricular. A pesquisa também constatou que as disciplinas optativas priorizam fundamentos teóricos, com poucas exceções, como as de nutrição, higiene e saúde. Esse cenário revela que os cursos de formação docente apresentam currículos fragmentados e dispersos, impactando a qualidade da formação de professores para a Educação Infantil (Gatti, 2010).

Gatti (2010) argumenta que muitos cursos de licenciatura apresentam fragilidades estruturais, como excesso de disciplinas teóricas desconectadas da prática escolar, pouca articulação entre universidade e escola básica e insuficiente preparação pedagógica. Essas limitações acabam repercutindo na qualidade do ensino oferecido nas escolas.

Os dados coletados em mais de quinhentos cursos de Pedagogia no estado de São Paulo indicam que a temática do bebê é pouco explorada, com apenas três menções ao termo "bebê" e 39 ao termo "creche". Apesar da baixa incidência, a presença desses descritores reflete o esforço de pesquisadores na defesa dos direitos educacionais dos bebês e a necessidade de reconhecimento dessa faixa etária como sujeito de direitos (Oliveira, 2016).

Com base nesses pressupostos, compreende-se que a formação de professores precisa ser pensada como eixo estruturante da qualidade educativa. É preciso garantir profissionais capazes de compreender a especificidade da infância, suas linguagens, seu ritmo e sua forma própria de aprender, o que é apreciado pelo Plano Nacional de Educação (PNE) (Brasil, 2014a).

Ao defender a formação inicial e continuada e o atendimento progressivo por docentes com nível superior, o PNE indica que a Educação Infantil não é um espaço de cuidado assistencial, mas um campo de intervenção educativa complexa. Isso significa formar profissionais que compreendam a criança como sujeito de direitos, que saibam articular cuidado e educação, e que tenham repertório teórico e sensibilidade para planejar ambientes, propostas e interações significativas (Brasil, 2014a).

O PNE também aprofunda o compromisso com a articulação entre a pós-graduação, os núcleos de pesquisa e os cursos de formação. O plano reconhece que o trabalho na Educação Infantil deve estar alinhado a evidências, estudos contemporâneos e teorias sobre desenvolvimento, linguagem, brincadeira, currículo e organização dos espaços. A articulação com programas de pós-graduação e pesquisa fortalece o cotidiano da creche e da pré-escola, com reflexões teóricas robustas. As metas do PNE orientam para um projeto de formação docente que entenda a complexidade da infância e valorize a profissionalização do trabalho pedagógico (Brasil, 2014a).

A garantia do direito à educação infantil é uma obrigação do Estado, sobretudo para as crianças em situação de vulnerabilidade social. Para a garantia do direito à educação infantil, é essencial que os profissionais que atuam nessa área sejam devidamente capacitados para atender às especificidades desse público (Silva, 2016). No entanto, muitos docentes ainda baseiam suas práticas em experiências pessoais na rotina da creche, o que evidencia a necessidade de colaboração entre as áreas da saúde e da educação. Além disso, os professores não se sentem plenamente preparados para lidar com questões de promoção e prevenção da saúde infantil, destacando a importância de treinamentos específicos nessa área (Salgado, 2016).

Apesar dos avanços na legislação, a Educação Infantil ainda enfrenta grandes desafios. A formação inadequada dos profissionais, a falta de acesso à formação continuada e a carência de investimentos em infraestrutura e materiais pedagógicos são obstáculos a serem superados. O reconhecimento da Educação Infantil como etapa fundamental da educação básica é essencial para garantir condições adequadas ao seu desenvolvimento e assegurar um ensino de qualidade.

A formação de educadores da Educação Infantil vai além de prepará-los para o desenvolvimento do projeto pedagógico. É necessário incluir conteúdos voltados à promoção da saúde, visando aprimorar a qualidade dos serviços prestados às crianças e reduzir o risco de adoecimento. Crianças que frequentam unidades de educação infantil estão mais sujeitas a doenças do que as cuidadas em casa. Para isso, o processo formativo na Educação Infantil deve criar situações que permitam a troca de saberes entre os professores por meio de encontros de reflexão conjunta (Salgado, 2016).

Isso porque o profissional da Educação Infantil desempenha um papel essencial na promoção da saúde, especialmente nas creches e pré-escolas que atendem crianças de zero a três anos. O educador deve integrar cuidados e educação em saúde ao seu trabalho, contribuindo para o bem-estar das crianças e para a construção de hábitos saudáveis desde a infância (Brasil, 2011; Maranhão, 2000a, 2000b).

Os desafios enfrentados pelos educadores infantis na promoção da saúde são diversos, incluindo a falta de preparo para lidar com as demandas diárias e a escassez de estudos sobre a relação entre creches e saúde. Como resultado, ainda não existe um corpo teórico consistente capaz de promover mudanças nas representações e práticas dos profissionais. Um dos pontos mais ressaltados por Lemos (2010) é a percepção de que a saúde infantil não é considerada responsabilidade das instituições que acolhem as crianças durante o dia. Em vez disso, há maior foco em aspectos afetivos e operacionais, como alimentação, higiene e prevenção de acidentes, com menor atenção às práticas de cuidado em saúde.

Além disso, muitas professoras da educação infantil não consideram a promoção da saúde infantil parte de suas funções, atribuindo essa responsabilidade principalmente aos pais, sobretudo às mães. Algumas também não enxergam a escola como um ambiente relevante para obter informações sobre saúde, o que pode levá-las a atribuir o adoecimento das crianças a fatores externos à instituição. Essa visão pode gerar resistência à avaliação de seu trabalho e dificultar a implementação de ações mais efetivas para integrar saúde e educação (Salgado, 2016).

Diversos estudos indicam que as educadoras reconhecem a importância de atividades voltadas à promoção da saúde das crianças (Cardoso *et al.*, 2008; Vieira

et al., 2009). No entanto, algumas educadoras transferem essa responsabilidade para profissionais de saúde ou não conseguem implementar atividades educativas devido a limitações no ambiente de trabalho (Santos *et al.*, 2009; Maranhão, 2000a, 2000b).

Embora os professores demonstrem conhecimento básico sobre promoção e prevenção em saúde, sua aplicação prática ainda é limitada pela falta de formação específica. Diante disso, eles destacam a urgência de capacitações que promovam a saúde de forma prática e integrada à rotina escolar (Salgado, 2016).

Com base na preocupação com o bem-estar infantil, foi promulgada, pelo Conselho da União Internacional de Proteção à Infância, em 1959 a "Declaração dos Direitos das Crianças". Esse documento enfatiza princípios como a igualdade, o desenvolvimento físico, mental e social e o acesso à educação gratuita. A saúde infantil, implícita nesses princípios, sempre foi uma preocupação central para a humanidade. Ao longo do tempo, o conceito de saúde foi limitado à dicotomia entre estar saudável e estar doente, com a ideia de cura predominante nas instituições educacionais. Somente em 1984 a Organização Mundial da Saúde (OMS) definiu a promoção da saúde como um conceito amplo e abrangente, que engloba educação, meio ambiente e acesso a serviços básicos por meio de ações coletivas e políticas públicas (Straub, 2014). A OMS propõe a adoção de programas baseados no modelo de habilidades para a vida, com o objetivo de promover a saúde, reduzir comportamentos de risco e ampliar os cuidados com a saúde física e mental (Contini, 2001).

4 POLÍTICAS PÚBLICAS EM EDUCAÇÃO E SAÚDE NO BRASIL

Conforme exposto no capítulo anterior, a garantia do direito à educação infantil é uma obrigação do Estado e, nas últimas décadas, diversos documentos legais foram criados para enfatizar os direitos das crianças na primeira infância, como a Constituição Federal, de 1988 (Brasil, 1988), o Estatuto da Criança e do Adolescente – Lei nº 8.069, de 1990 (Brasil, 1990), a Lei Orgânica da Assistência Social - Lei nº 8.742, de 1993 (Brasil, 1993), a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional – Lei nº 9.394, de 1996 (Brasil, 1996), as Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação Infantil – Resolução CNE/CEB nº 05, de 2009 (Brasil, 2010b), os Parâmetros Curriculares Nacionais para a Educação Infantil (Brasil, 2006b), o Marco Legal da Primeira Infância – Lei nº 13.257, de 2016 (Brasil, 2016), a Base Nacional Comum Curricular (Brasil, 2018a) e a Política Nacional Integrada da Primeira Infância (Brasil, 2025a). Esses documentos representam uma conquista significativa para a sociedade, ao ampliar o direito à educação desde o início da vida e incluir o componente curricular de saúde nestas etapas.

O processo saúde/doença é parte da vida humana, evoluindo com os conhecimentos e as práticas transmitidos ao longo da história. A saúde, enquanto conceito, varia conforme valores, contextos sociais e históricos, e não pode ser vista de forma isolada. Desde 1948, a definição da Organização Mundial da Saúde como "Saúde é o estado do mais completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de enfermidade" (Scliar, 2007, p. 37) sugere uma visão ampla, mas idealizada. A compreensão de saúde não é absoluta, e a linha entre saúde e doença é subjetiva, dinâmica e influenciada por fatores biológicos, sociais e culturais (Scliar, 2007).

A saúde é resultado das interações entre fatores biológicos, físicos, sociais e culturais, que moldam as condições de vida, saúde e doença dos indivíduos e das coletividades. Aspectos como a genética, o meio ambiente, as condições socioeconômicas, o acesso a serviços de saúde e a qualidade de vida influenciam diretamente esse processo. Apesar dos avanços tecnológicos e do conhecimento, as desigualdades no acesso e na aplicação dessas melhorias perpetuam problemas de saúde. A saúde não é apenas a ausência de doença, mas a expressão da capacidade de cada pessoa e de cada sociedade de superar desafios e defender a vida, sendo

reflexo de suas potencialidades, condições de vida e inserção no mundo (Brasil, 2024c).

No Brasil, a Constituição de 1988 consolidou a saúde como direito universal e dever do Estado, promovendo um modelo integral de atenção à saúde que abrange promoção, proteção e recuperação. A criação do SUS busca concretizar esse modelo por meio de serviços descentralizados, regionalizados e hierarquizados, garantindo participação popular. Apesar disso, as políticas públicas e privadas ainda privilegiam ações curativas e o consumo de serviços e medicamentos, deixando de lado a prevenção e o autocuidado. A plena implementação do SUS é fundamental para a cidadania, mas a desigualdade regional e social continua a dificultar a realização desse direito em sua totalidade (Brasil, 1988).

A promoção da saúde envolve assegurar condições que garantam uma vida digna, incluindo educação, hábitos saudáveis, desenvolvimento de capacidades individuais, criação de ambientes saudáveis e políticas públicas voltadas à qualidade de vida e aos serviços de saúde. Ações como vigilância epidemiológica, saneamento básico, vacinação, controle de alimentos e medicamentos, além de exames periódicos, são fundamentais para proteger a saúde e prevenir doenças. A maioria dos agravos poderia ser evitada por meio de medidas preventivas eficazes, complementadas por ações curativas que promovem a recuperação da saúde individual. Contudo, o progresso e o desenvolvimento por si só não garantem melhores condições de vida e saúde; para isso, é necessário compreender os fatores envolvidos e adotar compromissos políticos que priorizem a saúde. Nesse cenário, a educação em saúde desempenha papel essencial, pois conscientiza sobre os direitos à saúde e capacita as pessoas para agirem de forma individual e coletiva sobre os determinantes do processo saúde/doença, promovendo assim uma atenção integral à saúde e à qualidade de vida (Brasil, 2024c).

Desde o século passado, os conteúdos relacionados à saúde e doença começaram a ser incorporados ao currículo escolar brasileiro de maneira gradual, acompanhando as concepções sociais vigentes sobre esses temas. Inicialmente, disciplinas como Higiene, Puericultura, Nutrição e Dietética, e mais recentemente, Ciências Naturais e Biologia, eram as responsáveis por divulgar o conhecimento sobre os processos que envolvem o adoecimento e a manutenção da saúde. Contudo, a

abordagem adotada pela escola sempre foi predominantemente reducionista, concentrando-se nos aspectos biológicos da saúde. Embora houvesse uma conscientização sobre as condições ambientais que favoreciam o surgimento de doenças, a escola priorizava a relação entre o "doente" e o "agente causal" das enfermidades, sem uma análise mais profunda dos fatores sociais, culturais e econômicos que também influenciam a saúde (Brasil, 2024c).

Apesar dessa abordagem tradicional, a inclusão dos temas de saúde no currículo escolar brasileiro só foi formalizada em 1971, com a Lei nº 5.692. Essa lei introduziu os "Programas de Saúde", com o objetivo de promover hábitos saudáveis entre crianças e adolescentes, abrangendo áreas como higiene pessoal, alimentação, práticas esportivas, trabalho e lazer, com a intenção de preservar a saúde individual e coletiva (Brasil, 1971).

A Lei estabeleceu que os Programas de Saúde não deveriam ser tratados como uma disciplina isolada, mas como um processo contínuo e pragmático, integrado ao ensino de outras áreas, com foco na formação de atitudes e na aquisição de conhecimentos que influenciem os comportamentos dos alunos. Dessa forma, os programas de saúde deveriam estimular os estudantes a aprender sobre saúde e capacitá-los a tomar decisões informadas para preservar a sua saúde e a dos outros. No entanto, a aplicação dessa diretriz nos estados do Brasil foi bastante heterogênea, já que as políticas locais muitas vezes não correspondiam completamente ao novo referencial de educação para a saúde (Brasil, 1971).

Em 1977, o Conselho Federal de Educação reafirmou que os programas de saúde não deveriam ser uma disciplina isolada, mas sim uma preocupação transversal no processo formativo. De acordo com essa orientação, os programas de saúde deveriam ser trabalhados de maneira interdisciplinar, principalmente por meio das disciplinas de Ciências, de Estudos Sociais e de Educação Física. Assim, a educação para a saúde deveria ser incorporada de forma mais ampla ao currículo escolar, contribuindo para o desenvolvimento integral dos estudantes e promovendo uma visão mais holística sobre os determinantes da saúde e o bem-estar (Brasil, 1977)

Na década de 80, muitos estados brasileiros começaram a reformular seus currículos, buscando integrar abordagens mais progressistas à educação. No entanto, estudos indicam que, na prática, houve pouco avanço na superação da abordagem

restrita à saúde como um tema biológico e informativo. A saúde continuou sendo tratada, principalmente nas aulas de Ciências Naturais, sob uma perspectiva biológica, com ênfase em aspectos como a instalação das doenças e suas causas biológicas. Embora algumas propostas curriculares tentassem ampliar essa visão, o foco principal continuava sendo a transmissão de informações sobre os ciclos das doenças, seus sintomas e formas de prevenção (Brasil, 2024c).

Já na década de 90, a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB), de 1996, consolidou a Educação Infantil como a primeira etapa da educação básica, garantindo que crianças de 0 a 3 anos tivessem acesso a espaços formativos. Além disso, a LDB estabeleceu requisitos legais para os profissionais da educação infantil, exigindo formação pedagógica específica em nível médio ou superior para aqueles que atuam com essa faixa etária, reforçando a importância de uma educação qualificada e especializada para o desenvolvimento das crianças desde os primeiros anos de vida (Brasil, 1996; Ribeiro, 2021).

Também na década de 90, em resposta às críticas sobre a falta de ênfase na educação em saúde nas escolas, o Ministério da Saúde recomendou a criação de ambientes escolares saudáveis, alinhando-se com as políticas de promoção da saúde. A proposta era integrar as ações de saúde ao cotidiano escolar de forma abrangente e multidisciplinar, considerando o ser humano em seus diversos contextos: familiares, comunitários, sociais e ambientais. Nesse período, os programas de promoção da saúde se concentraram, principalmente, em aspectos educativos, abordando comportamentos de risco que poderiam ser modificados por meio da conscientização e das escolhas individuais dos estudantes (Salgado, 2016).

Nesse contexto, os Parâmetros Curriculares Nacionais (PCN), estabelecidos em 1997 (Brasil, 1997a; Brasil, 1997b), orientaram que todas as escolas incorporassem os princípios da promoção da saúde, com objetivos claros como: promover a saúde de maneira contínua; integrar profissionais de saúde e educação; envolver pais, alunos e membros da comunidade; adotar práticas que respeitem o bem-estar e a motivação individual; e implementar políticas que assegurem o bem-

estar coletivo e individual, proporcionando oportunidades de crescimento e desenvolvimento em um ambiente saudável (Brasil, 1997b)².

Anos mais tarde, as Diretrizes Curriculares Nacionais para Educação Infantil (DCNEI) definem a Educação Infantil como a primeira etapa da educação básica, oferecida em creches e pré-escolas (Brasil, 1996). Esses espaços institucionais, públicos ou privados, educam e cuidam de crianças de 0 a 5 anos de idade durante o período diurno, em jornada integral ou parcial (Brasil, 2013a). A LDB determina que crianças de 0 a 3 anos pertençam à creche e as de 4 e 5 anos façam parte da pré-escola. A Educação Infantil é um direito garantido por lei, conforme já exposto nesta tese, cabendo aos pais decidir pela matrícula ou não de seus filhos na creche, se tiverem até 3 anos de idade. Nesta etapa, a frequência da criança ainda não é obrigatória, sendo a decisão dos pais se matriculam ou não seus filhos na instituição. Geralmente, os bebês começam a frequentar a educação infantil a partir dos 4 meses de idade, quando em muitos casos acaba a licença-maternidade (Landim, 2020).

Com o reconhecimento da Educação Infantil como primeira etapa da educação básica, as crianças menores, incluindo os bebês, passaram a ser valorizadas. Conseqüentemente, a formação dos profissionais que trabalham com essas crianças tornou-se uma demanda pedagógica essencial para garantir um atendimento de qualidade (Oliveira, 2008).

A educação busca articular conhecimentos, atitudes, aptidões e comportamentos, com o objetivo de promover práticas aplicáveis e compartilháveis na sociedade. Nesse processo, a educação favorece o desenvolvimento da autonomia, atendendo também a objetivos sociais. Embora a educação para a saúde não substitua as mudanças estruturais necessárias para garantir a qualidade de vida e a saúde, ela pode contribuir de forma significativa para sua realização. A educação e a saúde estão interligadas, sendo a educação para a saúde um reflexo da convergência desses dois aspectos. Apesar de outras instâncias, como os serviços de saúde, também terem responsabilidade sobre esse tema, a escola continua sendo um espaço fundamental para promover a saúde (Brasil, 2024c).

² A Base Nacional Comum Curricular, em vigor atualmente, reforça essa necessidade de promover a saúde em ambientes escolares para todas as faixas etárias.

Ao iniciar sua vida escolar, a criança traz comportamentos relativos à saúde influenciados pela família, pelos grupos de convivência e pela mídia. Durante a infância e adolescência, fases decisivas para a formação de atitudes, a escola desempenha um papel importante ao desenvolver um trabalho sistemático e contínuo. Ela precisa assumir a responsabilidade pela educação em saúde, já que as atitudes dos alunos serão moldadas pelos valores transmitidos pela comunidade escolar. Nos primeiros ciclos do ensino fundamental, as normas são mais aceitas pelos alunos, enquanto nos últimos ciclos, a adesão às convenções sociais diminui. O papel do professor é ser motivador, apresentar problemas, buscar informações, e facilitar discussões. Na escola, também é importante definir normas de convivência, com a participação dos alunos, para estimular a aprendizagem ativa e significativa (Brasil, 2024c).

A informação é importante na aprendizagem, mas a educação para a saúde será eficaz apenas se promover mudanças reais na busca por uma vida saudável. Os valores, hábitos e atitudes são essenciais nesse processo. A experiência de profissionais de saúde demonstra que a informação isolada tem pouco impacto sobre os comportamentos. A escola deve permitir que os alunos reelaborem conhecimentos, desenvolvendo valores, habilidades e práticas favoráveis à saúde. O objetivo é que eles adotem comportamentos saudáveis e influenciem positivamente a sua vida e a da coletividade. Ao se comprometer com a educação para a saúde, a escola não só oferece referências práticas para estilos de vida saudáveis, mas também aborda a saúde em diversos componentes curriculares (Brasil, 2024c).

Embora uma visão reducionista limite a saúde ao funcionamento biológico e sua relação com agentes causadores de doenças, uma perspectiva mais ampla considera as condições sociais e ambientais que moldam o estado de saúde. Um modelo ainda mais abrangente reconhece a saúde como valor coletivo, emergente das formas de organização da sociedade. Assim, interferir no processo saúde/doença exige ações integradas que envolvam o indivíduo, a sociedade e o poder público. A educação para a saúde, fundamentada nos Parâmetros Curriculares Nacionais, busca engajar a cidadania ativa nesse processo, enfatizando que a saúde é uma responsabilidade compartilhada (Brasil, 2024c).

4.1 Educação e Saúde na perspectiva das políticas curriculares

A trajetória da formulação de diretrizes para a organização curricular no Brasil remonta a 1949, quando foi proposto o documento intitulado "*Leitura e linguagem do curso primário: sugestões para a organização e desenvolvimento de programas*". Esse material tinha como principal objetivo orientar a estruturação dos programas das disciplinas do curso primário, funcionando como sugestão às administrações estaduais, sem caráter normativo, mas buscando oferecer diretrizes que auxiliassem na padronização e na melhoria do ensino fundamental. Essa iniciativa representou um primeiro passo na tentativa de estabelecer um arcabouço curricular comum, reconhecendo a necessidade de maior organização e planejamento na educação básica nacional (Gontijo, 2015).

Posteriormente, com a promulgação da Lei nº 5.692/1971, que reformulou as diretrizes e bases do ensino de 1º e 2º graus, foi elaborado, em 1972, o documento *A escola de 1º grau e o currículo*, pelo Departamento de Ensino Fundamental do Ministério da Educação e Cultura. Esse documento consolidou a necessidade de definir conteúdos curriculares obrigatórios, respeitando a legislação e distinguindo a parte comum do currículo da parte diversificada, que deveria refletir as especificidades regionais e culturais. Além disso, buscou garantir a continuidade e especificidade das etapas do ensino fundamental, especialmente com a ampliação da duração do ensino primário para oito anos (Brasil, 1972).

Nesse sentido, a compreensão da relação entre educação e saúde nas políticas curriculares brasileiras pode ser aprofundada por meio da análise de documentos orientadores, como os Parâmetros Curriculares Nacionais (PCN), as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) e a Base Nacional Comum Curricular (BNCC). Cada um desses marcos normativos reflete diferentes momentos históricos, concepções pedagógicas e compromissos com a formação cidadã, sendo fundamentais para compreender como a temática da saúde vem sendo incorporada ao currículo da Educação Básica. Ao abordarem a saúde de maneira transversal, esses documentos propõem uma educação voltada ao desenvolvimento integral dos estudantes, estimulando práticas pedagógicas que contemplem o bem-estar físico, emocional e

social. A seguir, exploram-se as principais contribuições de cada um desses instrumentos normativos, destacando suas abordagens em relação à promoção da saúde no ambiente escolar.

4.1.1 Parâmetros Curriculares Nacionais (PCN)

Os Parâmetros Curriculares Nacionais (PCN) são documentos elaborados pelo Ministério da Educação (MEC) para orientar a elaboração dos currículos escolares no Brasil. Eles têm como objetivo promover a qualidade e a equidade na educação, garantindo uma base comum para as escolas de todo o país, ao mesmo tempo em que respeitam as especificidades regionais e culturais. Publicados entre 1997 e 2000, os PCN serviram de referência para professores e gestores ao planejar e implementar práticas pedagógicas.

A relação entre PCN e saúde está presente principalmente nos temas transversais, que são questões de relevância social incorporadas ao currículo de forma interdisciplinar. O tema Saúde é um dos principais e busca promover a educação em saúde no ambiente escolar, integrando informações, reflexões e práticas que auxiliem na formação de hábitos saudáveis, na prevenção de doenças e na conscientização sobre a qualidade de vida. É necessário adaptá-lo às necessidades específicas de cada região ou escola. Além das adaptações, é fundamental selecionar temas locais que integrem o componente de Temas Transversais, de acordo com a realidade social, política, econômica e cultural de cada contexto (Brasil, 1997b).

Essa abordagem valoriza a saúde como um componente essencial para o desenvolvimento integral do estudante, abordando aspectos físicos, emocionais e sociais. Entre os conteúdos sugeridos estão higiene, alimentação, prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, uso de drogas e substâncias psicoativas, além de questões relacionadas ao bem-estar mental. O objetivo é capacitar os alunos para que compreendam a saúde como um direito, incentivando escolhas responsáveis e

promovendo mudanças de comportamento que impactem positivamente suas vidas e as comunidades em que vivem (Brasil, 1997b).

A transversalidade da educação para a saúde permite a organização de projetos, campanhas, seminários e trabalhos artísticos, utilizando conhecimentos de diversas disciplinas, como Língua Portuguesa, Matemática, Ciências Naturais, História e Geografia. Essa abordagem deve ser encarada como uma responsabilidade coletiva da escola e de todos os educadores, para evitar que se torne um projeto superficial (Brasil, 2024c).

Os PCN promovem um debate sobre a distinção entre ensinar saúde e educar para a saúde. Segundo esse documento, o ensino da saúde está centrado na transmissão de conceitos e conhecimentos sobre o tema. Já a educação para a saúde adota uma abordagem mais ampla e integrada, permitindo a conexão entre conhecimentos, práticas e atitudes relacionadas ao bem-estar e à qualidade de vida (Brasil, 1997b).

No fim dos anos 1990, durante a elaboração dos Parâmetros Curriculares Nacionais (PCN), a avaliação do ensino de saúde nas escolas revelou que o tema ainda era abordado predominantemente sob uma perspectiva biológica. Os conteúdos relacionados à saúde eram, em sua maioria, ensinados na disciplina de Ciências Naturais, com foco na transmissão de informações sobre doenças, seus ciclos, sintomas e medidas preventivas. Essa abordagem pouco mudou com o tempo, sem uma ampliação significativa para uma visão mais interdisciplinar e integrada (Costa *et al.*, 2012).

Recomenda-se que o professor aborde informações sobre hábitos e práticas de cuidado pessoal e corporal voltados à promoção da saúde. O documento enfatiza que a higiene corporal é essencial para uma vida saudável e reconhece a relação entre a higiene e a alimentação. Como diretriz didática, sugere-se que os estudantes sejam incentivados a investigar e compreender os impactos negativos que hábitos inadequados de alimentação e de higiene podem causar à saúde (Brasil, 1997b). Ele estabelece a importância da conexão entre saúde e meio ambiente, visando engajar a comunidade escolar na participação em ações diárias voltadas à conservação e à promoção de um ambiente limpo e saudável, tanto na escola quanto em seu entorno. A relevância da relação entre saúde e meio ambiente destaca a necessidade de

envolver a comunidade escolar em práticas diárias que promovam a conservação e a manutenção de um ambiente limpo e saudável, tanto na escola quanto em seu entorno.

Embora a abordagem da saúde deva ocorrer de maneira transversal, observa-se que, nos PCN de Ciências Naturais, o tema é tratado de forma limitada, focando principalmente em práticas de higiene e alimentação saudável como meios para manter o equilíbrio do organismo e que a falta de atenção a esses aspectos pode representar riscos não apenas para o indivíduo, mas também para aqueles ao seu redor (Oliveira Filho *et al.*, 2020).

Apesar dos avanços representados pelos Parâmetros Curriculares Nacionais (PCN) ao incluírem a saúde como tema transversal e ao proporem uma abordagem interdisciplinar e contextualizada, sua implementação revela contradições e limitações que merecem análise crítica. A proposta de trabalhar a saúde de forma integrada às diversas disciplinas, com base em projetos e práticas participativas, é progressista e vai ao encontro dos princípios de uma educação emancipadora. No entanto, essa abordagem tem se mostrado insuficiente para superar o modelo biologicista que historicamente predomina nas escolas, muitas vezes de forma descontextualizada e desconectada das realidades sociais dos estudantes.

Além disso, embora os PCN reconheçam a importância da adaptação dos conteúdos às especificidades regionais, culturais e sociais, essa diretriz nem sempre se concretiza no cotidiano escolar, seja por falta de formação dos professores, seja por ausência de políticas públicas efetivas de apoio à sua implementação. O distanciamento entre a intenção normativa e a prática pedagógica reforça a necessidade de atualização dos PCN, com maior investimento na formação docente, na articulação com outras políticas de saúde e de educação e na valorização dos saberes locais e das experiências dos estudantes.

Mesmo que os PCN adotem a abordagem interdisciplinar, ainda predomina a ênfase na transmissão de conteúdos, em detrimento da construção de atitudes, valores e comportamentos críticos diante das múltiplas dimensões do cuidado de si e do outro. Dessa forma, ainda é necessário avançar para além do discurso, garantindo práticas pedagógicas realmente transformadoras, que promovam a cidadania, a

equidade e o direito à saúde como parte integrante da formação de crianças e adolescentes.

4.1.2 Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) para a Educação Básica

As Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) para a Educação Básica buscam atualizar as políticas educacionais para garantir o direito de todos os brasileiros à formação humana, cidadã e profissional em um ambiente educativo. Seus objetivos incluem: sistematizar os princípios da Constituição, da LDB e de outros dispositivos legais, assegurando uma formação básica comum e centrada nos sujeitos escolares; estimular a reflexão crítica na elaboração e na avaliação do projeto político-pedagógico das escolas; e orientar a formação inicial e continuada dos profissionais da educação, abrangendo todos os sistemas e redes de ensino. Além disso, estabelecem bases comuns nacionais para integrar a forma orgânica à Educação Infantil, Ensino Fundamental e Ensino Médio, respeitando as competências de cada sistema de ensino (Brasil, 2013a).

As Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs), estabelecidas pelo Ministério da Educação (MEC), têm o propósito de orientar a organização dos currículos em diferentes níveis e modalidades de ensino no Brasil. Seu principal objetivo é assegurar uma educação de qualidade, que responda às demandas sociais, econômicas, políticas e culturais do país, promovendo um ensino atualizado, inclusivo e acessível.

A relação entre as DCNs e a saúde é significativa, pois elas promovem a educação em saúde de maneira transversal. Essa abordagem integra conteúdos voltados à promoção do bem-estar, à prevenção de doenças, ao incentivo a hábitos saudáveis e ao desenvolvimento de atitudes conscientes em relação à saúde nos currículos escolares. O objetivo é formar cidadãos atentos à sua saúde individual e coletiva, comprometidos com a melhoria das condições de vida e saúde da sociedade (Brasil, 2013a).

Com o passar dos anos, as modificações nas DCNs ampliaram a perspectiva sobre saúde, que inicialmente estava restrita a aspectos biológicos. Hoje, elas incluem

fatores sociais, ambientais e comportamentais que afetam a saúde. As DCNs passaram a incorporar temas como saúde pública, educação em saúde e determinantes sociais da saúde, adotando uma abordagem integrada e contextualizada. A educação para a saúde deixou de ser limitada a disciplinas específicas, como Biologia ou Ciências Naturais, e tornou-se uma prática interdisciplinar, adaptada às necessidades de cada comunidade. Além disso, a participação ativa dos estudantes em projetos com impacto direto na saúde individual e coletiva é fortemente incentivada (Brasil, 2013a).

As DCNs desempenham um papel central na formação de cidadãos com pensamento crítico e responsabilidade em relação às práticas de saúde e seu impacto na sociedade. Sua evolução reflete um movimento em direção a uma visão mais abrangente e integradora da saúde, que considera não apenas aspectos biológicos, mas também os fatores sociais, culturais e ambientais que afetam o bem-estar humano (Brasil, 2013a).

Os direitos das crianças, consagrados pela Constituição de 1988, estabelecem a saúde como direito fundamental, a ser garantido em todas as esferas da vida infantil, incluindo a educação. O artigo 227 da Constituição estabelece que a criança deve ter acesso à saúde, à alimentação, à educação e à proteção contra qualquer forma de violência ou negligência. Neste contexto, a saúde não é apenas um direito em si, mas também está intimamente ligada ao processo educativo e ao desenvolvimento integral da criança (Brasil, 1988).

As instituições educacionais devem garantir a infraestrutura adequada, com espaços que promovam a saúde e segurança, como ventilação, iluminação, higiene e acessibilidade. O cuidado com a saúde também deve estar presente nas interações com as crianças, como parte do trabalho dos educadores. Além disso, deve haver um compromisso com a formação contínua dos profissionais de educação, que devem ser capacitados para lidar com as questões de saúde no ambiente escolar e para planejar práticas que atendam às diversas necessidades de cada criança (Brasil, 2013a).

A análise das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) evidencia que a promoção da saúde no ambiente escolar deve ser tratada de forma transversal, integrada ao processo educativo e ao cotidiano das instituições de ensino.

Considerando que o direito à saúde é um princípio constitucional fundamental, especialmente na infância, torna-se imprescindível que pais e educadores estejam bem-informados sobre como identificar e agir diante de situações de enfermidade entre as crianças.

As DCNs, ao ampliarem o conceito de saúde para além do aspecto biológico, incorporando fatores sociais, ambientais e comportamentais, reforçam a importância de práticas educativas que promovam o bem-estar e previnam agravos à saúde. Nesse sentido, a elaboração de materiais informativos, como cartilhas que orientem sobre os sinais de doenças, os critérios para o afastamento das crianças e as práticas de cuidado, está alinhada aos princípios das DCNs e contribui diretamente para o desenvolvimento integral, a segurança e o direito à saúde das crianças no ambiente escolar.

4.1.2.1 Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação Infantil

A Constituição de 1988 reconheceu a Educação Infantil como um direito social das crianças e um dever do Estado, resultado da mobilização de diversos movimentos sociais e educacionais. Desde então, a educação infantil tem passado por uma revisão de concepções e pelo fortalecimento de práticas pedagógicas que promovam o desenvolvimento infantil. As principais discussões envolvem a organização do trabalho com crianças de até três anos em instituições de ensino e a garantia de uma transição adequada para as de quatro e cinco anos, evitando a antecipação de conteúdos do Ensino Fundamental. A centralidade está no brincar e não no letramento (Brasil, 2010b).

Quando olhamos para a Educação Infantil, o brincar não é um intervalo da aprendizagem, mas sim uma diretriz pedagógica. É a forma como as crianças pequenas conhecem o mundo, se comunicam, se regulam emocionalmente e se constituem como sujeitos (Colla, 2019). O brincar é um eixo fundamental da educação infantil, indissociável do educar e do cuidar, pois reconhece a criança como sujeito ativo em seu processo de desenvolvimento. Para que essa dimensão se concretize, é

necessária a organização intencional dos tempos, espaços e materiais, bem como a formação adequada dos profissionais (Moreira et al., 2021).

Quando a criança brinca, ela se apropria ativamente da realidade, reorganizando o mundo por meio de códigos simbólicos e de uma lógica interna própria. Isso significa que brincar é um modo de pensar. Na brincadeira, a criança ensaia papéis sociais, compreende emoções, experimenta regras e constrói sentido. Trata-se de uma prática em que o corpo, a imaginação e a linguagem se misturam para produzir conhecimento. Ao brincar, a criança vai construindo progressivamente a base da socialidade, da comunicação e da vida coletiva (Queiroz *et al.*, 2006).

Durante as brincadeiras há pensamento, decisão e interpretação. Ao brincar, a criança processa emoções, elabora ansiedades e dá sentido ao que vive, sendo uma ferramenta simbólica de crescimento e de elaboração. Não é um recurso para ensinar conteúdos, mas um modo singular de expressão e de construção de si (Colla, 2019).

A Educação Infantil, como o primeiro espaço coletivo fora do núcleo familiar, é crucial na construção de uma sociedade democrática, conforme a Constituição de 1988 (Brasil, 1988). Ela visa reduzir as desigualdades sociais, regionais e raciais, promovendo a equidade. No entanto, persistem desafios relacionados ao acesso desigual e à qualidade das creches e pré-escolas, especialmente entre diferentes grupos socioeconômicos. A Lei nº 9.394/96 integra essa etapa à Educação Básica, com o objetivo de desenvolver o educar, garantir a formação para a cidadania e promover seu progresso acadêmico e profissional, além de destacar o papel da família no desenvolvimento integral da criança (Brasil, 1996).

A Educação Infantil representa a primeira etapa da Educação Básica e é oferecida em creches e pré-escolas, que funcionam como instituições educacionais, públicas ou privadas, destinadas ao cuidado e à educação de crianças de 0 a 5 anos no período diurno, em jornada integral ou parcial. Abrange aspectos físicos, afetivos, intelectuais, linguísticos e sociais, em complemento à ação da família e comunidade, conforme definido no artigo 29 da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (Brasil, 1996). Prevista na Constituição de 1988 como dever do Estado, é organizada pelos sistemas de ensino federal, estaduais, distritais e municipais, garantindo educação pública gratuita, de qualidade e equitativa (Brasil, 2013a).

As creches e pré-escolas são estabelecimentos educacionais, públicos ou privados, que educam e cuidam de crianças por profissionais com formação específica, superando o caráter meramente assistencialista. Submetem-se ao credenciamento, supervisão e controle social dos sistemas de ensino, oferecendo atendimento em jornada parcial (mínimo de 4 horas) ou integral (mínimo de 7 horas), sempre no período diurno e próximo à residência das crianças (Brasil, 2013a). Embora se articulem com áreas como saúde e assistência social, sua função majoritária é a pedagógica.

A Educação Infantil é obrigatória para crianças que completam 4 ou 5 anos até 31 de março do ano da matrícula. A frequência na Educação Infantil não é requisito para o Ensino Fundamental. As vagas em creches e pré-escolas devem estar próximas às residências das crianças (Brasil, 2010b). Essas instituições devem garantir educação coletiva e atender crianças de diferentes faixas etárias, considerando o direito à educação de crianças que não atingiram o limite de idade para o Ensino Fundamental.

Na Educação Infantil, a saúde é considerada parte indissociável do cuidado educativo, pois as práticas cotidianas relacionadas à alimentação, à higiene, à prevenção de doenças e aos cuidados com o corpo devem ser abordadas de forma pedagógica, respeitando a dignidade da criança. Isso significa que as instituições de educação infantil devem oferecer cuidados que garantam a saúde física e emocional, além de promover uma aprendizagem que envolva o conhecimento sobre esses cuidados, como hábitos saudáveis e a proteção contra doenças (Brasil, 2013a).

A organização do currículo nas creches e pré-escolas deve garantir que as práticas pedagógicas considerem as necessidades de saúde da criança, como o acompanhamento de seu desenvolvimento, a prevenção de doenças mais comuns nessa faixa etária e o incentivo a hábitos que promovam o bem-estar. A interação entre educadores e crianças deve ser pensada para criar um ambiente saudável, seguro e acolhedor, onde as crianças possam aprender a cuidar de si mesmas e dos outros, além de desenvolver a autonomia, respeito e dignidade (Brasil, 2013a).

Ao mesmo tempo, a Educação Infantil deve ser um espaço inclusivo que acolha as diversidades culturais e sociais das crianças, promovendo a igualdade de oportunidades e de acesso aos cuidados com a saúde, independentemente da origem

étnica, social ou econômica. A inclusão de práticas que combatem discriminações de gênero, étnico-raciais e socioeconômicas também deve ser incorporada ao cotidiano das instituições, de forma a garantir que todas as crianças tenham suas necessidades de saúde e desenvolvimento atendidas (Brasil, 2013a).

Além disso, a saúde infantil no contexto educacional não se limita ao ambiente físico. Ela também envolve a saúde emocional e social das crianças, o que exige sensibilidade por parte dos educadores para identificar as necessidades de cada criança e planejar atividades que integrem o cuidado físico, emocional e pedagógico. O cuidado no ambiente escolar deve permitir que as crianças explorem, brinquem e interajam de maneira saudável, promovendo a expressão de suas emoções e curiosidade (Brasil, 2013a).

A integração entre o cuidar e o educar é fundamental para que as crianças se desenvolvam de maneira plena. A saúde física e mental deve ser vista como um pilar para o desenvolvimento integral das crianças, garantindo que as instituições de Educação Infantil sejam ambientes seguros, inclusivos e desafiadores, onde as crianças possam construir conhecimentos e aprender a cuidar de si e do coletivo. A promoção da saúde nas escolas envolve, portanto, não apenas a prevenção de doenças, mas também a promoção de uma educação que reconheça e atenda as necessidades de saúde, proteção e dignidade de todas as crianças, assegurando que elas possam crescer de forma saudável e participativa (Brasil, 2013a).

As DCNs da Educação Infantil passaram por transformações ao longo do tempo, visando a construção de um modelo mais inclusivo, crítico e voltado para a promoção da saúde e a formação cidadã (Brasil, 2013a). As Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação Infantil estão integradas às da Educação Básica e estabelecem princípios, fundamentos e procedimentos definidos pela Câmara de Educação Básica do Conselho Nacional de Educação. Seu objetivo é orientar políticas públicas, bem como a elaboração, o planejamento, a execução e a avaliação de propostas pedagógicas e curriculares para a Educação Infantil. Além dessas diretrizes, é essencial considerar a legislação estadual e municipal relativa ao tema, bem como as normas do respectivo sistema educacional. Cabe ao Estado assegurar o acesso à Educação Infantil de forma pública, gratuita e de qualidade, sem qualquer exigência de seleção (Brasil, 2010b).

O currículo na Educação Infantil é compreendido como um conjunto de práticas planejadas que buscam integrar as vivências e os conhecimentos prévios das crianças aos saberes historicamente construídos e socialmente reconhecidos. Esse processo envolve dimensões culturais, artísticas, ambientais, científicas e tecnológicas, garantindo experiências significativas que favorecem o desenvolvimento integral de crianças de 0 a 5 anos. Dessa forma, o currículo não se restringe a um conjunto de conteúdos, mas abrange interações, brincadeiras e vivências que promovem a construção ativa do conhecimento, respeitando as especificidades da infância e incentivando a autonomia, a criatividade e a socialização (Brasil, 2010b).

A proposta pedagógica, também chamada de projeto político-pedagógico, é o documento orientador que estabelece a identidade e as diretrizes educacionais da instituição. Seu propósito é definir as metas e os princípios que orientam a prática educativa, garantindo que o ensino seja estruturado com intencionalidade e coerência. A elaboração dessa proposta ocorre de forma coletiva, envolvendo a equipe gestora, professores e a comunidade escolar, o que possibilita que reflita as necessidades e características das crianças atendidas. Esse processo participativo assegura que a proposta pedagógica seja flexível e adaptável às diferentes realidades, promovendo um ambiente educativo que valoriza a diversidade, o respeito às infâncias e a construção de aprendizagens significativas (Brasil, 2010b).

As propostas pedagógicas da Educação Infantil devem se fundamentar em princípios que norteiam a formação integral das crianças, assegurando um desenvolvimento harmonioso e completo. Esses princípios são essenciais para a construção de uma educação ao mesmo tempo inclusiva, transformadora e respeitosa. Eles devem estar integrados e presentes em todas as práticas pedagógicas, formando uma base sólida para o desenvolvimento integral das crianças na Educação Infantil (Brasil, 2010b).

Do ponto de vista **ético**, as propostas pedagógicas devem promover a autonomia das crianças, permitindo que elas se tornem capazes de tomar decisões e exercerem seu direito de escolha de maneira responsável. Além disso, é fundamental cultivar a solidariedade entre elas, incentivando o trabalho coletivo e o respeito mútuo. O respeito ao bem comum, ao meio ambiente e às diferentes culturas, identidades e singularidades deve ser uma constante em todas as práticas pedagógicas, formando

cidadãos que reconheçam e valorizem a diversidade e criem um ambiente de convivência saudável e respeitosa (Brasil, 2010b).

No âmbito **político**, a educação infantil deve ser um espaço de aprendizado sobre os direitos de cidadania, promovendo o reconhecimento das crianças como sujeitos de direitos e incentivando o exercício da criticidade desde as primeiras etapas da educação. O respeito à ordem democrática também é um princípio fundamental, visto que o processo educativo deve estimular o entendimento e a participação em práticas que reforcem os valores democráticos, como o respeito ao outro e o engajamento nas decisões coletivas (Brasil, 2010b).

Sob o ponto de vista **estético**, a educação infantil deve cultivar a sensibilidade das crianças, incentivando-as a se expressar de formas criativas e a explorar o mundo através da ludicidade. As atividades artísticas, culturais e criativas devem ser parte essencial do currículo, proporcionando espaços de liberdade de expressão nas diversas manifestações artísticas e culturais. Essas experiências contribuem não apenas para o desenvolvimento cognitivo, mas também para o aprimoramento emocional e social das crianças, permitindo-lhes uma visão mais ampla e rica do mundo ao seu redor (Brasil, 2010b).

A proposta pedagógica das instituições de Educação Infantil tem uma missão ampla e essencial para o desenvolvimento social, emocional e intelectual das crianças. Para que a Educação Infantil cumpra plenamente sua função sociopolítica e pedagógica, é fundamental que as instituições se comprometam a proporcionar uma educação inclusiva e transformadora, garantindo que as crianças usufruam de seus direitos civis, humanos e sociais. Isso envolve o compromisso das instituições com a promoção de condições adequadas para que todas as crianças, independentemente de sua origem social, étnica ou cultural, tenham acesso a uma educação de qualidade que respeite sua diversidade e singularidade (Brasil, 2010b).

Um dos pilares dessa proposta pedagógica é a colaboração entre as instituições de ensino e as famílias. Ao assumir a responsabilidade de compartilhar e complementar o cuidado e a educação das crianças com as famílias, a unidade de educação infantil contribui para o fortalecimento dos laços familiares e da parceria entre o lar e a escola. Essa colaboração é crucial para o desenvolvimento das crianças, pois ela assegura que as práticas pedagógicas dentro da instituição sejam

reforçadas e acompanhadas no ambiente familiar, criando uma continuidade no processo de aprendizagem e cuidado (Brasil, 2010b).

Além disso, a proposta pedagógica deve fomentar a convivência entre crianças e entre adultos e crianças, criando um ambiente de socialização e de troca de saberes. É por meio dessa convivência que as crianças aprendem a compartilhar, a respeitar o outro e a construir habilidades sociais essenciais para a vida em comunidade. O ambiente educacional, portanto, deve ser um espaço de aprendizagem coletiva, onde as interações não se limitam ao conteúdo acadêmico, mas se expandem para a vivência de diferentes experiências culturais e sociais (Brasil, 2010b).

A igualdade de oportunidades educacionais é outro princípio fundamental da proposta pedagógica da Educação Infantil. As instituições devem garantir que todas as crianças, independentemente de sua classe social, tenham acesso a bens culturais e às possibilidades de vivência plena da infância. Isso envolve a oferta de atividades que permitam o acesso à música, às artes, à literatura e ao patrimônio cultural, além de garantir que todas as crianças, sem distinção, possam vivenciar essas experiências de maneira igualitária. Dessa forma, a Educação Infantil se torna um instrumento de promoção de justiça social, rompendo barreiras e possibilitando o acesso aos mesmos direitos e oportunidades para todas as crianças (Brasil, 2010b).

Outro objetivo primordial dessa proposta pedagógica é a construção de novas formas de sociabilidade e subjetividade. As instituições de Educação Infantil devem ser locais onde se promovam valores de ludicidade, democracia e sustentabilidade, e onde as crianças aprendam a respeitar as diferenças e a conviver de maneira harmoniosa e equitativa. A construção de um ambiente que respeite a diversidade e combata as relações de dominação de qualquer natureza — seja etária, socioeconômica, étnico-racial, de gênero, regional, linguística ou religiosa — é crucial para a formação de cidadãos mais justos e conscientes de sua responsabilidade com o outro e com o meio ambiente (Brasil, 2010b).

A proposta pedagógica deve ainda assegurar que as crianças tenham acesso a processos de apropriação e articulação de conhecimentos em diferentes linguagens, como a linguagem verbal, a corporal, a artística e a matemática. Ao promover a aprendizagem em múltiplos campos, a Educação Infantil oferece às crianças as

ferramentas necessárias para o desenvolvimento integral e para o exercício pleno de sua criatividade, autonomia e habilidades cognitivas (Brasil, 2010b).

Por fim, é importante ressaltar que, além da aprendizagem, a proposta pedagógica deve garantir às crianças seus direitos fundamentais, como o direito à proteção, à saúde, à liberdade, à confiança, ao respeito, à dignidade, à brincadeira, à convivência e à interação com outras crianças. A Educação Infantil, ao garantir esses direitos, contribui para que as crianças se sintam seguras, acolhidas e valorizadas em seu processo de desenvolvimento, preparando-as para uma vida social plena e participativa (Brasil, 2010b).

As propostas pedagógicas das instituições de Educação Infantil devem garantir condições para o trabalho coletivo e para a organização adequada de materiais, espaços e tempos, assegurando uma educação integral que considere o cuidado como parte essencial do processo educativo. Devem também promover a participação e o diálogo constante com as famílias, respeitando e valorizando suas formas de organização. Além disso, as práticas pedagógicas devem focar no desenvolvimento da autonomia das crianças, mediando situações de aprendizagem que envolvam cuidado pessoal, auto-organização, saúde e bem-estar (Brasil, 2010b).

Apesar dos avanços alcançados com o reconhecimento da Educação Infantil como direito social e com o desenvolvimento de diretrizes pedagógicas que visam assegurar uma formação integral e inclusiva, ainda persistem lacunas importantes no cotidiano das instituições educacionais, especialmente quanto à articulação entre o cuidado pedagógico e as demandas concretas de saúde das crianças.

Embora os documentos oficiais enfatizem a indissociabilidade entre educar e cuidar, na prática, muitas vezes os profissionais da educação enfrentam desafios para lidar com situações de enfermidade infantil, tanto por falta de formação específica quanto pela ausência de protocolos claros e acessíveis. Diante disso, torna-se urgente reforçar a formação continuada dos educadores e ampliar a comunicação com as famílias, promovendo ações educativas que esclareçam quais sinais e sintomas exigem afastamento da criança, quais medidas de prevenção podem ser adotadas no ambiente escolar e de que forma o cuidado com a saúde deve ser compartilhado entre escola, família e sistema de saúde.

Integrar efetivamente os princípios das Diretrizes Curriculares Nacionais à realidade concreta das instituições exige não apenas um discurso comprometido com o bem-estar da infância, mas ações práticas que fortaleçam a autonomia dos educadores, o protagonismo das famílias e, sobretudo, a garantia dos direitos das crianças a uma infância saudável, protegida e plena de oportunidades de desenvolvimento.

4.1.3 Base Nacional Comum Curricular (BNCC)

A Base Nacional Comum Curricular (BNCC) é um documento normativo que define as aprendizagens essenciais para a Educação Básica, garantindo os direitos de aprendizagem e de desenvolvimento dos alunos, conforme o Plano Nacional de Educação (PNE). Aplicável exclusivamente à educação escolar, está fundamentada na Lei de Diretrizes e Bases da Educação (LDB) e nas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), promovendo uma formação integral voltada à construção de uma sociedade justa e inclusiva. Além de orientar a formulação dos currículos em todo o país, a BNCC busca alinhar políticas educacionais, fortalecer a colaboração entre as esferas de governo e garantir um padrão comum de ensino, assegurando qualidade e equidade na educação (Brasil, 2018a).

A Constituição estabelece que, embora existam competências e diretrizes curriculares comuns a todo o território nacional, os currículos podem e devem ser adaptados às realidades locais. Isso significa que há uma base nacional obrigatória, mas que cada sistema de ensino tem autonomia para organizar seus currículos de forma diversa, respeitando as especificidades regionais, culturais e sociais da comunidade escolar (Brasil, 1988). A LDB orienta a definição das aprendizagens essenciais, enquanto a BNCC define os conteúdos mínimos a serem ensinados. Segundo a LDB, os currículos da Educação Básica devem seguir uma base nacional comum, complementada por uma parte diversificada, ajustada às características regionais, culturais, econômicas e às necessidades dos alunos (Brasil, 1996).

A BNCC está estruturada em três etapas da Educação Básica: Educação Infantil, Ensino Fundamental e Ensino Médio. Cada uma dessas etapas apresenta diretrizes específicas para a organização curricular, estabelecendo as competências e habilidades essenciais que devem ser desenvolvidas pelos estudantes ao longo de sua trajetória escolar, tanto na rede pública quanto na privada (Brasil, 2018a).

Ela define a Educação Infantil como a fase que abrange a creche (0 a 3 anos) e a pré-escola (4 a 5 anos), priorizando o desenvolvimento integral da criança em diferentes dimensões: física, cognitiva, emocional, social e cultural. Ela estabelece diretrizes para a formação integral dos estudantes e inclui a educação em saúde como parte desse processo. A relação entre a BNCC e a educação em saúde não está restrita a uma disciplina específica, mas deve ser abordado de maneira integrada ao longo de toda a trajetória escolar (Brasil, 2018a).

A BNCC estabelece dez competências gerais, que devem ser desenvolvidas ao longo da Educação Básica. Essas competências visam garantir uma formação integral dos estudantes, preparando-os para a vida em sociedade, para o mundo do trabalho e para o exercício da cidadania. Mediante a sua oitava competência geral, espera-se que os estudantes desenvolvam o conhecimento e o cuidado com a própria saúde física e emocional, compreendendo a diversidade humana e reconhecendo suas emoções e as dos outros. Isso reforça a necessidade de uma abordagem que vá além dos aspectos biológicos da saúde, abrangendo também os fatores sociais, emocionais e ambientais que influenciam o bem-estar (Brasil, 2018a).

Além disso, a BNCC orienta que a educação em saúde seja trabalhada de forma crítica e reflexiva, promovendo a Alfabetização em Saúde, ou seja, o desenvolvimento de habilidades cognitivas e sociais que permitam aos estudantes compreender informações sobre saúde e tomar decisões conscientes sobre seu bem-estar e o da comunidade. Dessa forma, a BNCC favorece a construção de uma educação para a cidadania, incentivando a autonomia dos alunos na adoção de hábitos saudáveis e no entendimento dos determinantes sociais da saúde (Brasil, 2018a).

Ao integrar a educação em saúde aos currículos escolares, a BNCC também contribui para a formação de indivíduos mais preparados para lidar com desafios de saúde pública, como epidemias, alimentação saudável, saúde mental e prevenção de

doenças. Essa abordagem amplia a visão dos estudantes sobre saúde, deslocando-a de um modelo puramente biomédico para uma perspectiva mais abrangente e contextualizada, alinhada às necessidades sociais e culturais da população (Brasil, 2018a).

A Base Nacional Comum Curricular (BNCC) representa um avanço importante no contexto da educação brasileira ao incorporar a saúde como componente essencial da formação integral dos estudantes. Diferentemente de abordagens anteriores que limitavam o tema a aspectos isolados ou a uma abordagem biologicista, a BNCC amplia o conceito de saúde para incluir dimensões físicas, emocionais, sociais e ambientais, reconhecendo sua complexidade e a influência dos determinantes sociais no bem-estar dos indivíduos. Ao prever a educação em saúde de forma transversal ao longo de toda a Educação Básica, a BNCC não apenas reforça a importância do cuidado consigo mesmo, mas também promove a alfabetização em saúde, estimulando o desenvolvimento do pensamento crítico e da autonomia dos alunos para que possam tomar decisões informadas sobre sua saúde e a da comunidade.

Embora as diretrizes sejam claras e abrangentes, a implementação efetiva desse enfoque educacional enfrenta desafios práticos significativos. A integração da educação em saúde ao currículo exige que professores estejam preparados para trabalhar temas complexos e sensíveis, o que demanda formação continuada e recursos pedagógicos adequados. Além disso, a diversidade regional, cultural e socioeconômica do Brasil impõe a necessidade de adaptações que respeitem as especificidades locais, sem comprometer a coerência com os princípios gerais da BNCC.

A BNCC, embora apresentada como um documento único e coerente, revela, em sua estrutura interna, a coexistência de dois fundamentos teóricos distintos, que expressam um verdadeiro campo de disputas conceituais e políticas no currículo brasileiro contemporâneo. Esses fundamentos evidenciam-se de forma particularmente clara ao se comparar as concepções orientadoras da Educação Infantil e do Ensino Fundamental.

No processo de elaboração e aprovação da BNCC para a Educação Infantil, manteve-se a influência do sociointeracionismo de matriz vygotskiana, com a centralidade das relações sociais, da cultura, da mediação e da construção coletiva

de sentidos. Parte da relação da criança com o mundo, com a brincadeira, com a linguagem e com as interações. Nesse sentido, a educação infantil permanece vinculada a uma concepção de desenvolvimento como processo histórico, cultural e relacional e não à mensuração de desempenhos (Corrêa, 2017). Já no Ensino Fundamental, o documento caminhou rumo à abordagem das competências. Uma lógica muito mais próxima do cognitivismo e do construtivismo de Cesar Coll, biologicismo de Piaget e das teorias de Perrenoud, que tratam a aprendizagem a partir de operações mentais, resolução de problemas, desempenho observável e mobilização de recursos internos. Nesse caso, a BNCC assume uma perspectiva mais instrumental, alinhada a agendas internacionais de padronização, responsabilização e avaliação em larga escala (Duarte, 2001).

Com a promulgação do documento final, na Educação Infantil, a BNCC adota uma perspectiva claramente influenciada pelo sociointeracionismo e pelas abordagens pedagógicas de Reggio Emilia, reconhecidas internacionalmente por valorizar a criança como sujeito ativo, competente e produtor de cultura. Essa influência manifesta-se no uso do conceito de campos de experiência, que rompe com a lógica disciplinar e organiza o currículo a partir das vivências, interações, brincadeiras e explorações que compõem o cotidiano infantil. Nesse modelo, o conhecimento não é transmitido, mas construído na relação com o outro, com a linguagem e com o ambiente. A ênfase recai sobre a escuta, a participação, o protagonismo infantil e a construção coletiva de sentidos, reforçando uma visão de desenvolvimento profundamente enraizada na cultura e nas relações sociais (Moreira; Souza, 2016).

Entretanto, o segmento da Educação Infantil representa uma exceção parcial dentro dessa lógica. Diferentemente dos demais níveis, a BNCC não organiza a Educação Infantil por habilidades e competências fragmentadas, mas pelos chamados “campos de experiência” (Brasil, 1996), mantendo uma estrutura mais aberta, inspirada por contribuições histórico-culturais e sociointeracionistas, conforme já apontado. Essa escolha preserva certa flexibilidade metodológica e possibilita que o professor trabalhe com projetos, brincadeiras e interações sem a pressão de cumprir um rol rígido de habilidades quantificáveis. Ainda assim, mesmo nesse segmento, a crítica aponta que a BNCC introduz elementos de padronização ao definir objetivos

de aprendizagem esperados para bebês e crianças pequenas, movimentando-se na direção de uma escolarização precoce que pode entrar em tensão com concepções mais amplas de infância.

Já no Ensino Fundamental, observa-se uma mudança significativa de orientação teórica. Nesta etapa educacional, o documento passa a ser fortemente influenciado pelo construtivismo, em especial pela teoria das competências, de matriz cognitivista e marcada por traços biologizantes. Nessa perspectiva, o foco desloca-se para o desenvolvimento de habilidades cognitivas, socioemocionais e operacionais, organizadas em objetivos de aprendizagem específicos e progressivos. O currículo assume, assim, um caráter mais prescritivo e instrumental, fundamentado na ideia de que o estudante deve adquirir competências necessárias para resolver problemas, atuar no mundo do trabalho e adaptar-se às demandas sociais e econômicas contemporâneas. Esse modelo associa aprendizagem ao domínio de estruturas mentais e etapas do desenvolvimento, privilegiando uma racionalidade mais técnica e individualizante (Monteiro; Magalhães, 2023). Nesse contexto, a BNCC, especialmente nos segmentos do Ensino Fundamental e do Ensino Médio, assume um caráter detalhado, minucioso e prescritivo, definindo conteúdos e expectativas de aprendizagem, o que limita o espaço de decisão das redes e das equipes pedagógicas, alinhadas a testes padronizados, criando um eixo de centralidade (Brasil, 1996). Assim, o que era para ser referência mínima transforma-se em currículo máximo.

A coexistência desses dois referenciais evidencia um tensionamento interno na BNCC. Enquanto a Educação Infantil privilegia uma concepção ampla, cultural e relacional do desenvolvimento humano, o Ensino Fundamental adota uma abordagem mais estruturada, padronizada e orientada à mensuração de resultados. Assim, o documento expressa um embate entre uma visão educativa centrada na experiência, na subjetividade e na interação social, e outra voltada para competências, performance e racionalidade técnico-científica. Essa tensão repercute no cotidiano escolar, exigindo dos profissionais uma leitura crítica da BNCC e a capacidade de articular, no trabalho pedagógico, fundamentos teóricos que nem sempre convergem entre si.

Dessa forma, é possível notar uma contradição estrutural. A noção de competências, que organiza todo o ensino fundamental na BNCC, não segue a mesma abordagem da educação infantil, que compreende o desenvolvimento como fenômeno cultural e socialmente mediado, o que cria uma mudança de paradigma pedagógico ao passar de etapa escolar.

A BNCC também está alinhada às demandas contemporâneas da sociedade e aos desafios da saúde pública. Contudo, para que essa proposta alcance seu pleno potencial, é fundamental que haja um compromisso efetivo por parte das políticas públicas, das instituições escolares e dos profissionais da educação, assegurando que o conceito ampliado de saúde seja traduzido em práticas pedagógicas concretas e inclusivas. Assim, a BNCC pode contribuir decisivamente para a formação de cidadãos mais conscientes, críticos e capazes de promover a saúde coletiva e o desenvolvimento social.

4.2 Programas voltados para a Educação e Saúde nas Escolas

A integração entre saúde e educação tem se mostrado fundamental para promover o desenvolvimento integral das crianças e adolescentes, garantindo não apenas o aprendizado acadêmico, mas também o bem-estar físico, emocional e social dos estudantes. No Brasil, diversas políticas públicas e programas intersetoriais foram implementados ao longo dos anos com o propósito de fortalecer essa articulação, reconhecendo a escola como um espaço estratégico para a promoção da saúde e a construção de hábitos saudáveis que acompanham o indivíduo ao longo da vida.

Entre essas iniciativas, destacam-se o Programa Saúde na Escola (PSE), que promove ações integradas entre os setores da saúde e educação para enfrentar vulnerabilidades que impactam o desempenho escolar; o Programa Escola em Tempo Integral, que amplia a jornada escolar para oferecer uma formação mais ampla e diversificada; e a Política Nacional de Alimentação Escolar (PNAE), que assegura uma alimentação nutritiva e adequada para milhões de estudantes, contribuindo para seu crescimento e rendimento escolar. Complementarmente, o Programa Nacional de

Imunizações (PNI) desempenha papel crucial na prevenção de doenças transmissíveis no ambiente escolar, enquanto a Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE) fornece dados essenciais para a formulação e o monitoramento de políticas voltadas à saúde juvenil.

Além disso, tem-se avançado na promoção da saúde mental, reconhecendo a necessidade de intervenções precoces e de apoio psicossocial no ambiente escolar, bem como na educação em saúde sexual e reprodutiva, buscando ampliar o acesso dos jovens a informações adequadas e integradas. Por fim, a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) fundamenta muitas dessas ações, orientando uma abordagem ampla, inclusiva e intersetorial que visa garantir qualidade de vida desde a infância (Brasil, 2010c).

Este conjunto de políticas e programas reflete o compromisso do país em promover a saúde como um direito fundamental e elemento essencial da educação, evidenciando a importância da cooperação entre diferentes setores para o desenvolvimento pleno e saudável das futuras gerações.

4.2.1 Programa Saúde na Escola (PSE)

O Programa Saúde na Escola (PSE) foi instituído em todo o território nacional pelo Decreto nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007, com o objetivo de contribuir para a formação integral dos estudantes ao ampliar as ações de saúde para os alunos da rede pública de ensino, abrangendo desde a Educação Infantil até a Educação de Jovens e Adultos (Brasil, 2007).

Suas ações são voltadas à prevenção, promoção e atenção à saúde, buscando fortalecer a cultura da paz, integrar as iniciativas do Sistema Único de Saúde (SUS) às da educação pública e criar condições que favoreçam o desenvolvimento dos educandos.

O PSE objetiva contribuir para o enfrentamento das vulnerabilidades que comprometem o pleno desenvolvimento de crianças e adolescentes. Além disso, o

programa visa consolidar um sistema de atenção social fundamentado na cidadania e nos direitos humanos, enfrentar vulnerabilidades relacionadas à saúde que impactam o desempenho escolar e estimular a interação entre a escola e a saúde, promovendo o envolvimento da comunidade nas políticas educacionais e sanitárias (Brasil, 2007). O PSE também prevê ações de promoção da alimentação saudável no ambiente escolar.

O PSE, nesse sentido, tem como objetivo melhorar a qualidade de vida da população brasileira por meio da integração entre educação e saúde, com foco principalmente em crianças e jovens da rede pública de ensino. Suas ações incluem promoção, prevenção e atenção à saúde, com especial atenção às vulnerabilidades territoriais onde as escolas estão localizadas. Além dos alunos, o programa envolve gestores, profissionais de educação e saúde e a comunidade escolar (Brasil, 2007).

A implementação do PSE exige a participação ativa das equipes da Estratégia Saúde da Família, sempre em conformidade com os princípios do SUS. Dessa maneira, as ações de saúde desenvolvidas no programa devem considerar a integralidade dos educandos, assegurando-lhes acesso às avaliações clínica, oftalmológica, auditiva, psicossocial, bucal e nutricional, além da promoção da alimentação saudável. O PSE também enfatiza a importância da educação permanente em saúde, incluindo práticas de atividade física e a criação de uma cultura de prevenção dentro do ambiente escolar (Figueiredo *et al.*, 2010).

O PSE foi concebido para integrar os setores da saúde e da educação, promovendo ações intersetoriais que ampliem o alcance e o impacto das iniciativas de saúde voltadas a estudantes e às suas famílias. A proposta central do programa é fortalecer a articulação entre as Equipes de Saúde da Família (ESF) e as escolas do seu território, garantindo atenção integral às demandas da comunidade escolar. No entanto, a relação entre os serviços de saúde e as instituições de ensino apresenta fragilidades que dificultam sua efetividade (Farias *et al.*, 2016).

Foi desenhado para ter caráter abrangente, considerando tanto a comunidade em que a escola está inserida quanto a estrutura social mais ampla. Idealmente, a saúde escolar não deve se limitar a intervenções pontuais e desconectadas da realidade local, mas sim abranger a oferta de recursos específicos, ações contínuas e estratégias intersetoriais. Dessa forma, a escola se consolida como um espaço

central nas políticas públicas intersetoriais voltadas à promoção da saúde (Vieira; Belisário, 2018).

O Programa deve ser efetivado por meio da colaboração entre a escola e a unidade básica de saúde. Sua implementação ocorre a partir de eixos de ação estruturados em cinco componentes: (i) avaliação clínica e psicossocial dos estudantes; (ii) ações de promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos; (iii) educação permanente e capacitação de profissionais da saúde e da educação, além da formação de jovens para atuar no PSE; (iv) monitoramento e avaliação das condições de saúde dos estudantes; e (v) acompanhamento e avaliação do próprio programa (Brasil, 2007).

O PSE e suas ações de promoção da saúde representam ferramentas essenciais para a educação, o empoderamento e a participação ativa no reconhecimento e na garantia do direito universal e inalienável à saúde. Além disso, contribuem para ampliar os determinantes sociais que promovem a saúde, reforçando o papel tanto do Estado quanto da coletividade. Como uma estratégia intersetorial fundamental, o PSE busca a integração entre os setores da saúde e da educação, promovendo um cuidado integral aos estudantes (Lopes *et al.*, 2018).

Historicamente, as políticas de educação e saúde foram desenvolvidas de forma fragmentada e setorial, o que contraria o paradigma da promoção da saúde. Esse modelo destaca a necessidade de conhecimento e de políticas públicas construídas de forma compartilhada, por meio de ações intersetoriais. Para isso, é fundamental que cada setor esteja aberto ao diálogo, assumindo corresponsabilidade e cogestão na melhoria da qualidade de vida da população (Farias *et al.*, 2016).

Um dos principais desafios do PSE é a implementação de uma política intersetorial em um ambiente em que os atores possuem agendas setoriais predefinidas, com pouca margem para sua adequada execução. Essa limitação compromete a conciliação dos tempos institucionais e dificulta o comprometimento dos setores envolvidos, o que impacta a sustentabilidade das ações. Além disso, a escassez de capacitação contínua e a ausência de protocolos específicos para guiar as práticas intersetoriais representam entraves adicionais ao sucesso do programa (Farias *et al.*, 2016).

Estudo realizado por Baroni e Silva (2022) revelou que, quinze anos após sua criação, o programa enfrenta dificuldades significativas na implementação. Entre os

desafios, destacam-se o desconhecimento da política do programa e a falta de formação contínua dos profissionais. Embora o programa tenha grande potencial, suas ações ainda se concentram em áreas limitadas, como reuniões de matriciamento, encaminhamentos e verificações vacinais, bucais e oculares, o que limita a efetividade da política pública de educação em saúde.

As limitações observadas na implementação do PSE evidenciam a necessidade de ampliar a articulação entre os setores envolvidos (educação, saúde e assistência social) para que as ações propostas não se restrinjam a intervenções pontuais. Essa integração é ainda mais relevante quando se considera a complexidade dos contextos vividos pelas crianças e suas famílias, especialmente em territórios marcados por vulnerabilidades. A atuação em rede, envolvendo escola, serviços de saúde e família, auxilia a promover uma abordagem mais eficaz e humanizada na educação infantil, reconhecendo que o cuidado com a saúde das crianças exige corresponsabilidade entre diferentes instâncias da sociedade (Brasil, 2007).

Segundo Lopes (2018), ainda há carência de instrumentos eficazes de avaliação que possam superar limitações gerenciais na implementação e no monitoramento do programa. Além disso, muitos profissionais enfrentam dificuldades na compreensão e aplicação dos conceitos e metodologias contemporâneas de avaliação em saúde, tanto no campo teórico quanto nas práticas voltadas à promoção da saúde.

4.2.2 Programa Escola em Tempo Integral

O Programa Escola em Tempo Integral, instituído pela Lei nº 14.640/2023, é uma iniciativa do Ministério da Educação (MEC) que visa ampliar o número de matrículas em tempo integral na educação básica em todo o Brasil. O programa busca proporcionar uma formação mais completa aos estudantes, oferecendo uma jornada escolar de, no mínimo, sete horas diárias ou 35 horas semanais, conforme as diretrizes estabelecidas (Brasil, 2023b).

Para atingir seus objetivos, o programa estabelece estratégias de assistência técnica e financeira destinadas aos estados, aos municípios e ao Distrito Federal. Essas estratégias são direcionadas à criação e manutenção de matrículas em tempo integral, priorizando escolas que atendem estudantes em situação de vulnerabilidade socioeconômica. O MEC fornece suporte para que as redes de ensino desenvolvam propostas pedagógicas alinhadas à Base Nacional Comum Curricular (BNCC), garantindo uma educação integral que abrange aspectos cognitivos, sociais, emocionais e culturais dos alunos (Brasil, 2023b).

A Portaria MEC nº 2.036, de 23 de novembro de 2023, define as diretrizes para a ampliação da jornada escolar em tempo integral. Essa portaria estabelece ações estratégicas no âmbito do programa, enfatizando a importância de um currículo diversificado, que inclua atividades culturais, esportivas e de lazer, e promova o desenvolvimento integral dos estudantes. Além disso, a portaria destaca a necessidade de formação continuada dos profissionais da educação para atuarem nesse modelo de ensino, assegurando a qualidade das práticas pedagógicas (Brasil, 2023c).

O financiamento do programa é uma parceria entre o governo federal, os estados e os municípios. Em 2023, foram investidos R\$ 4 bilhões com o objetivo de ampliar em 1 milhão o número de matrículas em tempo integral nas escolas de educação básica. A meta é alcançar cerca de 3,2 milhões de matrículas até 2026, garantindo que um número crescente de estudantes tenha acesso a uma educação de qualidade em tempo integral (Brasil, 2025b).

A implementação do Programa Escola em Tempo Integral requer uma reorganização das escolas, incluindo adequações na infraestrutura para acomodar os alunos durante a jornada estendida, bem como a elaboração de um projeto político-pedagógico que contemple as especificidades do ensino em tempo integral. A participação da comunidade escolar e das famílias é fundamental nesse processo, assegurando que as necessidades e particularidades locais sejam consideradas na construção de uma educação integral e inclusiva (Brasil, 2023c). A ampliação da jornada escolar não apenas possibilita um aprofundamento dos conteúdos curriculares, mas também cria oportunidades para a promoção da saúde física e mental dos alunos (Brasil, 2023b).

A permanência prolongada dos estudantes na escola exige um olhar atento à oferta de alimentação saudável e balanceada, assegurando que as refeições fornecidas respeitem os princípios da nutrição adequada e contribuam para o crescimento, o desenvolvimento e o aprendizado das crianças e adolescentes. Em um cenário marcado por desigualdades sociais e insegurança alimentar, a escola passa a ser, muitas vezes, o único espaço em que a criança tem acesso a refeições regulares e de qualidade. Dessa forma, o ambiente escolar transforma-se em um território privilegiado para a educação alimentar, onde é possível desenvolver práticas educativas que orientem o valor dos alimentos, a importância da diversidade nutricional e a construção de hábitos saudáveis desde a infância.

Além da alimentação, o tempo estendido na escola permite a incorporação sistemática de atividades físicas, esportivas e de lazer, fundamentais para o desenvolvimento motor, a socialização e o equilíbrio emocional dos estudantes. A prática regular de atividades físicas é reconhecida por seu papel na prevenção e no controle de doenças crônicas não transmissíveis, como obesidade, diabetes e hipertensão, que vêm aumentando entre a população infantil. As escolas de tempo integral, ao valorizarem essas práticas em seu currículo ampliado, contribuem para promover o bem-estar físico e mental dos alunos, favorecendo a concentração, a disciplina e o convívio em grupo, o que impacta positivamente o desempenho acadêmico e a formação cidadã (Brasil, 2013b).

A articulação da escola com os serviços de saúde e de assistência social permite que ela cumpra um papel ainda mais estratégico: o de identificar precocemente situações de vulnerabilidade, negligência ou agravos à saúde, atuando de forma preventiva e protetiva. Assim, a Escola em Tempo Integral consolida-se como um ambiente de cuidado integral, em que educação e saúde não são dimensões dissociadas, mas complementares no desenvolvimento pleno de crianças e adolescentes.

O Programa Escola em Tempo Integral não apenas cumpre seu papel pedagógico, mas também contribui diretamente para a formação de cidadãos mais saudáveis, preparados para enfrentar os desafios da vida com equilíbrio físico e emocional. Ele representa um esforço significativo do governo brasileiro para ampliar e qualificar a educação básica, oferecendo aos estudantes uma formação mais completa e preparando-os para os desafios da vida.

4.2.3 Política Nacional de Alimentação Escolar (PNAE)

O programa nacional de alimentação surgiu na década de 1940 com um caráter centralizador e assistencialista. Inicialmente, o programa de suplementação alimentar era dirigido aos trabalhadores, ao grupo materno-infantil e aos escolares, privilegiando as regiões mais pobres (Liebermann; Bertolini, 2015). Entretanto, em 1955 foi concebido um programa de atenção voltado à nutrição escolar, com a criação da Campanha Nacional da Merenda Escolar (CNME) (Minayo, 2013).

O Programa passou a efetivamente se denominar Programa Nacional de Alimentação Escolar em 1979, com a alimentação escolar sendo tratada como a forma de garantir a presença do aluno na escola, o que a tornou mais do que uma política de saúde, mas também uma política de educação (Domene, 2008).

Até 1993, o governo federal planejava os cardápios e realizava as compras dos insumos para todo o país, sem considerar a diversidade alimentar regional ou promover o desenvolvimento sustentável (Liebermann; Bertolini, 2015), o que se modificou ao longo do tempo. Atualmente, o governo federal transfere a verba aos estados e municípios para compra de insumos predominantemente regionais, garantindo pelo menos uma refeição diária para os alunos das escolas públicas e instituições filantrópicas (Ferreira *et al.*, 2019). Ao fornecer uma alimentação equilibrada, o programa favorece o desempenho escolar, contribui para a redução da evasão e incentiva a adoção de hábitos alimentares saudáveis (Ferreira *et al.*, 2019).

O PNAE atende cerca de 40 milhões de estudantes em mais de 5.500 municípios de 26 estados e do Distrito Federal (DF). O principal objetivo do PNAE é assegurar aos estudantes uma alimentação digna, proporcionando nutrição adequada e de qualidade. Além de contribuir para melhorar da qualidade de vida, o programa promove o exercício da cidadania por meio do acesso a uma alimentação saudável, promovendo o crescimento, o desenvolvimento biopsicossocial, a aprendizagem e o desempenho escolar (Ferreira *et al.*, 2019).

A descentralização dos recursos, que permitiu que os entes federados adquirissem os alimentos, efetivou-se a partir de 1994. Essa alteração também

incentivou maior participação da comunidade por meio dos Conselhos de Alimentação Escolar (CAEs) e incorporou a agenda de Segurança Alimentar e Nutricional (SAN), ao promover o Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA) (Kroth *et al.*, 2020).

Desde os anos 2000, o governo federal determinou que pelo menos 70% dos recursos do programa devem ser destinados à compra de alimentos básicos, além de estabelecer limites para o teor de açúcar, sal, gorduras totais, saturadas e trans, conforme as normas vigentes (Libermann; Bertolini, 2015).

O Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação (FNDE), vinculado ao Ministério da Educação, estabeleceu, por meio da Resolução nº 38, de 23 de agosto de 2004, os critérios para a execução do Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE). Essa norma também definiu as formas legais de repasse dos recursos financeiros destinados à alimentação escolar às Secretarias de Educação dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, bem como às Escolas Federais (Brasil, 2004).

Para além do fornecimento de refeições, o programa incorpora ações estruturadas de Educação Alimentar e Nutricional (EAN), promovendo a formação de hábitos saudáveis desde os primeiros anos da vida escolar e fortalecendo o vínculo entre alimentação, cultura e sustentabilidade. Voltado a estudantes de todas as etapas da educação básica pública — da educação infantil à educação de jovens e adultos (EJA) —, o PNAE é executado por meio do repasse de recursos financeiros de caráter suplementar, realizado pelo governo federal aos entes federados, em dez parcelas mensais, abrangendo o período letivo de fevereiro a novembro. O montante é calculado com base no número de matrículas registradas, conforme dados do censo escolar, e visa garantir a cobertura de 200 dias letivos, conforme estabelecido na legislação educacional vigente (Brasil, 2025c).

No que se refere à fiscalização e ao controle social, o programa dispõe de mecanismos sólidos de acompanhamento. A participação da sociedade civil é garantida por meio dos Conselhos de Alimentação Escolar (CAE), que têm como atribuição monitorar a execução do PNAE em cada município ou estado, garantindo transparência e controle público dos recursos. Além disso, o programa é submetido à auditoria e fiscalização por órgãos federais, como o Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação (FNDE), o Tribunal de Contas da União (TCU), a

Controladoria-Geral da União (CGU) e o Ministério Público, assegurando o cumprimento dos princípios da legalidade, da eficiência e da equidade (Brasil, 2025c).

A Portaria Interministerial nº 1.010, de 8 de maio de 2006, foi instituída com base nas recomendações da Estratégia Global para Alimentação Saudável, Atividade Física e Saúde, proposta pela Organização Mundial da Saúde (OMS), e estabeleceu, em âmbito nacional, diretrizes para a promoção da alimentação saudável no ambiente escolar. Voltada às instituições de educação infantil, ensino fundamental e médio, das redes pública e privada, a portaria propõe uma abordagem abrangente, estruturada em eixos prioritários que reforçam o papel da escola como promotora da saúde (Brasil, 2006c).

Entre os princípios que orientam essa política, destaca-se o reconhecimento da alimentação como expressão das manifestações culturais regionais e nacionais, valorizando os hábitos alimentares tradicionais e a identidade alimentar dos diferentes territórios brasileiros. A norma também incentiva a implementação de hortas escolares, tanto como recurso pedagógico, integrando os alunos a atividades práticas e educativas, quanto como estratégia para o uso de alimentos frescos na alimentação oferecida pelas escolas. Além disso, a portaria estabelece a necessidade de implementar boas práticas de manipulação de alimentos nos ambientes de produção e de fornecimento das refeições escolares, assegurando a qualidade higiênico-sanitária e a segurança alimentar dos estudantes (Brasil, 2006c).

Outro eixo relevante diz respeito à restrição do comércio de alimentos e preparações com altos teores de gordura saturada, gordura trans, açúcar e sal em ambiente escolar. A política também propõe o monitoramento da situação nutricional dos escolares, como forma de subsidiar intervenções mais adequadas às necessidades de cada comunidade escolar (Brasil, 2006c).

Os cardápios elaborados no âmbito do Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE) devem contemplar, de forma obrigatória, as necessidades nutricionais específicas dos estudantes, assegurando o direito à alimentação adequada, segura e inclusiva. Isso inclui a adaptação das refeições para atender crianças e adolescentes com condições clínicas e metabólicas particulares, como doença celíaca, diabetes *mellitus*, hipertensão arterial sistêmica, anemias carenciais, alergias alimentares e diferentes intolerâncias, como à lactose ou ao glúten. A elaboração dessas dietas deve ser realizada sob a orientação técnica de nutricionistas, respeitando os princípios

da individualidade bioquímica, os protocolos clínicos e as normativas sanitárias vigentes (Brasil, 2013c).

Além do aspecto clínico-nutricional, os cardápios também devem considerar as especificidades socioculturais e étnicas das populações atendidas, sobretudo em comunidades indígenas e quilombolas, nas quais os hábitos alimentares, as tradições culinárias e os significados simbólicos da comida ocupam lugar central na identidade coletiva. Essa atenção à diversidade cultural é fundamental para garantir não apenas a aceitação das refeições, mas também o respeito à pluralidade étnica e a valorização dos saberes tradicionais (Brasil, 2013c).

A alimentação saudável na infância é essencial para o desenvolvimento psicológico e a formação de hábitos alimentares. A desnutrição pode comprometer o desenvolvimento cerebral, afetando temporariamente ou permanentemente a capacidade cognitiva das crianças, enquanto uma alimentação nutritiva favorece a atividade cerebral e o desempenho escolar (Ferreira *et al.*, 2019).

Com o propósito de assegurar uma alimentação escolar nutricionalmente equilibrada e promotora da saúde, o Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE) estabelece normas rigorosas quanto à qualidade dos alimentos adquiridos, incluindo proibições e restrições específicas a determinados produtos que representam riscos à saúde ou não contribuem para uma dieta saudável. Dentre essas diretrizes, destaca-se a vedação à compra de bebidas de baixo valor nutricional, como refrigerantes, refrescos artificiais, bebidas à base de xarope de guaraná ou groselha, chás industrializados e outros líquidos similares, que frequentemente apresentam excesso de açúcares, aditivos químicos e ausência de valor nutricional relevante.

Além disso, há restrições à aquisição de produtos ultraprocessados, como alimentos enlatados, embutidos, doces e outros itens com altos teores de sódio, gorduras saturadas, açúcares refinados e conservantes artificiais (Brasil, 2025c), os quais estão associados ao aumento da prevalência de doenças crônicas não transmissíveis em crianças e adolescentes, como obesidade, hipertensão e diabetes tipo 2 (Sociedade Brasileira de Pediatria, 2024).

Os alimentos processados são pouco recomendados na alimentação escolar, devendo ser consumidos em pequenas quantidades e combinados com alimentos saudáveis. Em alguns estados, cantinas são proibidas de vender produtos

ultraprocessados, como refrigerantes e salgadinhos, mas os estudantes ainda podem acessá-los fora da escola (Brasil, 2014b).

Essas medidas regulatórias refletem a orientação do programa para o incentivo ao consumo de alimentos *in natura* ou minimamente processados, conforme as recomendações do Guia Alimentar para a População Brasileira (Brasil, 2014b), elaborado pelo Ministério da Saúde. A presença de tais critérios não apenas contribui para a melhoria do estado nutricional dos estudantes, mas também atua como ferramenta pedagógica para a formação de hábitos alimentares mais conscientes e saudáveis (Brasil, 2006c).

Entretanto, para que essas práticas sejam efetivas e incorporadas de forma consistente ao cotidiano escolar, torna-se imperativo o fortalecimento das ações educativas e formativas voltadas à alimentação e nutrição. Nesse sentido, destaca-se a necessidade de inserção sistemática de conteúdos sobre saúde, nutrição e segurança alimentar nos cursos de formação inicial e continuada de professores de todos os níveis de ensino. A atuação docente, amparada por conhecimentos atualizados e críticos sobre alimentação, é essencial para mediar os processos de educação alimentar no ambiente escolar (Brasil, 2006c).

Muitas vezes, a merenda escolar representa a única refeição do dia para alguns alunos, sendo um fator crucial para sua permanência na escola. Dessa forma, o PNAE desempenha um papel fundamental na redução da evasão escolar e na diminuição dos índices de desnutrição, tornando o ambiente escolar um espaço de acolhimento e apoio para esses estudantes. Nesse contexto, a merenda escolar desempenha um papel fundamental ao garantir a nutrição adequada dos alunos e promover seu crescimento e aprendizado. Estudantes em estado de subnutrição tendem a apresentar um desempenho inferior em relação aos que possuem uma alimentação equilibrada (Ferreira *et al.*, 2019).

A criação da Lei nº 11.947/2009 consolidou essas mudanças ao estabelecer que pelo menos 30% dos recursos do Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação (FNDE) fossem destinados à aquisição de alimentos da Agricultura Familiar (AF), além de flexibilizar os processos de compra por meio de chamadas públicas. Ajustar o cardápio à sazonalidade local assegura a oferta de alimentos sempre frescos e nutritivos, além de reduzir custos, uma vez que respeita os ciclos naturais e agrícolas (Kroth *et al.*, 2020).

Essa lei representou uma inovação na política pública ao valorizar a produção local, orgânica e de pequenas propriedades, tornando a alimentação escolar um tema multidisciplinar e intersetorial. Dessa forma, o PNAE passou a dialogar com a área da saúde, visto que a priorização de uma alimentação saudável contribui não apenas para melhorar a aquisição de habilidades pelos estudantes, mas, de uma forma mais global, melhora a sua saúde e auxilia na formação de uma cultura de hábitos saudáveis de alimentação (Kroth *et al.*, 2020).

Em conformidade com a Resolução nº 38/2009 do Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação (FNDE) que estabelece a obrigatoriedade da inclusão de frutas e verduras no cardápio semanal da alimentação escolar, o programa fornece diretrizes que auxiliam os profissionais de nutrição dos municípios na elaboração de cardápios mais equilibrados e nutritivos (Brasil, 2009b). É essencial que o cardápio escolar seja balanceado e contemple todos os grupos alimentares, incluindo cereais e tubérculos, verduras, frutas e hortaliças, leites e derivados, carnes e ovos, além de leguminosas (Ferreira *et al.*, 2019).

Segundo a Resolução nº 26, de 17 de junho de 2013, do FNDE, as escolas devem incluir no cardápio pelo menos três porções de frutas e hortaliças por semana, além de priorizar bebidas à base de frutas. A alimentação servida deve atender a critérios específicos: para unidades de educação infantil em período parcial, é necessário garantir, no mínimo, 30% das necessidades nutricionais diárias, distribuídas em pelo menos duas refeições. Já para instituições em período integral, a oferta deve corresponder a 70% das necessidades nutricionais, distribuídas em no mínimo três refeições (Brasil, 2013c).

4.2.4 Programa Nacional de Imunização (PNI)

A imunização em ambiente escolar é uma estratégia para garantir a proteção da saúde de crianças, adolescentes e da comunidade escolar. A vacinação previne surtos de doenças infecciosas, reduzindo a propagação de vírus e bactérias que encontram no ambiente escolar um local propício à transmissão. Além de proteger cada indivíduo, a imunização coletiva ajuda a reduzir a circulação de agentes

infecciosos, beneficiando também aqueles que, por alguma razão médica, não podem ser vacinados (Piorelli, 2023).

No Brasil, o Programa Nacional de Imunizações (PNI) disponibiliza um calendário de vacinação para crianças e adolescentes, incluindo vacinas como a BCG, que previne formas graves de tuberculose; a pentavalente, que protege contra difteria, tétano, coqueluche, hepatite B e infecções por *Haemophilus influenzae* tipo B; e a tríplice viral, que combate sarampo, caxumba e rubéola. Outras vacinas importantes para essa faixa etária são as que protegem contra meningite, hepatite, HPV e gripe, além da vacina contra febre amarela em regiões endêmicas. A recomendação é que os responsáveis mantenham a caderneta de vacinação atualizada, garantindo que os estudantes estejam protegidos contra diversas doenças (Brasil, 2025d).

As escolas desempenham um papel fundamental no incentivo à vacinação e podem atuar como pontos de imunização em parceria com as secretarias de saúde. As campanhas realizadas no ambiente escolar facilitam o acesso às vacinas, permitindo que um maior número de crianças e adolescentes sejam imunizados sem que seus responsáveis precisem se deslocar até um posto de saúde (Piorelli, 2023).

A imunização em ambiente escolar enfrenta desafios que precisam ser superados para garantir a proteção da saúde de crianças, adolescentes e da comunidade como um todo. Um dos principais obstáculos é a disseminação de informações falsas sobre vacinas, que leva à hesitação por parte de alguns responsáveis (Daniel *et al.*, 2025; Piorelli, 2023). Mitos e teorias infundadas sobre supostos efeitos colaterais levam muitas famílias a optar por não vacinar seus filhos, comprometendo a imunidade coletiva. Para lidar com esse problema, é essencial que educadores e profissionais de saúde desenvolvam estratégias eficazes de comunicação, utilizando redes sociais, palestras e materiais informativos que esclareçam dúvidas e reforcem a segurança e eficácia das vacinas (Piorelli, 2023).

Segundo Arroyo (2020) um fator preocupante é a queda na cobertura vacinal nos últimos anos, o que aumenta o risco de surtos de doenças já controladas, como o sarampo. Essa redução pode ser atribuída não apenas à desinformação, mas também a dificuldades logísticas, como a falta de acesso aos postos de vacinação e a ausência de campanhas suficientemente abrangentes. A vacinação no ambiente escolar surge como uma solução viável para ampliar a cobertura vacinal, mas sua efetividade depende da colaboração entre as escolas e os órgãos de saúde.

Além disso, a necessidade de autorização dos responsáveis para a vacinação de menores de idade pode se tornar um entrave ao processo. Muitas vezes, os pais não compreendem a importância da imunização ou têm receios que poderiam ser esclarecidos por meio de um diálogo mais próximo com os profissionais envolvidos (Piorelli, 2023). Estratégias como reuniões informativas, distribuição de material educativo e campanhas de conscientização podem contribuir para aumentar a adesão e minimizar as recusas.

As escolas desempenham um papel fundamental na promoção da vacinação, atuando como elo entre as famílias e o sistema de saúde. No entanto, é necessário garantir que essas instituições tenham estrutura adequada para receber as campanhas de imunização e que seus profissionais estejam preparados para atuar como multiplicadores de informações confiáveis. A articulação entre governo, comunidade escolar e setor de saúde é essencial para superar as dificuldades e assegurar que todas as crianças e adolescentes recebam as vacinas necessárias, criando um ambiente escolar mais seguro e saudável para todos (Piorelli, 2023).

A vacinação em ambiente escolar é uma medida de saúde pública, que contribui para a proteção individual e coletiva, evitando doenças e reduzindo o número de faltas escolares causadas por infecções evitáveis. Por isso, é fundamental que as escolas, as famílias e o sistema de saúde se unam para garantir que todas as crianças e adolescentes recebam as vacinas necessárias, assegurando um ambiente escolar mais seguro e saudável para todos (Piorelli, 2023).

4.2.5 Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE)

A Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE) é um levantamento realizado periodicamente desde 2009 e conta com edições de 2012, 2015, 2019 e 2024. Organizada pelo Ministério da Saúde, em parceria com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e com apoio do Ministério da Educação (MEC), essa pesquisa tem como principal objetivo compreender a saúde e o bem-estar dos adolescentes no Brasil. Seu foco está em coletar dados essenciais para avaliar fatores de risco e de proteção relacionados a doenças crônicas não transmissíveis, bem como

outros aspectos que influenciam a qualidade de vida dos estudantes (Ferreira *et al.*, 2024).

A PeNSE é realizada a cada três anos e destaca-se como o principal mecanismo de vigilância em saúde dos adolescentes no Brasil. Para garantir sua efetividade e permitir comparações ao longo do tempo e com inquéritos internacionais, como o *Global School-based Student Health Survey* (GSHS), a pesquisa mantém perguntas anteriores e incorpora novas questões conforme necessário (Ferreira *et al.*, 2024).

O GSHS, criado pela OMS em parceria com instituições como o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), a Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO), o Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS (UNAIDS) e os *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC), avalia a saúde de adolescentes de 13 a 17 anos em mais de cem países. Adaptado às realidades locais, ele se tornou um dos maiores levantamentos globais sobre a saúde juvenil (Ferreira *et al.*, 2024).

A PeNSE é uma pesquisa por amostragem, cuja base de seleção é o cadastro de escolas públicas e privadas fornecido pelo Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP). Ela compõe o sistema de vigilância de fatores de risco de doenças crônicas não transmissíveis, sob a responsabilidade da Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente do Ministério da Saúde. Os dados coletados são representativos da realidade nacional e permitem a formulação de políticas públicas voltadas à saúde escolar e à promoção do bem-estar dos adolescentes. A pesquisa tem como público-alvo adolescentes de 13 a 17 anos, abrangendo uma série de fatores que impactam sua saúde física e mental (Brasil, 2024d).

Os dados coletados são obtidos por meio de dois questionários: um destinado aos alunos, que aborda hábitos e comportamentos individuais, e outro voltado às escolas, que avalia o ambiente escolar e suas condições estruturais. A pesquisa busca compreender as condições que influenciam o cotidiano dos estudantes, permitindo que profissionais das áreas de saúde e educação avaliem o impacto de políticas públicas e desenvolvam ações mais eficazes para a melhoria do bem-estar dos jovens (Brasil, 2024d).

O questionário da pesquisa abrange uma ampla gama de temas, incluindo saúde física e mental, comportamentos de risco, fatores socioeconômicos e o ambiente escolar. Na área da saúde física, avaliam-se os padrões alimentares, o nível de atividade física, a qualidade do sono e a incidência de obesidade entre adolescentes. No campo da saúde mental, a pesquisa investiga sintomas de ansiedade, depressão e autoestima, bem como o impacto das relações interpessoais. Já os comportamentos de risco incluem o uso de álcool, tabaco e outras drogas, a iniciação sexual precoce e a exposição a situações de violência e de *bullying*. Fatores socioeconômicos, como renda familiar e acesso a serviços de saúde, também são analisados para compreender suas influências na vida dos estudantes (Brasil, 2024d).

A PeNSE desempenha um papel fundamental no desenvolvimento de políticas públicas voltadas à promoção da saúde na escola, especialmente no Programa Saúde na Escola (PSE). Além de fornecer dados essenciais para gestores e profissionais da saúde, a pesquisa também contribui para que a sociedade conheça melhor as necessidades dos adolescentes brasileiros. O estudo permite monitorar mudanças nos padrões de comportamento ao longo do tempo, auxiliando na adaptação e aprimoramento das estratégias voltadas à saúde juvenil (Brasil, 2024d).

Desde sua primeira edição em 2009, a PeNSE tem evoluído significativamente. A pesquisa começou com um universo de 63.411 estudantes de 1.453 escolas, abrangendo todas as 26 capitais brasileiras e o Distrito Federal. Em 2012, sua representatividade foi ampliada, incluindo 109.104 estudantes de 2.842 escolas, cobrindo não apenas as capitais, mas também os municípios das cinco maiores regiões do Brasil. A edição de 2015 trouxe uma importante expansão ao incluir escolares de 13 a 17 anos, o que permitiu comparações internacionais sobre a saúde adolescente. Nesse ano, também foi introduzida a medição de peso e altura, possibilitando cálculos mais precisos sobre o Índice de Massa Corporal (IMC) dos estudantes (Brasil, 2024d).

A edição de 2019 incorporou novos indicadores e ampliou ainda mais sua representatividade, fornecendo dados detalhados sobre grandes regiões, unidades da federação e capitais. Em 2022, foi publicado um relatório especial analisando dados de 2009 a 2019, com o objetivo de entender as tendências de saúde pré-pandemia da COVID-19. A análise comparativa permitiu avaliar o impacto de desigualdades e vulnerabilidades dos adolescentes ao longo do tempo (Brasil, 2024d).

A edição de 2024 trouxe inovações no questionário, incluindo temas mais atuais, como pobreza menstrual e *bullying*, além de ajustes para melhorar a compreensão sobre o uso de cigarros eletrônicos, o consumo alimentar, a higiene e a saúde bucal. Além disso, essa edição realiza medições antropométricas em uma amostra selecionada, o que garante dados mais precisos sobre o estado nutricional dos estudantes. Essas reformulações visam tornar a pesquisa ainda mais abrangente e eficiente para embasar políticas públicas que beneficiem a juventude brasileira (Brasil, 2024d).

4.2.6 Promoção da Saúde Mental

Crianças e adolescentes de países mais pobres enfrentam um aumento no risco de violência doméstica, abuso sexual, insegurança alimentar e exploração infantil, além do agravamento de transtornos mentais ou sofrimento psíquico (Oliveira, 2021). Seus familiares também sofreram com altos níveis de estresse, ansiedade e dificuldades financeiras, como a perda de emprego, que impactam qualidades na saúde mental dos dependentes, elevando a exposição a abusos (Fontes *et al.*, 2022).

A intervenção precoce na infância e na adolescência é essencial para garantir um ambiente estável e estimulante ao desenvolvimento. A educação e a atenção primária desempenham um papel fundamental na prevenção, promoção da saúde mental e identificação de casos que podem ser tratados antes de se agravarem (Rosa *et al.*, 2023).

Metade dos transtornos mentais surge até os 14 anos e 75% até os 24 anos, sendo essa fase estratégica para a prevenção. No entanto, cerca de 80% dos casos não são diagnosticados ou tratados corretamente (*United Nations Children's Fund*, 2019). A taxa de evasão escolar entre estudantes com problemas de saúde mental varia entre 43% e 86%. Além disso, aqueles que sofrem de depressão têm o dobro de chances de abandonar a escola em comparação com estudantes sem esse transtorno (Dupéré *et al.*, 2018).

Em todas as regiões do país, as escolas, acompanhadas pelas Equipes de Saúde da Família, apresentam as maiores taxas de presença entre os serviços disponíveis, evidenciando seu papel essencial na construção de uma rede ampliada

e inclusiva de cuidados em saúde mental. Como parte dessa rede, os setores da educação e da atenção básica desempenham um papel fundamental na prevenção, na promoção da saúde e na identificação precoce de casos, possibilitando intervenções que podem reverter ou evitar o agravamento de transtornos mentais na infância (Couto *et al.*, 2008).

O ambiente escolar, que deveria ser um espaço de aprendizado e desenvolvimento, muitas vezes se torna um ambiente de pressão acadêmica, desafios emocionais e, em alguns casos, violência. As iniciativas de promoção da saúde mental nas escolas ainda são limitadas no Brasil e no mundo, apesar de sua reconhecida importância em diversos estudos. Segundo Rosa (2023) no setor público, desde 2017, o Governo Federal implementou programas como:

- **#TamoJunto**: Programa de prevenção para alunos de 11 a 14 anos, com 12 aulas ministradas por professores e oficinas para pais e familiares.
- **Programa Famílias Fortes**: Inspirado em iniciativas dos Estados Unidos da América, visa fortalecer os vínculos familiares e prevenir o uso de álcool e drogas entre crianças e adolescentes de 10 a 14 anos.
- **O programa Elos: Construindo Coletivos**: Voltado para a prevenção do uso de drogas entre crianças de 6 a 10 anos, foi implementado entre 2013 e 2017.
- **Setembro Amarelo**: Campanha que promove o autocuidado e a saúde mental por meio de projetos e oficinas.
- **Divulgação da Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio**: Iniciativa de conscientização e prevenção desses problemas nas escolas.

Essas ações demonstram a crescente preocupação com a saúde mental no ambiente escolar, mas ainda há a necessidade de ampliar e fortalecer tais políticas. A Comissão de Saúde da Câmara dos Deputados aprovou, em 2025, um projeto de lei (PL nº 4057/23) que cria a Política Nacional de Saúde Mental nas instituições de ensino, abrangendo escolas públicas e privadas, da educação infantil ao ensino superior. A iniciativa busca garantir o bem-estar psicossocial de alunos e educadores, prevenindo e identificando precocemente vulnerabilidades psíquicas (Nobre, 2025).

A política prevê serviços de psicologia em escolas com mais de 400 alunos e assistência social nas instituições públicas, além da criação de canais de comunicação sigilosos para o acolhimento e o combate à violência. Sua

implementação será feita pelo governo federal, em parceria com estados, municípios e a sociedade civil, com monitoramento de indicadores, como evasão escolar e transtornos psicológicos (Nobre, 2025).

A medida visa promover um ambiente educacional mais saudável e incentivar a adesão das escolas por meio do selo "Instituição Amiga da Saúde Mental", contribuindo para a formação de indivíduos mais preparados para os desafios da vida (Nobre, 2025).

4.2.7 Educação em Saúde Sexual e Reprodutiva

A educação sexual nas escolas é um tema que envolve aspectos pedagógicos, culturais, sociais e políticos. Ela visa oferecer informações científicas e adequadas ao desenvolvimento das crianças e adolescentes sobre sexualidade, saúde reprodutiva, prevenção de infecções sexualmente transmissíveis (IST), consentimento ao ato sexual, relações saudáveis e respeito às diversidades (Pirota *et al.*, 2008).

As práticas de educação sexual têm potencial para promover diálogos abertos, trocas de experiências e de informações, bem como para fortalecer a autonomia dos adolescentes no exercício da sexualidade. Esses aspectos contribuem para a saúde integral dos jovens, ajudando a prevenir consequências indesejáveis relacionadas às vivências sexuais (Vieira; Matsukura, 2017).

A importância de desenvolver práticas de cuidado voltadas à saúde integral dos adolescentes, incluindo saúde sexual e reprodutiva, é amplamente reconhecida socialmente. Esse reconhecimento se reflete em políticas públicas, programas e documentos oficiais que abordam a educação sexual de maneira sistemática (Brasil, 2007). O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), assegura o direito de crianças e adolescentes ao acesso à saúde integral, incluindo aspectos relacionados à sexualidade, reforçando a necessidade de serviços de saúde que atendam a essa demanda (Brasil, 1990). Ainda na década de 90, os Parâmetros Curriculares Nacionais (PCN), já abordados nesse capítulo, passaram a tratar a educação sexual como um direito do cidadão, com foco na promoção da autonomia e no reconhecimento dos direitos sexuais dos adolescentes (Brasil, 1997b). No Brasil, a

Base Nacional Comum Curricular (BNCC), também já tratada nesse capítulo, inclui conteúdos sobre sexualidade nas áreas de Ciências da Natureza e de Educação Integral, abordando o tema de forma transversal, desde o reconhecimento do próprio corpo até questões como identidade de gênero e direitos reprodutivos. Com isso, os modelos de práticas de educação sexual passaram por transformações significativas ao longo do tempo, buscando adaptar-se às demandas sociais e às necessidades dos adolescentes (Vieira; Matsukura, 2017).

A sexualidade ainda é um tema de difícil abordagem, e sua discussão acaba sendo atribuída aos professores, que muitas vezes não estão devidamente preparados para tratá-la. Dessa forma, a promoção da educação sexual nas escolas exige não apenas a aquisição de conhecimentos específicos, mas também o desenvolvimento de habilidades didáticas, além da disposição e afinidade dos docentes para dialogar sobre o assunto com os adolescentes (Matos *et al.*, 2016).

Há diferentes abordagens para o ensino da educação sexual. A abordagem biológica foca na anatomia e fisiologia; a preventiva destaca métodos contraceptivos e prevenção de doenças; e a abordagem emancipatória, considerada mais completa, integra aspectos psicológicos, sociais e afetivos, promovendo autonomia e respeito nas relações interpessoais (Vieira; Matsukura, 2017).

As práticas de educação sexual nas escolas geralmente ocorrem no âmbito das aulas de ciências e de biologia. O fato de os conteúdos relacionados à sexualidade estarem inseridos principalmente nesses currículos tende a restringir a abordagem a um enfoque biologicista. Embora os Parâmetros Curriculares Nacionais (PCN) defendam que a educação sexual deve ser trabalhada de forma transversal e interdisciplinar, o trabalho realizado por Vieira (2017) aponta que as atividades educativas continuam focadas prioritariamente na prevenção de IST e na gravidez na adolescência, o que reforça os achados de pesquisas anteriores sobre a limitação dessas práticas (Pirota *et al.*, 2008).

Segundo pesquisa de Pirota *et al.* (2008), apesar da realização de ações voltadas à educação sexual nas escolas, um terço dos alunos entrevistados afirmou não ter participado de nenhuma atividade entre a 5ª e a 8ª série. Entre aqueles que se lembravam de alguma experiência, a maioria citou aulas de Ciências, Biologia, Educação Física e Psicologia, o que evidencia a predominância de uma abordagem centrada na biologia e na saúde. Temas como relações de gênero, direitos humanos,

respeito às diferenças e violência sexual foram pouco abordados, o que indica a ausência de uma perspectiva social na educação sexual. Além disso, a baixa participação dos pais e da comunidade evidencia distanciamento em relação ao tema no ambiente escolar, apesar das diretrizes que incentivam sua inclusão. No entanto, os alunos demonstram grande aceitação e expressam a necessidade de discutir e de obter mais informações sobre sexualidade e saúde.

Diante desse cenário, fica evidente que a educação sexual nas escolas ainda enfrenta desafios significativos, tanto na abordagem quanto na efetiva implementação das diretrizes propostas. A predominância de um enfoque biológico e preventivo limita o debate sobre aspectos sociais, afetivos e culturais da sexualidade, restringindo o desenvolvimento da autonomia e do senso crítico dos adolescentes. Além disso, a falta de preparação dos professores e a pouca participação da comunidade escolar reforçam as dificuldades para consolidar práticas educativas mais amplas e inclusivas. No entanto, a aceitação do tema pelos alunos e a demanda por informações evidenciam a necessidade de fortalecer a educação sexual de forma interdisciplinar e transversal, garantindo que os jovens tenham acesso a conhecimentos que os auxiliem na construção de relações saudáveis, no respeito às diversidades e no exercício consciente da sexualidade.

4.2.8 Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS)

A Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) estrutura as diretrizes e estratégias que norteiam as ações de promoção da saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Essa política tem como objetivo principal promover a qualidade de vida e reduzir as vulnerabilidades relacionadas a fatores de risco à saúde, abordando questões individuais, coletivas e ambientais. Para isso, busca ampliar o potencial da saúde tanto individual quanto coletiva, ao mesmo tempo em que reduz vulnerabilidades e riscos decorrentes dos determinantes sociais, econômicos, políticos, culturais e ambientais (Brasil, 2018b).

A PNPS estabelece objetivos que orientam suas ações, garantindo a integração da promoção da saúde ao cuidado em saúde e às demais redes de proteção social.

Dessa forma, estimula que a promoção da saúde seja parte da integralidade do cuidado no Sistema Único de Saúde (SUS), articulando-se com outras redes de proteção social. Além disso, contribui para a adoção de práticas que respeitem as diferenças de classe social, gênero, orientação sexual, identidade de gênero, gerações, etnias, cultura, território e necessidades especiais, garantindo a inclusão e a justiça social. Também favorece a mobilidade humana, a acessibilidade e o desenvolvimento de ambientes seguros, saudáveis e sustentáveis, promovendo uma melhor qualidade de vida. Incentiva ações que promovam a cultura da paz em comunidades, territórios e municípios, fortalecendo a convivência harmônica e a segurança social (Brasil, 2018b).

Apoiar a criação de espaços de produção social e de ambientes que favoreçam o desenvolvimento humano e o bem-estar das populações é outro aspecto relevante, assim como reconhecer e incorporar saberes populares, tradicionais e práticas integrativas e complementares como parte das estratégias de promoção da saúde. A política também busca estimular a capacidade de tomada de decisão e autonomia de indivíduos e coletividades, promovendo habilidades pessoais para a defesa da saúde e da vida. Desenvolver processos de formação profissional e capacitação em promoção da saúde para trabalhadores, gestores e cidadãos é essencial para garantir que os princípios dessa política sejam compreendidos e aplicados na prática (Brasil, 2018).

A PNPS também prevê a criação de estratégias de comunicação social e de mídia que fortaleçam os princípios da promoção da saúde e incentivem políticas públicas voltadas à qualidade de vida da população. Além disso, estimula a pesquisa e a produção de conhecimento em promoção da saúde, incentivando a criação de estratégias inovadoras para qualificar as ações nessa área. Aprimorar os sistemas de informação para registrar atividades de promoção da saúde e equidade, permitindo análise, monitoramento, avaliação e financiamento adequado das ações implementadas, é um dos seus objetivos (Brasil, 2018b).

A PNPS, ao reunir essas diretrizes, reforça o compromisso do SUS com uma abordagem ampla e intersetorial da saúde, garantindo que ações preventivas e promotoras da qualidade de vida estejam alinhadas às necessidades e direitos da população.

A PNPS desempenha um papel importante na educação infantil, ao integrar ações que promovem hábitos saudáveis e ambientes seguros desde os primeiros anos de vida. Com foco na intersetorialidade e na inclusão, a PNPS orienta práticas pedagógicas e de cuidado que abrangem aspectos físicos, emocionais e sociais, fundamentais para o desenvolvimento integral das crianças (Brasil, 2010c).

Na educação infantil, a PNPS incentiva iniciativas como a promoção da alimentação saudável, a prática de atividades físicas, considerando a importância do envolvimento das famílias, educadores e comunidades (Brasil, 2010c). Além disso, as creches e escolas de educação infantil se tornam espaços estratégicos para disseminar práticas de saúde e bem-estar, contribuindo para a formação de hábitos que impactam positivamente ao longo da vida.

Essa abordagem reforça o compromisso com a construção de ambientes educativos saudáveis, alinhados aos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e às Diretrizes Curriculares Nacionais da Educação Infantil, promovendo a equidade e a qualidade no cuidado e na educação das crianças.

4.2.9 Marco Legal da Primeira Infância

A Lei nº 13.257, de 8 de março de 2016, conhecida como Marco Legal da Primeira Infância, é um dos marcos normativos mais importantes do país para a proteção e promoção dos direitos das crianças de 0 a 6 anos. Ela atualiza e amplia dispositivos do Estatuto da Criança e do Adolescente, da Lei de Diretrizes e Bases da Educação e de outras legislações (Brasil, 2016).

A lei parte do reconhecimento de que os primeiros anos de vida constituem um período decisivo para o desenvolvimento cognitivo, emocional, social e físico da criança. Dessa forma, estrutura políticas públicas voltadas a essa faixa etária, reforçando a responsabilidade compartilhada entre União, Estados, Distrito Federal, Municípios e famílias (Brasil, 2016). O Marco Legal da Primeira Infância destaca o reconhecimento do direito da criança de brincar, valorizando sua participação na construção de ações e políticas voltadas à infância (Moreira *et al.*, 2021).

Esta lei estabelece princípios como a proteção integral, o desenvolvimento infantil pleno, a redução das desigualdades, a diversidade cultural e o respeito à

especificidade dessa etapa da vida. Reforça a importância da intersetorialidade em diversos aspectos, incluindo saúde e educação (Brasil, 2016).

No campo da educação, ela reafirma a Educação Infantil como primeira etapa da educação básica, devendo ser universalizada gradualmente para crianças de 4 e 5 anos e ampliada para bebês e crianças pequenas em creches.

Destaca, ainda, a necessidade de garantir ambientes seguros, afetivos, acessíveis e estimulantes. Aborda a formação de profissionais que trabalham com crianças pequenas, visando à adequação dos cursos às características e necessidades das crianças e à formação de profissionais qualificados, para possibilitar a expansão, com qualidade, dos diversos serviços. Ela ainda determina que os planos plurianuais e os planos de educação, saúde e assistência social incluam metas específicas para a primeira infância (Brasil, 2016).

A Lei nº 13.257/2016 estrutura um sistema integrado de proteção, cuidado e promoção do desenvolvimento infantil, estabelecendo a primeira infância como prioridade nas políticas públicas brasileiras e exigindo ações articuladas entre diversos setores. É uma legislação de grande impacto, que envolve as áreas de educação e saúde (Brasil, 2016).

4.2.10 Política Nacional Integrada da Primeira Infância (PNIFI)

O Decreto nº 12.574, de 5 de agosto de 2025, institui a Política Nacional Integrada da Primeira Infância (PNIFI) como uma estratégia federal para coordenar, articular e integrar políticas públicas voltadas às crianças de 0 a 6 anos. Coordenada pelo Ministério da Educação e organizada de forma intersetorial, envolvendo saúde, educação, assistência social, cultura, direitos humanos, habitação, justiça, igualdade racial e outros setores do Estado (Brasil, 2025a).

A PNIFI se orienta por princípios que colocam a criança como sujeito de direitos, assegurando o desenvolvimento integral, o respeito à diversidade e a prioridade absoluta no acesso a bens e serviços públicos. A política enfatiza a redução das desigualdades, a atenção especial às crianças com deficiência e às que vivem

em situações de vulnerabilidade, além da participação das famílias e da garantia de acessibilidade plena (Brasil, 2025a).

Seu objetivo é fortalecer e qualificar o acesso a serviços essenciais, promover a integração entre políticas setoriais, aprimorar a comunicação do poder público com as famílias e criar sistemas de dados integrados sobre a primeira infância. A estrutura da PNIPi se organiza em cinco eixos: viver com direitos, viver com educação, viver com saúde, viver com dignidade e integração de informações e comunicação com as famílias. Cada eixo é coordenado por um ministério responsável e deve desenvolver planos de implementação, protocolos de atuação integrada, apoio técnico aos entes federados e mecanismos de monitoramento (Brasil, 2025a).

O decreto também cria a Estratégia de Monitoramento e Avaliação, responsável por definir indicadores, métricas e um indicador nacional sintético para acompanhar o desenvolvimento da primeira infância, com dados desagregados por raça, deficiência, condição socioeconômica e região. A política deve ser executada por meio de planos de ação quadrienais (o primeiro, bienal), com governança interministerial e previsão de acompanhamento orçamentário anual. Por fim, os ministérios envolvidos³ devem garantir recursos e suporte técnico para viabilizar a PNIPi (Brasil, 2025a).

4.3 Critérios para um atendimento em creches que respeite os direitos fundamentais das crianças

Nas creches, todas as crianças devem ter garantido o direito a um ambiente que favoreça sua saúde e bem-estar. Isso inclui cuidados diários com a higiene, como a manutenção da limpeza do corpo, das mãos e das roupas, promovendo hábitos saudáveis desde a infância. Além disso, elas são incentivadas a desenvolver autonomia no cuidado pessoal, aprendendo a valorizar a higiene e a responsabilidade com a própria saúde. Para isso, os banheiros devem estar sempre limpos, funcionando adequadamente e equipados com os materiais necessários, como sabonete, papel higiênico e toalhas de uso individual ou descartáveis. O espaço externo precisa passar por limpezas regulares, evitando o acúmulo de sujeira e prevenindo possíveis contaminações por microrganismos nocivos (Brasil, 2009c).

³ Ministério da Educação, com apoio do Ministério da Saúde, do Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania, do Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome e do Ministério da Gestão e da Inovação em Serviços Públicos.

A prevenção de doenças é um compromisso essencial dentro da instituição, exigindo ações constantes para reduzir os riscos de contágio entre as crianças. Além das práticas de higiene, os esforços devem ser direcionados a melhorar as condições de saneamento básico na vizinhança da unidade de ensino, garantindo que o entorno seja um ambiente seguro para as crianças. A saúde infantil deve ser monitorada de perto, incluindo o acompanhamento do calendário vacinal, para assegurar que todas recebam as imunizações recomendadas na idade adequada. O crescimento e o desenvolvimento físico também precisam ser acompanhados regularmente, permitindo a detecção precoce de possíveis alterações que possam comprometer a saúde da criança. Caso alguma delas apresente sinais de adoecimento, sua família deve ser imediatamente comunicada, para que sejam tomadas as providências adequadas. Nos casos de doenças contagiosas, é fundamental que os responsáveis recebam orientações específicas sobre a necessidade de afastamento temporário da creche, evitando a disseminação entre os demais colegas. Quando necessário, a instituição deve buscar apoio dos serviços básicos de saúde para esclarecimentos sobre a prevenção de doenças que possam estar circulando no bairro e, em situações que demandem um olhar especializado, encaminhar as crianças para atendimento médico ou orientar as famílias a procurarem o suporte adequado (Brasil, 2009c).

Os cuidados com a higiene e a saúde não devem limitar a liberdade e o prazer das crianças durante as brincadeiras. Pelo contrário, é necessário garantir que elas tenham oportunidades de explorar o ambiente e interagir com os colegas, sem que isso represente riscos para o seu bem-estar. Para reforçar esses hábitos saudáveis, os adultos devem atuar como exemplos, mantendo sua própria higiene pessoal e aparência bem cuidada, demonstrando às crianças a importância desses hábitos na vida cotidiana (Brasil, 2009c).

Outro aspecto essencial para o desenvolvimento saudável das crianças é a alimentação, que deve ser planejada com atenção e carinho. A unidade de educação infantil deve garantir refeições equilibradas e nutritivas, respeitando as necessidades específicas de cada faixa etária, atendendo às demandas nutrológicas do indivíduo. A preparação dos alimentos deve ser feita com higiene e qualidade, assegurando que os pratos sejam atrativos e saborosos, o que estimula a aceitação por parte das crianças. Além disso, o horário das refeições deve ser mantido em um ambiente tranquilo e agradável, permitindo que todas se alimentem com conforto e segurança.

O incentivo à autonomia alimentar é um dos princípios a serem seguidos, encorajando as crianças maiores a comerem sozinhas e a participarem de pequenas tarefas relacionadas à organização do espaço, como arrumar as mesas e guardar os utensílios após a refeição. A hidratação também deve ser garantida, mantendo água filtrada sempre acessível para que as crianças possam beber sempre que sentirem sede (Brasil, 2009c).

A alimentação oferecida deve ser variada e diversificada, incluindo uma ampla gama de nutrientes para garantir um crescimento saudável. É importante respeitar as preferências individuais, os ritmos e os hábitos alimentares de cada criança, mas, ao mesmo tempo, estimular a experimentação de novos sabores e texturas, promovendo uma educação alimentar positiva. Para isso, sempre que possível, atividades relacionadas ao preparo dos alimentos podem ser realizadas, permitindo que as crianças participem de tarefas simples na cozinha, como lavar vegetais ou ajudar a misturar ingredientes, tornando o processo mais envolvente e educativo. O contato com a produção de alimentos também é incentivado por meio da manutenção de pequenas hortas dentro da instituição, onde as crianças podem aprender a plantar, regar e cuidar das verduras, criando uma conexão maior com os alimentos que consomem (Brasil, 2009c).

Nos primeiros anos de vida, o momento da mamadeira é essencial para o vínculo afetivo e para a nutrição dos bebês. Por isso, ao serem alimentados, devem ser segurados no colo com carinho e atenção, proporcionando-lhes um ambiente acolhedor. À medida que crescem, devem ser incentivados a fazer a transição para a colher e o copo de maneira gradual e respeitosa, garantindo que esse processo ocorra de forma natural e tranquila (Brasil, 2009c).

A segurança alimentar também deve ser uma prioridade na unidade de ensino, o que exige que a cozinha e a despensa sejam mantidas sempre limpas, organizadas e bem arejadas, reduzindo os riscos de contaminação dos alimentos. Sempre que possível, a inclusão de alimentos frescos e naturais deve ser priorizada, minimizando o uso de produtos ultraprocessados e industrializados (Brasil, 2009c).

Por fim, o diálogo com as famílias deve ser contínuo, permitindo que os responsáveis sejam informados sobre a alimentação oferecida às crianças e que possam contribuir com sugestões, garantindo que as práticas adotadas na unidade de educação infantil estejam alinhadas às necessidades e expectativas das famílias.

Dessa forma, ao integrar cuidados com higiene, saúde e nutrição, a creche não apenas cumpre seu papel de garantir um ambiente seguro e estimulante, mas também promove o desenvolvimento integral das crianças, assegurando que cresçam saudáveis, bem alimentadas e preparadas para construir hábitos positivos ao longo da vida (Brasil, 2009c).

5 DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA EMPÍRICA

Este estudo consistiu em uma pesquisa na área da educação em saúde, envolvendo abordagens quantitativas e qualitativas, com o intuito de investigar os efeitos de uma intervenção educacional em creches, buscando tanto compreender os aspectos quantitativos dos resultados obtidos quanto explorar as percepções e experiências dos participantes por meio de métodos qualitativos. Para a realização do estudo, foram realizadas, inicialmente, levantamento bibliográfico e documental e, posteriormente uma pesquisa-intervenção.

Os critérios de inclusão para participação na pesquisa foram: a) serem pais ou responsáveis, maiores de idade, de crianças matriculadas em creches públicas no município de Salto de Pirapora/SP; b) serem funcionários responsáveis pelo acompanhamento de crianças matriculadas em creches públicas no município de Salto de Pirapora/SP, podendo ser professor, auxiliar de ensino ou supervisor de ensino. Quanto aos critérios de exclusão, foram descartados os pais ou responsáveis que possuísem formação superior em áreas relacionadas à saúde.

O cenário escolhido foi o município de Salto de Pirapora/SP, localizado a 121 km da capital paulista. É um município do estado de São Paulo que integra a Região Metropolitana de Sorocaba, a Mesorregião Macrometropolitana Paulista e a Microrregião de Sorocaba. Em 2022, contava com 43.748 habitantes e uma densidade demográfica de 156,01 pessoas por km². Em 2023, sua área total era de 280,412 km², classificando-se como o 324º maior município do estado e o 3576º do Brasil em extensão territorial (Salto de Pirapora, 2025). O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) de 2010 foi considerado alto, pontuando 0,729 (Brasil, 2025e).

Em termos educacionais, a taxa de escolarização de crianças de 6 a 14 anos era de 98,6% em 2010, posicionando a cidade em 178º lugar no estado e em 1139º no país. No Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB) de 2023, os anos iniciais do ensino fundamental na rede pública registraram nota 6,1, enquanto os anos finais alcançaram 5,3, ocupando as posições 467 e 268 no estado, respectivamente, e 2111 e 1143 no Brasil (Brasil, 2025e).

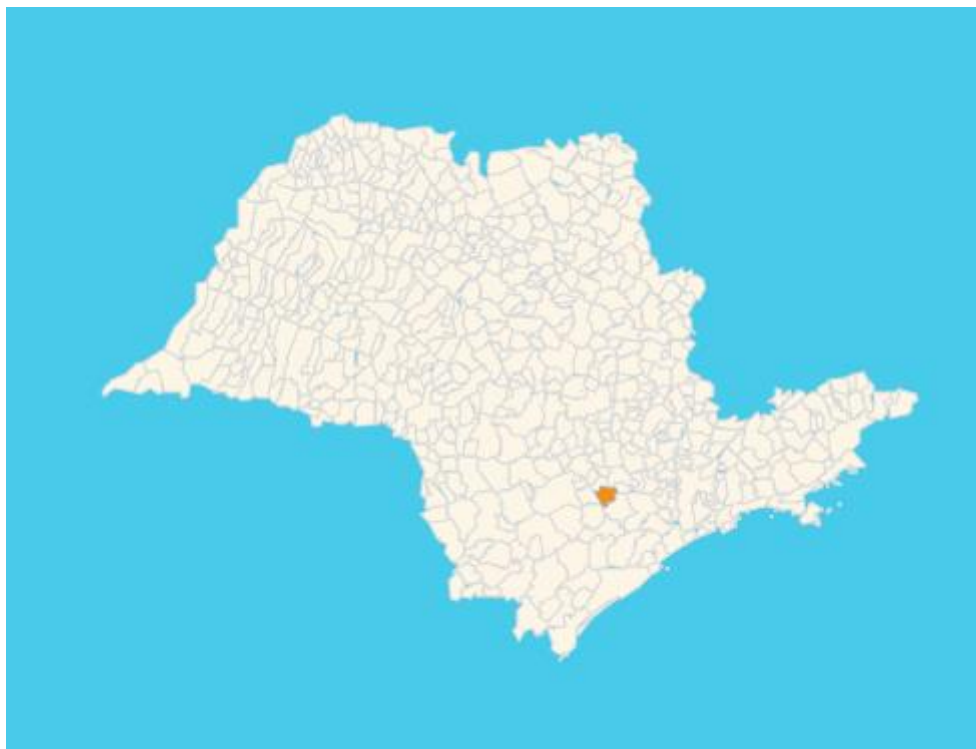
O salário médio mensal dos trabalhadores formais em 2022 era de 2,7 salários mínimos, o que coloca Salto de Pirapora na 95ª posição no estado e na 311ª no país.

O Produto Interno Bruto (PIB) per capita de 2021 foi de R\$ 47.995,61, classificando o município em 156º lugar no estado e em 1030º no país. Em 2023, 74,29% das receitas do município provinham de fontes externas, o que o posicionou em 430º lugar entre os municípios paulistas e em 4360º lugar no Brasil. As receitas realizadas no mesmo ano totalizaram R\$ 255,3 milhões, enquanto as despesas empenhadas foram de R\$ 252,5 milhões, Brasil, 2025e).

A economia local baseia-se amplamente na extração e na industrialização do calcário, que responde por cerca de 70% da renda municipal. Além disso, indústrias químicas, embalagens, cerâmica, frigoríficos e produção de rações desempenham um papel significativo, com destaque para a indústria química, que representa mais de 15% do Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços (ICMS) local. O comércio e os serviços também são setores importantes que empregam grande parte da população. Na agropecuária, destacam-se a criação de gado, suínos e aves, bem como o reflorestamento. Na agricultura, o cultivo de milho, feijão e hortaliças, como cenoura, alface e beterraba, ganha espaço, com destaque crescente para a produção de uvas destinadas ao consumo in natura (Salto de Pirapora, 2025).

A taxa de mortalidade infantil é de 22,73 por mil nascidos vivos, o que a coloca no 81º lugar no estado e no 895º no país. Quanto à infraestrutura, 82% dos domicílios possuem esgotamento sanitário adequado, 71,3% das vias urbanas contam com arborização, e 19,6% têm urbanização completa, incluindo bueiros, calçadas, pavimentação e meio-fio (Brasil, 2025e).

Figura 1. Localização geográfica do município de Salto de Pirapora/SP



Fonte: Brasil (2025b).

Ao todo, o município conta com 11 unidades de creche. Para essa pesquisa, foram escolhidas duas unidades, uma localizada em região mais central, que será identificada como creche A (Figura 2) e a outra em região mais periférica e vulnerável, que será identificada como creche B (Figura 3). A interlocução do pesquisador com as creches ocorreu por meio da Secretaria da Educação do município de Salto de Pirapora/SP. Sendo as escolhas das unidades feitas pela representante do departamento de educação infantil, com base nos preceitos estabelecidos na metodologia.

Figura 2. Creche A

Fonte: Foto do autor.

Figura 3. Creche B

Fonte: Foto do autor.

A creche A, em 2024, possuía aproximadamente 86 alunos, sendo 16 no Berçário 1, 20 no Berçário 2, 25 no Maternal 1 e 25 no Maternal 2. A Creche B recebeu

aproximadamente 83 alunos: 15 no Berçário 1, 18 no Berçário 2, 25 no Maternal 1 e 25 no Maternal 2. Cada sala é conduzida por um educador formado em Pedagogia, que tem a sala atribuída ao final de cada ano, acompanhado por um auxiliar de sala. Nos berçários, as creches dispõem de 3 auxiliares. A rede municipal conta com auxiliares para crianças com Transtorno do Espectro Autista (TEA) e com comorbidades, conforme a necessidade.

5.1 Primeira Etapa

Para promover maior adesão dos grupos que participaram da pesquisa, optou-se por realizar a atividade de formação no dia da reunião entre educadores e familiares. Porém, funcionários ligados à educação do município mencionaram que a adesão dos pais ao encontro com os educadores era baixa, o que possivelmente implicaria um número menor de participantes. Dessa forma, os dias escolhidos para a execução da atividade foram modificados, respeitando o período que transcorresse antes do inverno, época em que aumentam as infecções respiratórias. Dessa forma, esperava que a população incorporasse novas práticas de cuidados com a saúde, o que resultaria em um melhor aproveitamento das informações.

A divulgação das atividades educativas planejadas nas creches foi realizada de forma antecipada e organizada, visando garantir o envolvimento e a participação das famílias. O processo começou com a fixação de um anúncio no portão das unidades de educação infantil, feito com duas semanas de antecedência em relação à atividade, para informar sobre o evento e incentivar os pais e responsáveis a se engajar.

Cinco dias antes da realização das atividades, o questionário prévio ao evento e o termo de consentimento explicativo foram incluídos na agenda de cada criança. (APÊNDICE A). O questionário apresentava dois modelos: um para os responsáveis pela criança (APÊNDICE B) e outro para os educadores (APÊNDICE C). As perguntas presentes em ambos os questionários eram semelhantes. Elas indagavam os participantes sobre suas dúvidas em relação à criança enferma e sobre como abordariam cada uma das situações apresentadas. O texto do termo detalhava a natureza da atividade, os objetivos educacionais e a importância da colaboração dos pais no preenchimento do questionário. A medida foi concebida para garantir que as famílias tivessem clareza sobre o conteúdo das ações e pudessem se organizar para

participar efetivamente. Além dessas estratégias, os educadores de cada unidade de ensino também divulgaram a atividade ao receberem as crianças no portão do estabelecimento.

Além disso, dois dias antes da atividade, os educadores reforçaram o convite por meio de um lembrete, também fixado na agenda das crianças. Esse lembrete teve como objetivo lembrar os pais da proximidade da data e garantir que ninguém se esquecesse da atividade, mesmo diante da rotina acelerada de muitas famílias. Neste período, muitos pais já haviam preenchido os questionários e devolveram a escola, o que acabou facilitando a pré-análise das maiores angústias por parte dos pais ou responsáveis e cuidadores.

Com esses esforços de comunicação, a unidade de educação infantil buscou maximizar a adesão dos participantes da pesquisa, garantindo que tivessem múltiplas oportunidades de serem informados e de se prepararem para participar das atividades, ressaltando o papel fundamental que a família desempenha no processo educativo. A estratégia de enviar os questionários nas agendas permitiu maior adesão, visto que os pais tiveram a oportunidade de preenchê-los e devolvê-los em um momento mais apropriado e conveniente a eles. Dessa forma, foram preenchidos, pelos responsáveis, 23 questionários na creche A e 27 na creche B, e, pelos educadores, 5 na creche A e 13 na creche B. O primeiro encontro, em ambas as creches, foi realizado no dia 10 de abril de 2024. Na creche A estiveram presentes 10 responsáveis e 5 educadoras. Na creche B compareceram 16 responsáveis e 13 educadoras. A atividade educativa transcorreu em grupo, com o pesquisador munido de informações já obtidas pelos questionários, para articular melhor as discussões, atentando às necessidades do grupo.

Durante a dinâmica, o pesquisador indagava aos participantes sobre suas percepções e condutas diante de cada uma das doenças. Para Freire (1968) comunicação é encontro entre sujeitos, mediado pelo diálogo, pela escuta e pela problematização das experiências concretas. O conhecimento não se dá apenas pela transmissão de técnicas; é construir conhecimento com o outro. Isso implica reconhecer que todo ser humano é produtor de saber, que a educação não é individual e que o conhecimento nasce do diálogo crítico sobre a realidade. Um ponto importante é que Freire não descarta a importância do conhecimento técnico. O problema não é o conteúdo, e sim o modo como ele é produzido e compartilhado. O conhecimento

científico pode e deve dialogar com saberes populares, mas sem autoritarismo. A aposta é numa prática comunicativa que permita ao indivíduo compreender, questionar, adaptar e decidir por conta própria.

Utilizando a metodologia da dialogicidade, os participantes do grupo, em conjunto, tentaram estabelecer qual seria a melhor estratégia para cada uma das enfermidades relatadas no questionário. Dessa forma, o grupo, composto por educadores e responsáveis, passou a receber a mesma instrução. Nos casos em que o grupo chegou a uma conclusão equivocada, coube ao pesquisador comunicar a conduta correta.

Figura 4. Encontro com pais e educadores na creche A



Fonte: Acervo da Prefeitura de Salto de Pirapora.

A educação permanente e a capacitação de profissionais da educação são objetivos do Programa Saúde na Escola. O projeto abordou essa temática ao incorporar, ao longo de seu trajeto metodológico, os educadores de ambas as unidades de educação infantil. Na Creche A, todas as educadoras que participaram da pesquisa possuem graduação em Pedagogia e quatro delas ainda têm pós-

graduação, o que reflete um corpo docente bastante qualificado. Em contraste, na Creche B, metade do corpo de educadoras é composta por pedagogas e, dentre elas, apenas metade possui pós-graduação. A outra metade é composta por auxiliares em educação, cuja formação se limita ao ensino médio completo.

Durante a atividade educativa realizada na Creche B, foi possível incluir as auxiliares de educação no processo, o que enriqueceu a experiência de aprendizado. Esse envolvimento proporcionou a elas a oportunidade de participar mais ativamente das discussões e de adquirir novos conhecimentos. A inclusão dessas profissionais tornou a atividade mais rica, ampliando o alcance da formação e oferecendo mais oportunidades de desenvolvimento.

Figura 5. Encontro com pais e educadores na creche B



Fonte: Acervo da Prefeitura de Salto de Pirapora.

A Creche B contou com maior participação de educadores em comparação à Creche A devido à autonomia concedida à instituição para definir os profissionais de educação que participariam da atividade educativa. Essa escolha foi realizada sem

intervenção direta do pesquisador, permitindo à unidade de ensino selecionar os educadores com base em critérios internos ou na disponibilidade dos membros das equipes. Esse fator evidencia a importância de flexibilizar a organização para garantir maior engajamento nas atividades propostas. No entanto, na Creche A, as auxiliares de educação não tiveram a mesma oportunidade de participar da atividade educativa. Isso pode ter limitado o impacto dessa formação em termos de abrangência e integração das equipes, o que destaca a importância de envolver todos os profissionais, independentemente de seu nível de formação.

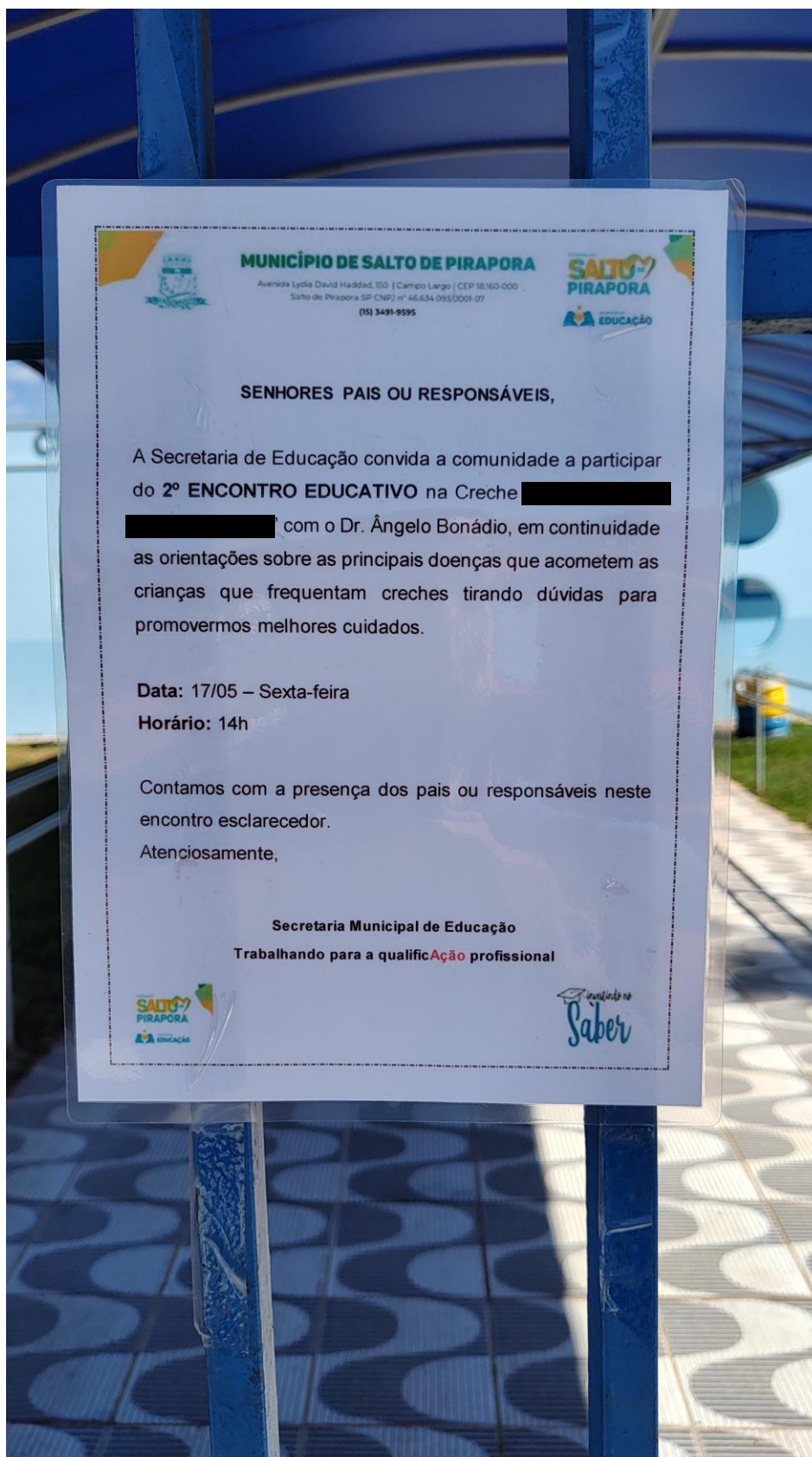
5.2 Segunda Etapa

A segunda etapa transcorreu aproximadamente um mês após a primeira etapa da atividade, quando as informações discutidas naquela atividade ainda eram recentes. Esse intervalo de tempo permitiu que os participantes aplicassem os conhecimentos adquiridos no dia a dia, experimentando mudanças no manejo de situações relacionadas à saúde infantil. Além disso, o período possibilitou que surgissem dúvidas e práticas, tornando a segunda etapa uma oportunidade de esclarecimentos mais direcionados às dificuldades. Esse intervalo previa maior assimilação do conteúdo, aumentando a probabilidade de que a discussão tenha um impacto mais duradouro na rotina.

Seguindo o modelo da primeira etapa, previamente ao encontro com os participantes, distribuíram-se dois questionários: um direcionado aos pais (APÊNDICE D) e outro aos educadores (APÊNDICE E). Contudo, diferentemente da fase anterior, os grupos foram separados para a segunda etapa. Foram realizadas reuniões com os educadores e os pais em momentos distintos. A intenção dessa mudança metodológica era dar, de forma privada, aos participantes de um grupo a oportunidade de expressar como a atividade impactou a forma como eles e o outro grupo encaravam uma criança doente. Também se questionou se os indivíduos se sentiam mais capacitados para lidar com a criança enferma.

A divulgação da segunda etapa do projeto foi semelhante à da primeira fase. Com fixação do convite na porta da instituição de ensino, comunicado via agenda e reforço da atividade dos educadores com os pais na recepção dos alunos na unidade, conforme figura a seguir.

Figura 6. Divulgação do 2º Encontro Educativo



Fonte: Foto do autor.

Dessa forma, a segunda etapa da atividade educativa na creche A com os pais ocorreu no dia 10 de maio de 2024, exatamente um mês após o primeiro evento. Devido à impossibilidade de agendamento para a mesma data, a atividade com os pais na creche B ocorreu no dia 17 de maio de 2024. A atividade com os educadores ocorreu no dia 13 de maio de 2024, em ambas as unidades de educação infantil.

Esperava-se que a adesão dos responsáveis fosse elevada em ambas as etapas e que grande parte dos participantes na fase inicial estivesse presente na segunda etapa. Porém, observou-se um número reduzido de participantes que já haviam participado do primeiro encontro. A maior parte do público de responsáveis se renovou. Dessa forma, a atividade passou a contar com pais que ansiavam pelas mesmas discussões feitas na primeira etapa. Assim, a metodologia passou por adaptação.

Para essa nova fase, a roda de conversa foi adotada. Esta é uma estratégia pedagógica que promove a troca de experiências, opiniões e reflexões em um ambiente democrático e acolhedor. Na educação, essa abordagem se destaca por incentivar o diálogo e a construção coletiva do conhecimento, proporcionando aos participantes a oportunidade de expressar suas ideias e de ouvir diferentes perspectivas. Essa dinâmica fortalece a participação ativa e a autonomia dos envolvidos, contribuindo para um aprendizado mais significativo e contextualizado (Mello, 2019).

Uma das principais vantagens da roda de conversa é sua capacidade de criar um espaço de escuta e interação, favorecendo a inclusão e o respeito à diversidade de opiniões. Essa estratégia pode ser usada para abordar temas de forma colaborativa e empática. Além disso, promove habilidades sociais, como a comunicação assertiva, a empatia e o pensamento crítico, essenciais ao desenvolvimento integral dos participantes. A roda de conversa não apenas transmite conhecimentos, mas também constrói vínculos, dessa forma, sua aplicação contínua contribui para a transformação do aprendizado em uma experiência mais interativa e inclusiva.

Para os pais que estavam presentes nos dois encontros não terem a repetição do conteúdo, foi optado por uma roda de conversa na qual os pais, e outros responsáveis, iriam fazer os questionamentos sobre problemas de saúde pelos quais as crianças haviam passado, o que gerou uma discussão bastante produtiva com

diversas indagações e comentários por parte dos membros do grupo. A cada nova enfermidade, o pesquisador encontrava formas de ampliar a discussão, sem se limitar a uma resposta simples ao questionamento. Apesar do foco inicial serem problemas de saúde, o assunto se desviou para práticas alimentares e dúvidas a respeito de nutrologia pediátrica. Essa ampliação do escopo da discussão mostrou-se de grande valor para os pais, visto que problemas de nutrição infantil são frequentes.

6 RESULTADOS

Ao adentrarmos na pesquisa empírica, considerando as atividades realizadas nas creches selecionadas, apresentamos, na sequência, as perguntas e as respostas dos dois grupos estudados, a saber: i) pais ou responsáveis; e ii) educadoras e auxiliares em educação, antes da atividade educativa.

As análises quantitativas e qualitativas proporcionaram uma compreensão mais abrangente dos efeitos da intervenção educativa em saúde. A abordagem qualitativa permitiu explorar, de forma mais aprofundada, as percepções, experiências e significados atribuídos pelos participantes à intervenção em saúde, por meio de entrevistas e observações. As respostas espontâneas foram reunidas por semelhança.

Ao se indagar sobre em que situações ficariam preocupado(a)s caso a criança por quem vocês são responsáveis ficasse doente, a tabela a seguir apresenta os resultados:

Tabela 1. Doenças que pais e educadores apresentam dúvidas

Condições adversas de saúde*	Pais		Pais		Educadores		Educadores	
	Creche A	Creche B	Creche A	Creche B	Creche A	Creche B	Creche A	Creche B
Febre	8	78%	11	41%	5	100%	9	69%
Perda de apetite	2	9%	2	7%	3	60%	2	15%
Cansaço	3	13%	1	4%	0	0%	3	23%
Tosse	8	35%	0	0%	0	0%	0	0%
Falta de ar	8	35%	1	4%	0	0%	5	38%
Vômito	4	17%	3	11%	4	80%	4	31%
Diarreia	2	9%	2	7%	3	60%	4	31%
Desidratação	1	4%	0	0%	0	0%	0	0%
Dor	4	17%	3	11%	0	0%	2	15%
Manchas na pele	3	13%	3	11%	0	0%	0	0%
Choro excessivo	4	17%	0	0%	0	0%	1	8%
Ferimento profundo	1	4%	2	7%	0	0%	1	8%
Sonolência	1	4%	0	0%	0	0%	0	0%
Alteração comportamento	1	4%	0	0%	0	0%	2	15%
Dificuldade para dormir	1	4%	0	0%	0	0%	0	0%
Queda	0	0	2	7%	0	0%	1	8%
Traumatismo Crânio Encefálico (TCE)	0	0	1	4%	0	0%	0	0%

(continua)

Condições adversas de saúde*	Pais		Pais		Educadores		Educadores	
	Creche A		Creche B		Creche A		Creche B	
Dor de ouvido	0	0%	1	4%	0	0%	0	0%
Sem melhora pós medicação	0	0%	1	4%	0	0%	0	0%
Fratura	0	0%	1	4%	0	0%	0	0%
Picada de inseto	0	0%	1	4%	0	0%	0	0%
Desmaio	0	0%	0	0%	0	0%	1	8%
Convulsão	0	0%	0	0%	0	0%	2	15%

Fonte: elaborada pelo pesquisador. * Respostas espontâneas reunidas por semelhança.

Ao analisar as situações que causariam preocupação em pais e educadores caso a criança sob sua responsabilidade ficasse doente, observa-se semelhança nas prioridades e preocupações entre os pais e educadores de ambos os estabelecimentos de educação infantil.

Para os pais ou responsáveis, a febre é, de longe, a condição que mais gera preocupação (58%), especialmente para os pais da Creche A, que a listam como a principal causa de alarme (78%). Essa preocupação com a febre pode refletir uma percepção comum de que ela é um sintoma significativo que pode indicar uma condição de saúde mais grave, como preconiza Pestana (2003). Motivos históricos e culturais, e a falta de informação sobre o significado real da febre, estão na origem do que pode gerar grande ansiedade entre os familiares, provavelmente decorrente da antiga distorção do seu valor como sintoma (Pestana, 2023). Os pais ou responsáveis da Creche B também manifestam preocupação com a febre (41%), porém com menor intensidade. Além da febre, mais de um terço dos pais da Creche A também se preocupam com tosse e falta de ar, seguidos por dor, vômito e choro excessivo, enquanto os pais e responsáveis da Creche B se concentram mais em problemas como manchas na pele, vômito e dor.

Os pais da Creche B mostram maior preocupação com sintomas que envolvem o comportamento e o estado geral da criança, como alterações do comportamento, dificuldade para dormir e sonolência, que não são tão mencionados pelos pais da Creche A. Isso pode indicar maior sensibilidade a sinais que afetam o bem-estar geral da criança, e não apenas sintomas físicos específicos.

Entre os educadores, a febre (77%) continua sendo uma preocupação predominante, mas, para eles, é seguida de perto por sintomas como vômito e

diarreia, especialmente entre os da Creche B. A falta de ar é mencionada como uma preocupação significativa, o que reflete uma alta sensibilidade a problemas respiratórios graves.

Os educadores da Creche B também expressam preocupação com condições menos comuns, como desmaio e convulsão, que são relatadas apenas ocasionalmente pelos pais ou responsáveis e, menos frequentemente, pelos educadores da Creche A. Essas preocupações adicionais podem sugerir que os educadores da Creche B têm uma percepção mais ampla sobre possíveis emergências de saúde e estão mais atentos a sinais de problemas graves que podem exigir intervenção imediata.

Dessa forma, a febre é a principal causa de preocupação para ambos os grupos, mas as prioridades adicionais diferem. Pais da Creche A se preocupam mais com sintomas físicos, como tosse e dor, enquanto os pais da Creche B mostram preocupação mais abrangente com sintomas que afetam o comportamento e o bem-estar geral da criança. Educadores, por sua vez, compartilham a preocupação com a febre, mas também destacam sintomas graves, como dispneia e convulsões, com uma percepção mais voltada a possíveis emergências. Essas diferenças refletem como a experiência e as expectativas de cada grupo moldam suas preocupações com a saúde das crianças.

No que se refere à questão “Como vocês agiriam quando a criança sob sua responsabilidade está doente?”, os dois grupos se manifestaram da seguinte maneira:

Tabela 2. Como pais e educadores agem quando criança sob sua responsabilidade está doente

Atitudes diante da criança doente*	Pais		Pais		Educadores		Educadores	
	Creche A	Creche B	Creche A	Creche B	Creche A	Creche B	Creche A	Creche B
Inalação	1	4%	0	0%	0	0%	0	0%
Antitérmico	2	9%	1	4%	0	0%	0	0%
Banho	2	9%	1	4%	0	0%	0	0%
Atendimento médico	19	83%	19	70%	3	60%	2	15%
Observação	4	17%	1	4%	1	20%	0	0%
Falaria com educadoras	0	0%	1	4%	0	0%	0	0%

Fonte: elaborada pelo pesquisador. * Respostas espontâneas reunidas por semelhança.

Os dados obtidos mostram como pais, responsáveis e educadores lidariam com situações em que as crianças estão doentes, revelando padrões interessantes entre os dois grupos e nas duas unidades de educação infantil.

Entre os pais ou responsáveis da Creche A, a resposta mais comum foi buscar atendimento médico (83%). A maioria dos pais e responsáveis levaria a criança para avaliação médica em casos de doença, o que revela uma confiança clara na intervenção médica. Além disso, alguns pais ou responsáveis indicaram que optariam por observar a criança antes de buscar atendimento, uma abordagem mais cautelosa, enquanto apenas um pequeno número de pais e responsáveis mencionou o uso de remédios ou práticas caseiras, como antitérmicos ou banho, o que sugere que tais medidas não são amplamente utilizadas pelos pais desta unidade. Nenhum dos pais ou responsáveis da Creche A mencionou a prática de inalação, o que sugere que essa técnica não é comum no tratamento adotado.

Já na Creche B, o padrão de resposta foi similar, com os pais e responsáveis também optando por buscar atendimento médico em caso de doença (70%). Também, houve menor variedade de respostas em relação às práticas caseiras. Um número pequeno de pais ou responsáveis mencionou o uso de antitérmicos, banho e inalação, além de um único pai ou responsável que afirmou que conversaria com as educadoras sobre a situação.

Entre os educadores, as respostas variaram entre as duas unidades de educação infantil. Na Creche A, a maioria das educadoras também indicou que orientaria a condução da criança ao médico, demonstrando uma postura de preocupação e de ação semelhante à dos pais ou responsáveis. Além disso, alguns educadores disseram que avisariam os familiares da condição da criança, sugerindo conduzir a criança ao atendimento médico, e apenas um mencionou que observaria a criança antes de tomar uma atitude, sugerindo que a maioria priorizaria comunicar os pais ou responsáveis ou procurar ajuda médica rapidamente. Na Creche B, a maioria dos educadores (77%) disse que avisaria os familiares, o que evidencia uma forte ênfase na comunicação com os pais. Apenas uma minoria mencionou que orientaria a família a buscar atendimento médico, o que pode indicar que, nesse estabelecimento, os educadores preferem informar os pais ou responsáveis e deixar sob sua responsabilidade a condução ao serviço de saúde.

A família, embora tenha grande potencial para proteger seus membros do estresse causado pela doença, também é uma das instituições mais vulneráveis a esse mesmo estresse, podendo sofrer sobrecarga e alterações em suas funções. Paradoxalmente, além de proteger, a família pode intensificar o estresse ou até causar danos à saúde de seus integrantes. Dessa forma, a escuta ativa e empática desempenha papel crucial na interação entre pais e profissionais, promovendo um reflexo profundo sobre as perspectivas e atitudes dos pais, conforme aponta Barros (2010). No contexto da saúde infantil, os professores desempenham um papel fundamental nessa dinâmica, pois suas observações e orientações podem influenciar significativamente a percepção dos pais sobre o bem-estar de seus filhos.

Por meio da inquirição reflexiva, questões elaboradas pelos professores e outros profissionais convidam os pais a questionarem suas certezas, dúvidas e incoerências, além de avaliarem criticamente as opiniões de terceiros, como outros pais, médicos e os próprios educadores (Barros, 2010). Esse processo de reflexão guiada permite que os pais confrontem suas ideias com diferentes perspectivas, levando-os a examinar não apenas seus comportamentos e rotinas, mas também os significados atribuídos a esses comportamentos e rotinas.

Os professores, ao contribuírem com informações novas ou ao promoverem debates com significações divergentes, tornam-se agentes-chave na facilitação dessa reflexão. Essa abordagem ajuda os pais a compreender o valor da saúde e o impacto das doenças na vida da criança na família. Além disso, ao confrontarem os pais com problemas ou perspectivas inéditas, os educadores ampliam o alcance do debate, conduzindo os pais a raciocínios inéditos (Barros, 2010).

Nesse contexto, a influência dos professores vai além do fornecimento de informações; ela se torna um catalisador de mudanças cognitivas e comportamentais efetivas, fortalecendo a relação entre a escola, a família e o cuidado com a saúde infantil.

Quando comparamos as respostas de pais ou responsáveis e educadores nas duas unidades de educação infantil, é possível notar que, de modo geral, os pais tendem a agir buscando atendimento médico, enquanto os educadores, especialmente na Creche B, optam por avisar os familiares em primeiro lugar. Isso sugere uma percepção entre os educadores de que a saúde das crianças é uma

responsabilidade que deve ser, primeiramente, assumida pelos responsáveis, com os educadores atuando mais como facilitadores do processo.

Essa diferença de postura entre pais e educadores também evidencia a forma como cada grupo compreende seu papel no cuidado compartilhado na infância. Enquanto os pais assumem uma atitude mais imediata e centrada na busca por atendimento médico, os educadores tendem a agir de forma mais mediadora, respeitando os limites de sua atuação profissional e as normas institucionais que regem o ambiente escolar. Essa distinção revela não apenas uma diferença de responsabilidades, mas também de percepções sobre o que significa cuidar — para os pais, o cuidado está associado à ação direta e à resolução rápida do problema, enquanto, para os educadores, ele se manifesta no acompanhamento, na observação e na comunicação eficaz com as famílias.

Tanto os responsáveis quanto os educadores reconhecem a importância do acompanhamento médico, mas os primeiros tendem a adotar medidas mais diretas, enquanto os educadores preferem envolver os pais ou responsáveis na tomada de decisões sobre a saúde das crianças. Isso pode refletir tanto a responsabilidade percebida de cada grupo quanto as políticas institucionais de cada unidade de ensino.

Na questão referente a quais situações orientaria os pais ou responsáveis a levar a criança ao pronto-socorro, voltada aos educadores, ou quais situações levaria a criança ao pronto-socorro, voltada aos pais ou responsáveis, as respostas são compiladas na tabela a seguir:

Tabela 3. Condições de doença que os pais e educadores entendem serem pertinentes a avaliação em pronto-socorro/atendimento.

Condições de doença*	Pais		Pais		Educadores		Educadores	
	Creche A		Creche B		Creche A		Creche B	
Sem melhora após cuidados iniciais em casa	3	13%	1	4%	1	20%	0	0%
Procura atendimento médico em qualquer sintoma	1	4%	0	0%	0	0%	0	0%
Sem melhora pós medicação	0	0%	1	4%	0	0%	0	0%
Cansaço	1	4%	2	7%	1	20%	2	15%
Febre	14	61%	15	56%	5	100%	9	69%
Dor	7	30%	3	11%	0	0%	0	0%
Manchas na pele	2	9%	7	26%	0	0%	1	8%
Falta de ar	3	13%	0	0%	0	0%	6	46%
Choro excessivo	4	17%	0	0%	0	0%	1	8%
Tosse	3	13%	1	4%	0	0%	0	0%

(continua)

Condições de doença*	Pais		Pais		Educadores		Educadores	
	Creche A		Creche B		Creche A		Creche B	
Perda de apetite	2	9%	0	0%	1	20%	1	8%
Vômito	2	9%	3	11%	3	60%	4	31%
Diarreia	2	9%	2	7%	3	60%	3	23%
Alteração de consciência	2	9%	0	0%	0	0%	0	0%
Diminuição do volume de urina	1	4%	0	0%	0	0%	0	0%
Ferimento	2	9%	2	7%	0	0%	0	0%
Traumatismo Crânio Encefálico (TCE)	1	4%	2	7%	0	0%	1	8%
Convulsão	1	4%	4	15%	0	0%	1	8%
Queda	1	4%	3	11%	0	0%	0	0%
Dificuldade para dormir	1	4%	0	0%	0	0%	0	0%
Dor de garganta	0	0%	1	4%	0	0%	0	0%
Casos de Emergência	0	0%	1	4%	0	0%	0	0%
Picada de inseto	0	0%	1	4%	0	0%	0	0%
Engasgo	0	0%	1	4%	1	20%	0	0%
Obstrução nasal	0	0%	1	4%	1	20%	0	0%

Fonte: elaborada pelo pesquisador. * Compiladas a partir das respostas espontâneas

Analisando os dados sobre em quais situações os responsáveis e educadores das creches A e B orientariam ou levariam uma criança ao pronto-socorro, é possível observar diferenças nas respostas entre os dois grupos e as duas unidades de educação infantil.

Entre pais ou responsáveis da Creche A e da Creche B, a febre é a principal razão citada para procurar atendimento médico urgente (58%). Este dado sugere uma preocupação relevante com a febre, o que pode refletir uma percepção comum quanto à gravidade desse sintoma em crianças. No entanto, vale destacar que a frequência de menção à febre não difere muito entre as duas creches, sendo mais frequente na Creche A do que na Creche B.

Outras condições frequentemente citadas pelos pais ou responsáveis incluem dor (20%) e manchas na pele (18%). A dor é mais mencionada pelos pais da Creche A do que pelos da Creche B, enquanto as manchas na pele são citadas com mais frequência pelos pais da Creche B. A preocupação com manchas pode indicar maior atenção a possíveis erupções cutâneas, que podem ser vistas como sinais de infecções ou de alergias.

A análise dos dados dos educadores revela que a febre também é o sintoma mais frequentemente citado como motivo para levar a criança ao pronto-socorro (78%), com uma preocupação um pouco menor do que a dos pais ou responsáveis. As outras preocupações mencionadas por um terço dos educadores foram vômito,

falta de ar e diarreia. Observa-se uma diferença notável na resposta dos educadores da Creche B em relação à falta de ar, que é citada com mais frequência do que pelos educadores da Creche A. Isso pode indicar maior preocupação com dificuldades respiratórias nesta unidade específica. Esse achado pode estar relacionado à proximidade da zona rural do município, região com maior circulação de pólen e maior suspensão de partículas de terra.

Os educadores, em comparação com os pais, apresentam menos variedade de respostas que envolvem sintomas. Enquanto os pais citaram 24 sintomas ou enfermidades, os educadores mencionaram 12. Isso pode refletir uma diferença na percepção da gravidade desses sintomas ou uma menor ênfase em sintomas que não são imediatamente associados a emergências médicas graves.

Essas diferenças nas respostas podem refletir variações nas percepções de gravidade e na experiência com condições médicas entre pais e educadores, bem como entre as duas unidades de educação infantil. É importante considerar essas variações ao planejar e implementar atividades educativas sobre saúde e segurança, para garantir que abordem as preocupações mais relevantes de cada grupo.

Tanto os pais ou responsáveis quanto os educadores foram indagados sobre como as informações sobre a área da saúde chegam a eles e como se informam sobre isso. As respostas foram organizadas na tabela que segue:

Tabela 4. Forma como pais ou responsáveis e educadores se informam sobre questões de saúde

Fonte de informações*	Pais		Pais		Educadores		Educadores	
	Creche A	Creche B	Creche A	Creche B	Creche A	Creche B	Creche A	Creche B
Unidade Básica de Saúde (UBS)	6	26%	6	22%	0	0%	2	15%
Agente de saúde	2	9%	8	30%	0	0%	1	8%
Escola	1	4%	1	4%	0	0%	0	0%
Hospital	1	4%	0	0%	0	0%	1	8%
Internet/Rede social	14	61%	15	56%	3	60%	9	69%
Televisão	5	22%	5	19%	1	20%	5	38%
Campanhas	1	4%	1	4%	1	20%	1	8%
Pediatra	5	22%	4	15%	1	20%	0	0%
Jornal	1	4%	0	0%	1	20%	3	23%
Panfletos	1	4%	0	0%	0	0%	0	0%
Comunidade	0	0%	2	7%	0	0%	0	0%
Enfermeiro	0	0%	0	0%	1	20%	0	0%
Palestras	0	0%	0	0%	0	0%	1	8%
Livros	0	0%	0	0%	0	0%	1	8%
Cursos	0	0%	0	0%	0	0%	1	8%

Fonte: elaborada pelo pesquisador. * Respostas espontâneas reunidas por semelhança.

Pelos resultados, pode-se notar uma clara predominância da internet e das redes sociais como principais fontes de informação sobre saúde, tanto para pais ou responsáveis quanto para educadores da Creche B e para pais e educadores da Creche A. Para pais, especialmente os da Creche A, a internet se destaca como a principal forma de busca por informações, refletindo a facilidade e a acessibilidade desse meio. Entre os educadores, a mesma tendência é observada, com ênfase ainda maior na Creche B, sugerindo que essa comunidade confia amplamente nos recursos *online* para obter atualizações sobre saúde.

A internet tem se consolidado como uma fonte robusta de informações em saúde para a população. O Brasil ocupa a quinta posição mundial na busca por orientações sobre saúde na internet, frequentemente utilizando essas informações para automedicação e autodiagnóstico (Oliveira *et al.*, 2013). Embora alguns usuários manifestem desconfiança em relação a determinados conteúdos, a maioria tende a confiar nas informações disponíveis *online*. Esse cenário, no entanto, é preocupante, considerando que muitas dessas informações são de baixa qualidade, imprecisas ou influenciadas por conflitos de interesse. O uso inadequado de conteúdos relacionados à saúde pode acarretar consequências graves para os indivíduos. Nesse contexto, a certificação de sites surge como uma estratégia relevante para aprimorar a qualidade das informações disponíveis e promover a saúde pública de forma mais segura e eficaz (Moretti *et al.*, 2012).

A qualidade das informações *online* tem sido uma preocupação desde a popularização da internet, o que levou à criação de entidades certificadoras, como a Fundação HON (*Health On the Net*). Fundada em 1995 na Suíça, a HON certifica páginas de saúde, conferindo-lhes caráter de referência à pesquisa. Pioneira na área, a HON avalia sites de saúde com base em um código de conduta que prioriza a credibilidade, permitindo que os sites aprovados exibam seu logotipo. Contudo, o número de páginas que têm essa certificação, ou semelhante a ela, é uma minoria (Oliveira *et al.*, 2013). Para muitos indivíduos, as mídias sociais representam a principal fonte de informação, tornando essencial que saibam utilizá-las de forma eficaz e crítica (Gasque, 2016).

A influência dos agentes de saúde é notável, especialmente para os pais ou responsáveis da Creche B, que mencionam essa fonte com maior frequência do que

os pais ou responsáveis da Creche A. Isso pode indicar um contato mais próximo ou uma valorização maior desse serviço na população mais carente, que tem os seus filhos matriculados na Creche B. No entanto, para os educadores, a presença dos agentes de saúde como fonte de informação é menor, evidenciando uma diferença na utilização dessa fonte entre os grupos.

A televisão também figura como uma fonte importante de informação, com uso consistente entre ambos os grupos. No entanto, os educadores da Creche B mostram maior dependência da televisão do que seus colegas da Creche A e os pais ou responsáveis da mesma unidade escolar. Ao somar os dados de ambas as unidades de educação infantil, foi possível notar que as campanhas de saúde têm uma presença semelhante entre os grupos, mas são mais valorizadas pelos educadores, o que pode refletir maior exposição a materiais educativos e informativos por parte dos educadores em relação aos pais.

A consulta ao pediatra é um aspecto importante para os pais, com uma diferença notável entre as unidades de ensino. Pais da Creche A tendem a consultar mais frequentemente um pediatra, enquanto na Creche B, essa prática é um pouco menos comum. Outras fontes de informação, como escolas, hospitais, jornais e panfletos, são mencionadas com menor frequência. Na Creche B, pais citam mais frequentemente a comunidade como fonte de informação. Na Creche A, jornal foi citado com pouca expressão.

Entre os educadores, a consulta ao pediatra é mencionada menos frequentemente, o que indica que eles podem não considerar essa fonte tão central quanto os pais. Provavelmente, como os educadores não são responsáveis diretos pela guarda da criança, não passam regularmente pelo pediatra. Entre os educadores da Creche B, há uma maior diversidade de fontes, incluindo livros, cursos e palestras, o que sugere uma busca mais abrangente e formal por conhecimento em saúde.

Essas diferenças nas fontes de informação refletem não apenas as preferências individuais, mas também variáveis comunitárias e recursos disponíveis. A predominância da internet e das redes sociais destaca a importância de garantir que as informações sobre saúde nesses meios sejam precisas e confiáveis, enquanto a diversidade de fontes entre educadores sugere um engajamento mais profundo com o tema.

A próxima questão era voltada apenas aos educadores e buscava verificar se receberam formação em educação em saúde durante a graduação. As respostas dos educadores foram compiladas na tabela a seguir:

Tabela 5. Formação em cuidados de saúde em disciplinas na graduação

	Educadores		Educadores	
	Creche A		Creche B	
Teve capacitação de cuidados de saúde	1	20%	2	15%
Não teve capacitação de cuidados de saúde	4	80%	11	85%

Fonte: elaborada pelo pesquisador.

A análise dos dados sobre a formação formal em cuidados de saúde infantil entre os educadores das creches A e B mostra uma diferença importante na capacitação prévia dos profissionais de ambas as instituições.

Na Creche A, uma minoria (20%) relatou ter recebido formação formal em cuidados de saúde infantis antes de ingressar na educação infantil. Esse dado pode indicar uma lacuna na formação voltada à saúde infantil, o que pode impactar a maneira como os educadores lidam com questões de saúde no ambiente escolar. Isso sugere a necessidade de programas de formação continuada que contribuam para aprimorar o preparo dos educadores, especialmente diante do contato diário com crianças pequenas e vulneráveis.

A formação adequada de educadores é essencial para promover o desenvolvimento integral das crianças nos primeiros anos de vida. No entanto, os cursos de formação de professores apresentam lacunas significativas em relação às disciplinas voltadas para a área da saúde (Maura; Serra, 2011). A atuação dos professores pode ser mais eficaz para crianças do que a dos profissionais de saúde, pois os professores tendem a adotar uma abordagem mais dialogada, enquanto os profissionais da saúde frequentemente utilizam métodos mais impositivos, sem enfatizar a saúde de forma positiva (Gioran, 2000).

Nos estabelecimentos de educação infantil, os cuidados com crianças de zero a cinco anos abrangem aspectos como higiene, alimentação, desenvolvimento, atividades lúdicas e saúde, independentemente da qualidade dos cuidados recebidos em casa ou por outros responsáveis. O cuidado é a essência da saúde, fundamental para a sobrevivência e o desenvolvimento humanos. Portanto, a formação do

educador para atuar com foco no cuidado exige uma prática reflexiva que integre educação, saúde, família e instituição (Maranhão, 2000b).

De acordo com a política do PSE, a formação continuada dos professores é essencial para promover a saúde no ambiente escolar, bem como a capacitação pedagógica dos profissionais de saúde que atuam diretamente com os alunos. Essa formação deve começar ainda na graduação e continuar ao longo da trajetória profissional, garantindo a integração interdisciplinar entre saúde e educação nas escolas. Além disso, é fundamental criar espaços de reflexão que favoreçam a implementação de práticas de educação em saúde (Schneider *et al.*, 2022).

A formação continuada prepara os professores para lidar com a demanda por abordar temas de saúde em sala de aula, ampliando suas estratégias de ensino. Para que as ações de cuidado em saúde se incorporem de forma efetiva aos hábitos das crianças, é necessário que sejam realizadas com frequência, promovendo uma continuidade que pode ser alcançada por meio do trabalho conjunto e interdisciplinar entre escolas e equipes de saúde. Essas ações fortalecem o vínculo entre os profissionais, apoiando a realização de práticas educativas em saúde e consolidando sua presença no cotidiano escolar (Schneider *et al.*, 2022).

A abordagem interdisciplinar é indispensável para a promoção da saúde, pois o conhecimento nessa área vai além do aspecto cognitivo. Envolve atitudes, competências e a capacidade de tomar iniciativas concretas, ou seja, saber agir com base no conhecimento adquirido (Giordan, 2000). Para renovar o ensino de atitudes e procedimentos relacionados à saúde e à higiene, não basta atualizar o conhecimento teórico dos professores. É necessário também transformar suas práticas didático-metodológicas, incorporando estratégias que se alinhem às demandas contemporâneas da educação em saúde (Zimmermann; Bertani, 2003).

Nesse contexto, a formação continuada na área da saúde tornou-se uma necessidade crescente entre os educadores da Educação Infantil. Essa temática exige atualização contínua, em razão do surgimento de novos conhecimentos e desafios diários, tornando a capacitação contínua uma prioridade para o fortalecimento do papel dos professores na promoção do bem-estar infantil.

Na Creche B, a situação é semelhante, mas em escala maior. Entre os 13 educadores, a minoria (15%) recebeu capacitação em cuidados de saúde infantil. A porcentagem de educadores sem capacitação formal em saúde infantil é ainda mais

elevada nesta unidade. Assim como no caso da Creche A, esses dados apontam para a necessidade de um reforço significativo em programas de treinamento e de educação continuada para esses profissionais, de modo a melhorar suas habilidades de resposta e de gestão de questões de saúde infantil.

Ambas as creches apresentam uma carência considerável de capacitação formal em cuidados de saúde infantis entre seus educadores. O fato da maioria dos educadores de ambas as instituições não possuir formação específica nessa área pode comprometer a capacidade de resposta adequada em situações de saúde emergenciais ou rotineiras. Para mitigar esse problema, seria importante implementar programas de formação continuada, que abordem a saúde infantil de maneira prática e educativa, capacitando os educadores a lidar com situações de saúde de forma mais segura e informada. Isso poderia contribuir para melhorar o bem-estar geral das crianças sob seus cuidados.

A próxima questão seria específica para os responsáveis pelas crianças, porém, os estabelecimentos de ensino enviaram o material que deveria ser destinado a este grupo aos educadores. Surgindo, dessa forma involuntária, mais material para análise. Essa questão perguntava: Você acredita que a creche deveria participar também no processo de orientação da saúde de seu(s) filho(s)? De que forma?

Tabela 6. Entendimento de pais e educadores sobre a necessidade de a creche participar do processo de educação em saúde

	Pais		Pais		Educadores		Educadores	
	Creche A	Creche B	Creche A	Creche B	Creche A	Creche B	Creche A	Creche B
A creche deve promover educação para a saúde?								
Sim	22	96%	20	74%	4	80%	2	15%
Não	0	0%	2	7%	1	20%	1	8%
De que forma a creche poderia abordar educação para a saúde?*								
Avisar quando está doente	8	35%	4	15%	1	20%	0	0%
Informar se precisa se afastar	2	9%	0	0%	0	0%	0	0%
Orientações	7	30%	7	26%	2	40%	3	23%
Palestras	5	22%	7	26%	3	60%	4	31%
Cartazes	1	4%	0	0%	0	0%	0	0%
Educação de higiene	2	9%	0	0%	0	0%	0	0%
Acompanhar calendário vacinal	1	4%	0	0%	0	0%	0	0%
Pediatra na unidade	1	4%	1	4%	0	0%	0	0%
Treinamento	0	0%	1	4%	0	0%	0	0%
Educadores treinados em pronto socorros	0	0%	2	7%	0	0%	0	0%
Cuidados com alimentação e hidratação	0	0%	1	4%	0	0%	0	0%
Psicólogos em sala	0	0%	1	4%	0	0%	0	0%
Orientações da UBS pela creche	0	0%	1	4%	0	0%	0	0%
Capacitando educadores	0	0%	0	0%	1	20%	0	0%

Fonte: elaborada pelo pesquisador. * Compiladas a partir das respostas espontâneas.

Analisando a percepção dos pais e educadores sobre o papel da creche no processo de orientação em saúde, é possível observar diferenças e semelhanças nas expectativas e sugestões quanto à participação da creche na saúde das crianças.

Entre os pais, a maioria acredita que a unidade de ensino deveria desempenhar um papel ativo na orientação em saúde de seus filhos. Essa opinião é amplamente compartilhada (80%), enquanto um pequeno grupo de pais não concorda com a participação da creche nesse processo (4%). Parte dos pais preferiu não se posicionar nessa questão. Para os pais da Creche A, a instituição deve estar envolvida na orientação em saúde (96%). Há uma preferência para que a creche avise quando a criança está doente em relação à Creche B.

Os pais de ambos os estabelecimentos de ensino gostariam que a instituição fornecesse orientações gerais e organizasse palestras sobre saúde. Esses pais valorizam a comunicação direta sobre o estado de saúde das crianças e a educação continuada oferecida pelo estabelecimento. Além disso, há sugestões para que a unidade de ensino possa acompanhar o calendário vacinal e oferecer cuidados com a alimentação e a hidratação. Sugerem, ainda, a presença de psicólogo na sala e o trabalho em conjunto com a unidade básica de saúde, embora essas sugestões sejam menos frequentes.

Os dados da pesquisa realizada nas creches revelam uma importante convergência entre as expectativas das famílias e as diretrizes das políticas públicas de promoção da saúde no ambiente escolar. Os dados mostram que 24% dos pais manifestaram o desejo de que a creche forneça orientações gerais e organize palestras sobre saúde, o que evidencia o reconhecimento do espaço escolar como um lugar legítimo de educação em saúde. Essa expectativa vai ao encontro das diretrizes da PNAE, que, desde a década de 2000, passou a incorporar a educação alimentar e nutricional como parte integrante do processo educativo, reconhecendo que a formação de hábitos saudáveis deve se iniciar na infância e pode ser fortalecida por meio de ações escolares contínuas e estruturadas.

A preocupação de parte dos pais com o acompanhamento do calendário vacinal também encontra respaldo no conteúdo relacionado ao PNI. O programa reforça o papel estratégico das escolas como espaços de articulação com o setor da saúde, destacando que campanhas de vacinação realizadas no ambiente escolar facilitam o acesso às vacinas, ampliam a cobertura vacinal e reforçam o compromisso

compartilhado entre família, escola e sistema de saúde pública. Essa sugestão, por parte dos responsáveis, embora minoritária, revela uma sensibilidade crescente para que a escola vá além do ensino formal, atuando como elo entre a comunidade e os serviços essenciais de saúde preventiva, especialmente em um cenário de queda das coberturas vacinais.

Além disso, as menções dos pais a cuidados com a alimentação e a hidratação refletem uma percepção cada vez mais presente da escola como agente promotora da segurança alimentar. O PNAE, ao estabelecer diretrizes para refeições balanceadas, respeitando as necessidades nutricionais dos estudantes e promovendo a aquisição de alimentos frescos da agricultura familiar, vem se consolidando como uma política que não apenas garante o direito à alimentação, mas também promove a saúde e o bem-estar. Muitos pais, especialmente em contextos de vulnerabilidade, reconhecem que a merenda escolar pode ser a refeição mais equilibrada do dia para a criança e, portanto, esperam que as instituições de ensino se envolvam ativamente nessa dimensão do cuidado.

As sugestões, ainda que menos frequentes, de presença de psicólogos nas salas e de parcerias mais efetivas com as unidades básicas de saúde apontam para a valorização de um cuidado integral à criança, que envolva não apenas aspectos físicos, mas também emocionais e sociais. Isso reforça a noção de que a promoção da saúde no ambiente escolar deve ser multidisciplinar, intersetorial e contínua, em diálogo com políticas públicas estruturadas, como o PNAE e o PNI. Portanto, a escuta dessas famílias e a integração de suas expectativas aos programas já existentes podem fortalecer ainda mais o papel da escola como espaço de proteção, cuidado e promoção da saúde na infância.

Os pais da Creche B compartilham a visão de que a creche deve estar envolvida na orientação em saúde (75%) de seus filhos(as), mas suas sugestões incluem uma gama mais ampla de atividades, como a realização de palestras, orientações sobre higiene e a disponibilização de educadores treinados para atendimento de urgência. Esse grupo também valoriza que a creche informe sobre a necessidade de afastamento das atividades quando necessário e que considere a presença de profissionais de saúde na unidade. Há uma ênfase notável na educação e na comunicação, o que pode refletir uma expectativa maior quanto ao papel da creche na promoção da saúde e do bem-estar das crianças.

Entre os educadores, há uma diferença clara de opinião em comparação com os pais ou responsáveis. A maioria dos educadores da Creche A (80%) acredita que a creche deve participar da orientação em saúde, enquanto, na Creche B, essa opinião é menos presente (15%). Nesta mesma creche, 77% dos educadores optaram por não se posicionar, enquanto uma minoria (8%) se posicionou de forma mais clara, contrária à participação da creche no processo educativo em saúde. Para os educadores da Creche A, as sugestões mais comuns incluem palestras sobre saúde e orientações gerais, com um pequeno número sugerindo a capacitação de educadores. Esses dados indicam que, para os educadores da Creche A, a creche deve oferecer informações e treinamento em saúde.

Na Creche B, há menos consenso quanto à necessidade de envolvimento da creche na orientação em saúde, e as sugestões são menos diversificadas. A ênfase está em orientações gerais e palestras, com menor necessidade percebida de ações mais específicas.

Em resumo, tanto pais ou responsáveis quanto educadores reconhecem a importância da participação da creche na orientação da saúde das crianças, mas há variações nas expectativas e nas formas de envolvimento sugeridas. Enquanto os pais ou responsáveis tendem a sugerir uma gama mais ampla de atividades e maior comunicação, os educadores destacam a importância de orientações e palestras. Essas diferenças refletem as diversas percepções sobre o papel da instituição e as expectativas específicas de cada grupo em relação à saúde e ao bem-estar das crianças.

Além dos questionários, realizou-se uma atividade educativa na Creche A e na Creche B. A atividade educativa, ou intervenção, foi realizada no intervalo entre a aplicação do questionário prévio e a do questionário pós-atividade. O questionário inicial teve o propósito de estabelecer uma base sólida para a elaboração da atividade educativa, uma vez que suas respostas permitiram compilar as principais dúvidas e preocupações dos participantes. Com esses dados, foi possível estruturar a intervenção de forma direcionada, abordando especificamente os temas mais relevantes e as lacunas de conhecimento identificadas.

A seguir, será realizada uma análise detalhada das falas de pais, responsáveis e educadores das creches envolvidas na pesquisa, com o intuito de explorar suas percepções, atitudes e comportamentos em relação à saúde infantil. A atividade

educativa com pais ou responsáveis e educadores revelou percepções importantes sobre o cuidado com a saúde das crianças, especialmente em relação a doenças comuns e ao ambiente de educação infantil. Ao longo da discussão, ficou claro que os pais têm uma série de preocupações, dúvidas e dificuldades, que foram expressas de maneira aberta e participativa.

O levantamento bibliográfico orientou quanto às doenças mais frequentes na faixa etária estudada e às que levam à abstenção escolar. Com base nessas informações, um material de apoio foi elaborado para orientar tanto os cuidadores quanto os educadores, em formato de cartilha, com a finalidade de registrar a melhor conduta em cada uma das enfermidades. Dessa forma, dando respaldo aos argumentos de ambos os grupos, visto que o acesso a esse material seria destinado a ambos. A menção às mesmas doenças no questionário prévio à atividade educativa reforçou a necessidade de discutir alguns temas já estabelecidos. Em ambas as unidades de ensino, a atividade durou mais de uma hora. Na Creche A, a atividade durou cerca de uma hora, enquanto as perguntas finais duraram mais meia hora. Já na Creche B, a atividade durou aproximadamente uma hora, porém o tempo destinado às perguntas finais foi de cerca de 15 minutos.

Inicialmente, a atividade foi realizada com pais ou responsáveis e com educadores da Creche A. Um dos temas mais debatidos foi a febre. Os pais da Creche A demonstraram diferentes níveis de compreensão sobre o que deve ser considerado febre e quando e como agir diante dela. Um dos pais mencionou que a partir de 37°C já ficava preocupado, afirmando: *"Para uma criança a partir de 37 já é uma situação que a gente tem que ter um pouquinho mais de atenção porque se você deixar pode subir para 38 com 39,8 com 40..."*.

Isso revela uma preocupação constante com a febre e a falta de consenso quanto aos valores adequados para considerá-la um problema.

Durante a conversa, pais e educadores levantaram várias dúvidas sobre a imunidade e os cuidados com as crianças. Uma das questões centrais foi saber quem possui uma imunidade mais forte: os adultos ou as crianças, e o que contribui para essa diferença. Muitos mostraram curiosidade em entender por que os adultos apresentam maior resistência aos resfriados, enquanto as crianças, por sua imunidade ainda em desenvolvimento, demoram mais para se recuperar. Ao pesquisador perguntar: *"Quem vocês acham que tem uma imunidade mais forte?"*

Vocês ou os filhos de vocês, os pequeninhos. Alguns pais responderam “*Eu acho as crianças*”, o que evidencia a percepção equivocada dos participantes do encontro.

A conversa também abordou o tempo necessário para a recuperação de resfriados, com os participantes questionando por que algumas crianças podem levar até um mês para superar a mesma infecção, enquanto os adultos geralmente se recuperam em 7 a 10 dias.

Outro ponto importante foi o impacto dos resfriados na imunidade das crianças e como o convívio em unidades de ensino aumenta a exposição a infecções, o que gera recorrência de sintomas. Os participantes refletiram sobre a possibilidade de afastar as crianças das atividades educativas por longos períodos durante as estações mais frias, como o outono e o inverno, e discutiram a viabilidade dessa medida diante da frequência com que os sintomas respiratórios persistem. A confusão entre os sintomas normais e os momentos em que se tornam graves parece ser um ponto de angústia para muitos.

Outro ponto importante levantado na Creche A foi a dificuldade dos pais em lidar com sintomas recorrentes, como tosse e resfriados, algo comum entre crianças que frequentam estabelecimentos de ensino. Um exemplo marcante foi quando uma mãe da Creche A compartilhou: “*Eu levei ele ao médico. Ele foi medicado. Ele ficou afastado por um tempo da creche. E ele retornou e agora tá de novo com a tosse e com o ronco.*” Isso evidencia o ciclo de infecções que muitas crianças enfrentam ao frequentar ambientes compartilhados. Mesmo após o tratamento médico e a recuperação parcial, as crianças voltam rapidamente a apresentar sintomas, o que gera frustração nos pais. A recorrência de resfriados e de tosse prolongada reflete uma preocupação em manter o bem-estar das crianças, especialmente em períodos do ano em que as infecções são mais comuns.

A discussão também abordou o impacto do ambiente educacional na saúde das crianças. Com o grande número de alunos nas salas, os pais reconhecem os desafios enfrentados pelos educadores. Os pais demonstram consciência de que a convivência com várias crianças aumenta o risco de disseminação de doenças, como gripes e viroses, e que isso pode sobrecarregar tanto os educadores quanto o sistema de cuidados da instituição de ensino.

Quando o tema passou para vômito, as educadoras demonstraram compreensão da gravidade desses sintomas e de sua relação com gastroenterite;

porém, foram os responsáveis que estabeleceram a relação entre vômito e diarreia no início da discussão. A responsável por uma criança da Creche A relatou: "*Meu netinho ficou afastado... Já faz um tempinho que ele estava com diarreia e vômito. Quadro de virose.*" Já um pai mencionou: "*A criança se alimenta e vomita. Se alimenta e vomita. É um caso em que a gente se preocupa.*"

Esses comentários evidenciam que os pais e responsáveis estão atentos a sinais de que algo mais grave pode estar ocorrendo, especialmente quando esses sintomas são persistentes. A associação entre vômito, diarreia e febre reforça a preocupação com a saúde das crianças e a importância de uma resposta rápida para evitar complicações mais graves.

Subsequentemente, a atividade ocorreu na Creche B, envolvendo pais ou responsáveis e educadores. Nessa unidade, um dos temas mais abordados também foi a febre, o que reflete, em ambas as instituições de ensino, o questionário aplicado previamente à intervenção. Os pais inicialmente demonstraram insegurança quanto ao que seria considerado febre em crianças. Durante a conversa, um dos pais mencionou que a febre era acima de 37°C, e houve certa surpresa ao saber que o parâmetro adotado para crianças é 37,3°C³. O diálogo evoluiu para a compreensão de que a febre, por si só, não é suficiente para levar a criança ao pronto-socorro. Um exemplo interessante foi o seguinte trecho, no qual o pesquisador precisou dar um esclarecimento: "37,3°C³, eu preciso levar a criança no pronto-socorro? Os educadores precisam convocar vocês? Não... não necessariamente", evidenciando que a temperatura deve ser associada a outros sintomas, como abatimento ou recusa de alimentação, para merecer maior atenção. Essa explicação pareceu trazer alívio aos pais, que muitas vezes recorrem ao pronto-socorro diante de uma leve elevação da temperatura.

A atividade educativa realizada na Creche B também foi marcada pela participação ativa dos pais ou responsáveis, que compartilharam suas dúvidas e experiências sobre a saúde das crianças, especialmente sobre febre, resfriados e infecções comuns. Ao longo da discussão, foi possível perceber o envolvimento dos pais e suas principais preocupações.

Os pais também manifestaram preocupação com resfriados recorrentes, algo comum entre crianças que frequentam estabelecimentos de ensino. Houve uma explicação detalhada sobre a duração dos resfriados em crianças, que pode se

estender por semanas. Muitos pais relataram suas experiências, e um exemplo foi quando disseram que seus filhos levavam de três dias a uma semana para melhorar. Foi então explicado que, ao contrário dos adultos, cujo resfriado dura de 7 a 10 dias, o resfriado nas crianças pode durar semanas, devido à menor imunidade. Esse ponto gerou surpresa e compreensão, com um pai comentando: "*Parece que meu filho está sempre doente!*". Algo que foi validado pelo facilitador, que explicou que se trata de uma situação natural na creche, devido ao compartilhamento de vírus.

A questão do afastamento das atividades educacionais também foi abordada com ênfase. Muitos pais e educadores se questionaram sobre quando seria o momento certo para retirar a criança da creche. A explicação dada foi que resfriados, por si só, não justificam o afastamento, mas febre ou outros sintomas mais graves sim. Isso foi bem exemplificado pelo pesquisador no trecho: "*Criança com febre tem que ser afastada da creche. Criança com resfriado não!*" Isso trouxe um entendimento mais claro sobre como lidar com sintomas corriqueiros sem a necessidade de buscar atendimento médico desnecessário. A explicação foi clara sobre como identificar sinais de desconforto respiratório, como o movimento das costelas e das asas do nariz, o que ajudou os pais a compreender melhor o que observar em casa.

Além disso, o debate abordou temas como vômito e diarreia, com orientações sobre quando convocar os pais. Foi discutido que é necessário observar se há episódios repetidos para tomar uma decisão mais concreta. A troca de experiências entre os pais também foi um ponto forte nesse momento, com sugestões como "*Chá de guaco*" surgindo de maneira espontânea, o que reforça o senso de comunidade e de aprendizado conjunto.

Um dos momentos mais interessantes foi quando um pai mencionou casos de convulsão febril, o que gerou grande atenção e levou a uma explicação detalhada sobre como agir nessas situações.

De maneira geral, a atividade foi bem recebida, e os pais expressaram interesse em participar de mais encontros. Os pais saíram mais informados e empoderados para tomar decisões mais seguras e conscientes sobre a saúde de seus filhos.

As atividades educativas proporcionaram uma oportunidade importante para que os pais expressassem suas preocupações e dúvidas. A participação ativa e o interesse em obter mais informações indicam que os pais valorizam esse tipo de

orientação, mas ainda se sentem inseguros em alguns aspectos do cuidado com a saúde infantil. Eles demonstraram disposição para continuar aprendendo, destacando a necessidade de mais encontros e esclarecimentos futuros para aprofundar o conhecimento e sentir-se mais confiantes no cuidado diário com seus filhos.

A próxima etapa dos encontros educativos foi realizada com os dois grupos, pais e educadores, de forma separada. Essa divisão teve como objetivo permitir a coleta de impressões individuais e específicas de cada grupo, promovendo um ambiente mais confortável e adequado para que cada grupo pudesse expressar suas opiniões e experiências. Dessa forma, foi possível obter uma compreensão mais aprofundada das percepções e necessidades, tanto dos pais quanto dos educadores em relação às questões abordadas durante a atividade educativa.

A atividade educativa realizada com os educadores ocorreu em dois momentos, primeiramente com os educadores da Creche A para posteriormente ocorrer na Creche B, visto a agenda das educadoras não permitir com que o encontro ocorresse de forma conjunta.

Na Creche A, foi possível observar um debate focado nas questões práticas do cotidiano da unidade de ensino, especialmente em torno do cuidado com a saúde das crianças, do manejo de febre e infecções, e dos desafios enfrentados na comunicação com os pais.

Um dos pontos centrais discutidos foi o manejo da febre. Os educadores relataram incertezas quanto às melhores práticas, como a aplicação de banho morno para reduzir a temperatura e evitar o desconforto do choque térmico. A troca de informações foi enriquecedora, com um esclarecimento importante por parte do pesquisador: "*Banho morno pode, mas banho gelado não. Antes, no passado, falavam de compressa de álcool, mas isso pode provocar broncoespasmo.*" Esse detalhe trouxe maior confiança aos educadores, que passam a ter mais clareza sobre como proceder em casos de febre, algo comum no ambiente escolar.

Outro aspecto relevante foi o relato sobre a dificuldade dos educadores em lidar com crianças que não se alimentam adequadamente no ambiente escolar, especialmente bebês. Um exemplo foi o relato de uma criança de quatro meses que ficava várias horas sem se alimentar, o que gerava preocupações tanto dos educadores quanto dos pais. A situação foi explicada no contexto de doenças e infecções pelo pesquisador: "*Quando a criança está adoentada, ela certamente vai ter*

um período maior sem comer... se ela continua ativa, podemos respeitar esse tempo sem se alimentar". Esse esclarecimento ajudou os educadores a entender que, em alguns casos, a falta de apetite pode fazer parte do processo infeccioso e não necessariamente exigir intervenção imediata.

A questão do uso de medicamentos, como antitérmicos e antibióticos, também foi amplamente discutida. Os educadores relataram dificuldades em convencer os pais a buscar ajuda médica em casos de febre persistente, e uma preocupação recorrente foi a administração inadequada de antibióticos. Um educador mencionou: *"O pai dava o antibiótico cada dia em um horário, e eu falei que isso pode perder o efeito"*.

A explicação dada pelo pesquisador sobre a necessidade de seguir os horários corretos dos antibióticos, para evitar a seleção de bactérias mais resistentes, foi essencial para fortalecer o entendimento dos educadores sobre os riscos do uso inadequado de medicações.

A inalação e a lavagem nasal também foram tópicos de destaque. Os educadores relataram dúvidas quanto ao uso contínuo desses procedimentos, principalmente em crianças com problemas respiratórios. A resposta dada pelo pesquisador esclareceu a questão: *"A inalação é muito eficaz para umidificar a via aérea e fluidificar a secreção, e não há problema em fazê-la em casa com medicação, mas a broncodilatação pode ser feita com a bombinha"*. Isso ajudou os educadores a entender melhor a finalidade de cada tratamento e o que pode ser feito no ambiente escolar, *versus* o que deve ser tratado em casa ou no pronto-socorro.

Os educadores também expressaram frustração com a falta de engajamento de alguns pais, relatando que muitos demoram a agir diante de sintomas claros de doença. Um caso mencionado foi o de uma criança com febre persistente que só foi levada ao médico após quatro dias. Isso gerou uma reflexão sobre a necessidade de uma melhor comunicação com os pais. Segundo uma das educadoras: *"Ela só levou a criança ao médico quando viu que a febre não estava passando, mesmo com medicação em casa."*

Esse tipo de relato evidencia o desafio de conscientizar os pais sobre a importância de buscar ajuda médica nos momentos adequados.

Por fim, um dos educadores sugeriu que as atividades educativas deveriam envolver tanto pais ou responsáveis quanto educadores, para que todos recebessem

as mesmas orientações e evitassem mal-entendidos: *"Eu acho que teria que ser pais e educadores juntos, porque às vezes dá margem para interpretações diferentes"*.

Isso reflete uma preocupação em alinhar as informações para que tanto os educadores quanto os pais ou responsáveis tenham clareza sobre as condutas adequadas no cuidado das crianças.

Na atividade anterior, em que educadores participaram junto com os pais, ficou claro que apresentaram algumas reflexões sobre a dinâmica em grupo e os efeitos da participação conjunta com as famílias. A partir dos relatos na nova atividade com os educadores, é possível identificar algumas impressões e pontos de destaque sobre a experiência anterior.

A ideia de que ambos os grupos, pais ou responsáveis e educadores, precisam estar no mesmo ambiente para discutir questões de saúde infantil foi amplamente apoiada. Um educador mencionou que, ao discutir com os pais, eles tendem a recorrer ao que foi dito na atividade educativa, realizada em conjunto anteriormente, para validar suas práticas: *"O pai falou: 'mas o doutor falou isso', e eu estava na reunião, ouvi o que foi dito"*.

Esse tipo de interação reforça a confiança dos educadores na abordagem adotada, ao mesmo tempo em que cria um canal de comunicação mais transparente com os pais.

Além disso, os educadores notaram que as atividades educativas trouxeram maior segurança nas decisões que precisam tomar no dia a dia profissional, como em casos de febre e na necessidade de chamar os pais ou responsáveis para buscar as crianças. Antes da atividade conjunta, muitos relatavam dificuldade em convencer os pais a agirem rapidamente quando os filhos apresentavam sintomas persistentes. Após a atividade, os educadores sentiram-se mais respaldados ao sugerir ações, como levar a criança ao médico ou retirá-la do estabelecimento de ensino: *"Agora temos esse conceito interessante: se a criança está bem, orientamos no final do dia, mas, se está abatida, ligamos para retirá-la."*

Apesar desses avanços, a dificuldade de engajar todos os pais e a falta de participação contínua ainda são questões que os educadores sentem que precisam melhorar. No geral, o grupo de educadores pareceu concordar que as atividades conjuntas têm grande valor educativo, tanto para os responsáveis quanto para eles

próprios, mas ainda vê desafios na implementação prática e no engajamento mais consistente dos responsáveis.

De maneira geral, a atividade foi considerada produtiva pelos educadores, que valorizaram o espaço para tirar dúvidas e receber orientações práticas. No entanto, também ficou evidente que há desafios na implementação dessas orientações no dia a dia da unidade de ensino, especialmente quanto à interação com os pais e à falta de recursos para lidar com o grande volume de crianças.

Na atividade educativa realizada com os educadores da Creche B, também foram abordados temas práticos e desafiadores relacionados ao cuidado diário com a saúde das crianças, o que permitiu uma rica troca de experiências e orientações. Sem a presença dos pais, os educadores tiveram a oportunidade de expor suas preocupações com mais detalhes, o que gerou uma discussão bastante envolvente e franca.

Um dos temas centrais foi o manejo de febre, um problema recorrente no ambiente escolar. Os educadores compartilharam suas dificuldades em lidar com pais que, muitas vezes, não avisam sobre febre anteriormente à entrada no estabelecimento de ensino, o que prejudica a capacidade da equipe de reagir adequadamente. Um dos relatos foi: "*Os pais não avisam, e quando ligamos, eles perguntam 'ficou bem?' e só depois mencionam que a criança teve febre à noite*". Esse tipo de omissão por parte dos pais gera frustração e ansiedade, uma vez que os educadores precisam lidar com a febre sem conhecer o histórico completo.

Outra preocupação muito mencionada foi a dificuldade em convencer os pais ou responsáveis a buscarem as crianças quando apresentam febre ou outros sintomas graves. Os educadores mencionaram que a adesão dos pais às orientações varia, alguns respondem rapidamente, enquanto a maioria hesita ou até reclama: "*Apenas 20% dos pais vêm de boa vontade buscar os filhos; o restante reclama*." Esse dado evidencia um grande desafio de comunicação e de cooperação entre educadores e pais, especialmente em questões de saúde.

Os educadores também discutiram casos de diarreia, mencionando o comportamento de alguns pais ao atribuírem o sintoma à erupção dentária. Um educador comentou: "*A febre e a diarreia são os piores conflitos, pois os pais falam que é o dente, mas sabemos que isso pode indicar uma infecção*." A erupção dos dentes decíduos é uma fase importante do desenvolvimento infantil, frequentemente

associada a manifestações locais, como salivação abundante, prurido, edema e eritema gengival, atribuídos a reações inflamatórias e imunológicas. Embora se relacionem sintomas sistêmicos, como febre, diarreia e irritabilidade, estudos indicam que a erupção dentária, isoladamente, não explica esses eventos, podendo haver coincidências com infecções bacterianas ou virais. A febre, por exemplo, pode estar associada a infecções concomitantes e não diretamente ao processo de erupção. A diarreia também é considerada mais um reflexo de contaminação por objetos levados à boca, devido ao desconforto gengival, do que um efeito direto da erupção dentária. É essencial avaliar cuidadosamente esses sintomas para descartar infecções nesse período (Vasques, 2010).

A alimentação inadequada das crianças também foi amplamente discutida. Os educadores compartilharam dificuldades com crianças que não se alimentam bem na unidade de educação infantil, como o caso de uma criança que perdeu peso consideravelmente por não aceitar a comida oferecida: "*Ele não come o que servimos aqui; só come salgadinhos e bolachas em casa.*" Foi discutido que, muitas vezes, hábitos alimentares inadequados em casa dificultam a adaptação à alimentação saudável na unidade. Os educadores sugeriram que os pais deveriam preparar melhor os filhos para a rotina da instituição, alinhando a dieta doméstica à alimentação oferecida na escola.

Além desses temas recorrentes, os educadores relataram dificuldades com crianças que apresentam condições crônicas, como asma, sem que os pais comuniquem adequadamente à escola. Um exemplo mencionado foi o de uma criança que começou a apresentar sinais de falta de ar, sem que a escola soubesse que ela tinha asma: "*Ela começou a roxear e só depois descobrimos que o pai não tinha comunicado que ela tinha asma.*" Esse tipo de situação gera preocupações graves, pois a falta de informação pode colocar a criança em risco.

Em termos gerais, a atividade permitiu que os educadores expressassem suas preocupações de forma aberta, discutindo não apenas questões de saúde física, mas também aspectos emocionais e o impacto que as situações de doença geram na equipe. A falta de comunicação clara e eficiente com os pais foi um dos temas mais recorrentes, e muitos educadores expressaram a necessidade de maior colaboração por parte das famílias. Eles também sugeriram que, em futuras atividades educativas, seria importante envolver tanto educadores quanto pais, para garantir que todos

recebam as mesmas orientações e possam atuar em conjunto no bem-estar das crianças.

Após um mês da realização da atividade educativa que envolveu tanto os pais quanto os educadores, foi promovido um novo encontro, desta vez exclusivamente com os pais ou responsáveis de cada uma das unidades de educação infantil. O objetivo desse encontro foi avaliar, de forma mais aprofundada, o ponto de vista dos pais, sem a interferência dos educadores. Essa abordagem permitiu que os pais se sentissem mais à vontade para compartilhar suas impressões, dúvidas e experiências. Também permitiu expor, com mais naturalidade, como perceberam a intervenção e a saúde de seus(as) filhos(as) nas unidades, sem o constrangimento de um possível julgamento por parte das educadoras.

Infelizmente, o grupo de pais que participou do segundo encontro educativo, em ambos os estabelecimentos, não teve uma adesão relevante dos mesmos pais que estiveram presentes no primeiro encontro. Poucos pais retornaram à segunda etapa da atividade. Como resultado, a atividade acabou se assemelhando muito à anterior, realizada com a participação simultânea de pais ou responsáveis e educadores. Neste encontro, parte dos pais que não teve oportunidade de estar presente no primeiro encontro compareceu. Isso limitou a possibilidade de uma análise mais aprofundada do impacto da atividade educativa na vida das famílias. A discussão voltou-se novamente para problemas de saúde enfrentados pelas crianças, em vez de promover reflexões sobre possíveis mudanças de comportamento dos pais ao lidarem com os filhos enfermos, um dos objetivos centrais dessa etapa.

Na atividade educativa com os pais ou responsáveis da Creche A, embora o objetivo central fosse abordar questões de saúde infantil, como doenças respiratórias, febre e convulsões, o diálogo rapidamente se expandiu para temas relacionados a hábitos de vida, comportamentos e o ambiente em que as crianças convivem, gerando uma discussão rica e variada.

A intenção inicial era focar em questões de saúde, conforme explicado no início da conversa pelo pesquisador: "*Lembrando que esse projeto tem mais foco em problemas de saúde, como doenças que podem acometer os filhos de vocês.*" No entanto, à medida que os pais começaram a relatar suas preocupações e experiências, o foco se desviou para questões mais amplas, como a convivência das

crianças na unidade de ensino, o impacto da poluição e a importância da alimentação e do desenvolvimento imunológico.

Um exemplo claro desse desvio foi quando os pais relataram que a saúde dos filhos melhorou ao frequentarem a unidade. Muitos pais notaram que, após iniciarem as atividades educativas, os filhos passaram a adoecer com mais frequência, o que gerou uma longa discussão sobre a imunidade e a exposição a novos agentes patogênicos: "Meu filho não teve problema até o primeiro ano, mas, quando entrou na creche, *começou com tosse persistente.*" Esse relato levou à explicação de como a convivência com mais crianças aumenta as chances de contrair infecções, algo que inicialmente não estava previsto como foco da atividade.

Além disso, os hábitos alimentares tornaram-se uma preocupação bastante presente entre os pais. Um pai mencionou que o filho estava com dificuldade para se alimentar e, após procurar ajuda médica, começou a usar um suplemento para melhorar a situação: "Passei ele na UBS porque ele também estava com dificuldade para se alimentar. *Com o suplemento, ele está bem melhor.*" A alimentação inadequada, embora não diretamente relacionada ao tema das doenças respiratórias, foi amplamente discutida, com orientações sobre a importância de manter uma dieta equilibrada para fortalecer o sistema imunológico das crianças.

A alimentação desempenha um papel fundamental no crescimento e no desenvolvimento saudáveis das crianças, influenciando diretamente sua saúde física, cognitiva e imunológica. Durante a infância, a nutrição adequada é essencial para suprir as demandas metabólicas elevadas, fortalecer o sistema imunológico e prevenir o surgimento de deficiências nutricionais e doenças associadas (BARBOSA *et al.*, 2024).

Estudos indicam que uma dieta equilibrada, composta por todos os grupos alimentares, promove o desenvolvimento adequado de tecidos, ossos e músculos, além de contribuir para a maturação do sistema nervoso central. Micronutrientes, como ferro, zinco, cálcio e vitaminas A, C e D, são particularmente importantes durante essa fase, uma vez que desempenham papéis cruciais na manutenção da imunidade, na formação óssea e no funcionamento celular. Por outro lado, a ausência ou o consumo insuficiente desses nutrientes pode levar a problemas como anemia, atraso no crescimento e aumento da susceptibilidade a infecções (Cristofari; Ferrari, 2020).

Além disso, a introdução precoce de alimentos ultraprocessados e ricos em açúcar, sal e gorduras saturadas tem sido associada à maior prevalência de obesidade infantil e de doenças crônicas, como diabetes tipo 2 e hipertensão. Por outro lado, dietas baseadas em alimentos *in natura* e minimamente processados, com alto teor de fibras, vitaminas e minerais, favorecem um perfil metabólico mais saudável e previnem o surgimento de comorbidades ao longo da vida (Cristofari; Ferrari, 2020).

Outro aspecto relevante é o impacto da nutrição no sistema imunológico das crianças. Uma dieta variada e rica em alimentos como frutas, vegetais, grãos integrais e proteínas magras auxilia no fortalecimento da barreira imunológica, reduzindo a frequência e a gravidade de infecções respiratórias e gastrointestinais. Em contrapartida, uma dieta inadequada, associada à desnutrição, enfraquece a resposta imune e prolonga o tempo de recuperação em casos de doenças (Barbosa *et al.*, 2024).

O papel dos pais e dos educadores na formação de hábitos alimentares saudáveis é crucial. Crianças expostas a um ambiente alimentar positivo, que valoriza o consumo de alimentos frescos e as refeições em família, têm maior probabilidade de desenvolver comportamentos alimentares adequados que persistem na vida adulta. Além disso, a educação nutricional deve ser promovida desde os primeiros anos de vida.

A febre e as infecções também foram abordadas, mas de forma entrelaçada com temas de desenvolvimento imunológico e de resistência às doenças. A conversa sobre o uso correto de antibióticos e o manejo da febre revelou as incertezas dos pais quanto a quando medicar e a como proceder em episódios de febre recorrente. Um dos pais ou responsáveis relatou sua experiência: "*Meu filho estava com febre alta por vários dias, e só no terceiro médico ele melhorou.*" Isso gerou uma discussão sobre a resistência bacteriana e a importância de seguir corretamente o protocolo de antibióticos.

O desvio para temas como alimentação, imunidade e impacto ambiental, embora não planejado, mostrou-se valioso, pois abordou áreas que afetam diretamente a saúde das crianças. Os pais demonstraram grande interesse em compreender melhor como esses fatores influenciam o bem-estar de seus filhos e como pequenas mudanças nos hábitos diários podem prevenir doenças.

A atividade, que tinha como objetivo central abordar doenças infantis, acabou sendo ampliada para discutir hábitos de vida e o impacto do ambiente. Embora não tenha seguido estritamente o foco inicial, essa mudança de rumo foi essencial para atender às principais preocupações dos pais e proporcionar uma visão mais holística do cuidado infantil.

A atividade educativa com os pais da Creche B suscitou preocupações sobre a saúde de seus filhos e evidenciou grande interesse em obter mais orientações sobre como lidar com doenças comuns. A dinâmica permitiu que os pais compartilhassem suas experiências, levantassem dúvidas e discutissem os cuidados com a saúde infantil, especialmente em relação a questões recorrentes como resfriados, febre, convulsões e alimentação.

Logo no início da conversa, os pais relataram casos recentes de resfriados em seus filhos, destacando as dificuldades enfrentadas, como o incômodo de obstrução nasal e a recusa das crianças em realizar a lavagem nasal. Um dos pais ou responsáveis comentou: *"O ruim é que ela não deixa fazer a lavagem. Sabe? No nariz."* Essa observação foi seguida de orientações sobre a importância da inalação e da lavagem nasais para aliviar a congestão e melhorar a respiração das crianças. Esse momento da conversa reforçou a necessidade de manter os cuidados em casa, mesmo diante da resistência das crianças.

A lavagem nasal é uma prática simples e eficaz que contribui para a saúde das vias respiratórias superiores e é amplamente recomendada tanto como medida preventiva quanto terapêutica. Utilizando solução salina isotônica ou hipertônica, o procedimento remove partículas, agentes infecciosos e alérgenos, reduzindo a inflamação e a obstrução nasais. Além disso, melhora o transporte mucociliar, fortalecendo as defesas naturais do organismo contra infecções e complicações, como sinusites bacterianas (Roithmann *et al.*, 2023).

O uso regular da lavagem nasal reduz a frequência e gravidade de infecções respiratórias em crianças e adultos. Em populações pediátricas, essa prática é especialmente eficaz no alívio de sintomas de rinite alérgica e de resfriados, além de melhorar a qualidade do sono e o bem-estar geral. A solução salina hipertônica oferece benefícios adicionais em condições crônicas, como rinosinusite, ajudando a reduzir o edema e a necessidade de medicamentos, com menos efeitos colaterais (Roithmann *et al.*, 2023).

De fácil execução e baixo custo, a lavagem nasal é uma medida acessível e amplamente aplicável, desde que realizada corretamente com soluções estéreis e dispositivos apropriados. Sua implementação deve ser incentivada, especialmente em crianças e pacientes com doenças respiratórias crônicas, acompanhada por orientação sobre sua prática para maximizar os benefícios e prevenir possíveis complicações (Roithmann *et al.*, 2023).

Outro tema muito abordado foi a febre e os episódios de convulsão febril. Um dos pais ou responsáveis compartilhou a experiência com o filho, que convulsionou em duas ocasiões devido à febre alta: "*Meu filho, se tem febre ele convulsiona.*" A discussão sobre convulsão gerou grande apreensão entre os presentes, que expressaram medo diante da gravidade da situação. A orientação recebida ajudou a tranquilizar os pais, explicando que a convulsão febril, embora assustadora, não costuma causar sequelas a longo prazo e que a chance de ocorrer diminui conforme o sistema nervoso da criança amadurece (Diogo *et al.*, 2024). A explicação sobre como proceder durante uma convulsão e a diferença entre convulsão febril e epilepsia foi bastante esclarecedora para os pais, que puderam entender melhor como agir nessas situações.

Na atividade educativa realizada com os pais da Creche B, o planejamento original era abordar questões de saúde infantil, dando continuidade às orientações passadas no primeiro encontro, como ficou claro na introdução: "*A intenção desse segundo encontro seria complementar as informações que eu havia passado no primeiro, então a gente passou o que é mais prevalente, o que é mais comum acontecer com as crianças que frequentam creche.*" No entanto, à medida que os pais trouxeram suas dúvidas e experiências pessoais, a conversa foi naturalmente conduzida para discussões sobre alimentação inadequada, hábitos de sono e o impacto de uma rotina desregulada.

As semelhanças nos tópicos abordados no segundo encontro, realizado nas duas instituições de ensino, incluíram discussões sobre saúde infantil, abrangendo aspectos como doenças comuns em crianças que frequentam as instituições, o impacto da imunidade na recuperação e a diferenciação entre sintomas de infecções, como resfriados e alergias sazonais. Esses temas refletem preocupações compartilhadas por pais e educadores quanto ao manejo das condições de saúde que afetam a rotina escolar e familiar.

Além disso, em ambos os grupos, surgiram questões relacionadas aos hábitos alimentares e à sua influência na saúde das crianças. Foram abordadas dúvidas sobre a manutenção de uma dieta equilibrada durante períodos de doença, a importância da hidratação e como a alimentação pode influenciar a imunidade e o processo de recuperação. O comportamento infantil também foi tema de interesse, especialmente em relação às mudanças observadas durante os episódios de doença, como irritabilidade, apatia e maior necessidade de atenção. As alterações no sono das crianças, frequentemente relatadas por pais e educadores, também foram discutidas, destacando-se a relação entre a qualidade do descanso e o fortalecimento do sistema imunológico. Um dos principais desvios foi o relacionado aos hábitos alimentares das crianças. Muitos pais relataram dificuldades para manter uma dieta equilibrada em casa, com preferência dos filhos por alimentos ultraprocessados, como salgadinhos e doces. Um exemplo marcante foi quando uma mãe comentou: *"Ela chega e a primeira coisa que quer é pão. Se sabe que tem salgadinho no armário, ela já vai procurar."* Esse relato desencadeou uma longa discussão sobre como esses hábitos podem prejudicar a saúde das crianças, reforçando a importância de estabelecer uma alimentação balanceada e de limitar o consumo de alimentos industrializados.

Além da alimentação, a conversa também se encaminhou para o impacto dos hábitos diários no sono das crianças. A preocupação com o sono inadequado e as dificuldades para manter uma rotina regular foram discutidas com bastante ênfase, especialmente quando uma mãe relatou que sua filha acordava várias vezes durante a noite: *"Ela mama muito à noite, agora está mamando seis vezes."* Isso trouxe à tona a importância de preparar um ambiente adequado para o sono, com dicas para reduzir o uso de telas (televisão, computador, tablets e celular), controlar a iluminação e estabelecer uma rotina de atividades relaxantes antes de dormir.

Também foi discutida a influência de fatores ambientais e comportamentais no sono das crianças. Uma mãe relatou dificuldades com a filha que acordava várias vezes à noite, mesmo após ser alimentada. O diálogo gerou orientações sobre como realizar a higiene do sono, um conjunto de práticas e condições que favorecem um sono saudável e reparador, especialmente importante para bebês e crianças, cujas necessidades de descanso são essenciais para o desenvolvimento físico, cognitivo e emocional. Durante o sono, ocorrem processos críticos, como a liberação do hormônio

do crescimento, a consolidação da memória e o fortalecimento do sistema imunológico (Pereira; Oliveira, 2021).

Para promover uma boa higiene do sono, recomenda-se a criação de rotinas consistentes, com horários regulares para dormir e acordar, inclusive nos finais de semana. O ambiente deve ser tranquilo, com pouca luz, temperatura adequada e sem ruídos que possam interromper o descanso. Práticas como evitar telas e atividades estimulantes antes de dormir também são fundamentais. Além disso, estabelecer rituais noturnos, como a leitura de histórias ou um banho relaxante, ajuda as crianças a associar essas ações ao momento de dormir.

A má qualidade do sono ou a insuficiência de sono em bebês e crianças está associada a problemas como irritabilidade, dificuldades de aprendizado, obesidade infantil e redução da imunidade. Assim, a adoção de práticas de higiene do sono não apenas melhora a qualidade do descanso, mas também contribui significativamente para o bem-estar e o desenvolvimento saudável na infância (Pereira; Oliveira, 2021).

Um dos pontos enfatizados foi a importância do sono profundo para o crescimento, já que o hormônio de crescimento (GH) é liberado durante o sono profundo, o que destaca a importância de um sono adequado para o desenvolvimento saudável. Ele desempenha um papel crucial no desenvolvimento infantil, promovendo o crescimento ósseo e muscular, bem como o metabolismo energético. Em crianças, a secreção de GH é particularmente relevante, pois sustenta os processos de crescimento físico característicos dessa fase.

Durante o sono, a hipófise é estimulada a liberar picos de GH, que atuam diretamente no crescimento e na regeneração celulares. Em crianças, noites de sono inadequadas ou interrupções frequentes podem reduzir a produção de GH, prejudicando o crescimento físico e o fortalecimento do sistema imunológico. Além disso, a deficiência de GH decorrente da privação de sono pode afetar o metabolismo energético, contribuindo para o aumento do risco de obesidade infantil e de outros distúrbios metabólicos. O sono de boa qualidade não apenas promove o crescimento, mas também apoia o bem-estar geral e o desenvolvimento saudável durante a infância (Pires, 2021).

Esses desvios de tema mostram que, embora os pais estivessem interessados em discutir questões relacionadas a doenças, como febre e convulsões, as preocupações diárias com a alimentação, o sono e a criação de rotinas saudáveis

emergiram como tópicos centrais durante a conversa. Esse direcionamento indicou que, para os pais, hábitos inadequados e dificuldades em manter uma rotina equilibrada são fatores que afetam diretamente o bem-estar de seus filhos, gerando angústias e desafios no dia a dia.

No final, apesar do objetivo da atividade ser falar sobre doenças, a conversa sobre hábitos saudáveis foi essencial, pois reforçou a importância de práticas diárias que podem prevenir doenças e melhorar a qualidade de vida das crianças. A atividade serviu como um lembrete de que a saúde infantil não se restringe ao tratamento de doenças, mas também envolve a criação de ambientes e rotinas que promovam o desenvolvimento pleno e equilibrado das crianças.

Por fim, os pais expressaram satisfação com a atividade educativa, ressaltando que a conversa trouxe muitas informações valiosas, tanto sobre saúde quanto sobre alimentação e cuidados diários. A atividade foi considerada um sucesso, não apenas por esclarecer dúvidas, mas também por fortalecer o senso de comunidade e apoio mútuo entre os pais.

Nesse segundo encontro, em ambas as unidades de educação infantil, a atividade foi realizada no formato de roda de conversa, com todos os participantes sentados em círculos. Essa abordagem deu mais liberdade aos pais ou responsáveis para fazer seus questionamentos de forma espontânea, promovendo um ambiente mais aberto e interativo.

Diferentemente da primeira atividade, em que os itens discutidos foram elencados em ordem de importância, com base nos questionários preenchidos antes da intervenção, nesse encontro não houve uma lista pré-definida de tópicos. Na primeira atividade, os principais pontos de dúvida dos pais foram previamente levantados e organizados, enquanto, no segundo encontro, a dinâmica foi mais fluida, permitindo uma discussão mais aberta. A troca de experiências entre os pais foi vista como positiva, e eles demonstraram interesse em continuar participando de atividades desse tipo, com um pai mencionando: *"Eu gostei mais dessa, falou mais de alimentos também que a gente não sabe."*

Devido à dinâmica mais aberta no segundo encontro, o assunto acabou se desviando do foco principal, que era a reflexão sobre a mudança de comportamento dos pais ao lidarem com filhos doentes. No entanto, a maior satisfação demonstrada pelos participantes sugere que essa abordagem mais flexível, no formato de roda de

conversa, merece ser explorada mais aprofundadamente, assim como o conteúdo abordado. A liberdade oferecida aos pais para se expressarem pode ter sido um fator importante para o aumento do engajamento, o que sugere um potencial positivo para futuras intervenções.

De maneira geral, a atividade destacou a importância dessa formação para os pais ou responsáveis, proporcionando-lhes embasamento para lidar com a saúde e o bem-estar dos filhos de forma mais eficaz. A interação dinâmica e aberta permitiu que os pais ou responsáveis compartilhassem suas preocupações e recebessem orientações práticas, o que resultou em maior confiança para enfrentar os desafios do dia a dia.

6.1 Análise pós-atividade educativa

Posteriormente, o questionário pós-atividade foi aplicado para avaliar a repercussão da intervenção, verificando como as orientações influenciaram o entendimento dos participantes e se houveram mudanças importantes nas atitudes e práticas relacionadas aos cuidados com a saúde infantil. Essa metodologia permitiu uma análise comparativa das percepções antes e depois da atividade, oferecendo subsídios para mensurar a eficácia da ação educativa.

O questionário aplicado após a atividade educativa apresentava diferenças parciais entre os pais e os educadores, captando as especificidades e as percepções de cada grupo. Para ambos, o questionário foi aplicado um mês após a realização da atividade educativa. No entanto, como alguns educadores não responderam a todas as questões inicialmente, foi necessário reaplicar o questionário três meses após a atividade, garantindo que todos os pontos fossem devidamente abordados e analisados. Isso permitiu uma coleta mais completa das percepções dos educadores, embora com um intervalo de tempo maior.

Houve uma diminuição no número de educadores que participaram do questionário realizado após a atividade educativa na Creche B. Essa redução foi resultado de dois fatores principais: a desistência e o encerramento do contrato de algumas estagiárias, e o remanejamento de uma das coordenadoras para outra instituição. Esses eventos influenciaram diretamente o número de participantes na

segunda fase da coleta de dados, o que pode ter impactado a profundidade da análise e a representatividade das respostas obtidas após a intervenção educativa.

Assim, nessa parte da pesquisa, participaram da coleta de dados, por meio de questionário, 5 educadoras da Creche A, sendo estas as mesmas profissionais que já haviam participado da primeira fase do projeto. A Creche B contou com 3 profissionais a menos, totalizando 10 educadoras. Nenhum educador do gênero masculino participou do estudo. Contudo, a queda mais considerável foi no preenchimento dos questionários pelos pais ou cuidadores. Na Creche A, na primeira fase, foram preenchidos 23 questionários e, na etapa seguinte, apenas 5. A queda no número de preenchimentos também ocorreu na Creche B, que passou de 27 para 12 questionários preenchidos.

Ao serem questionados sobre como avaliavam as orientações dadas nas atividades educativas nas unidades de ensino, os resultados das respostas dos educadores e dos pais ou responsáveis foram compilados na tabela que segue:

Tabela 7. Avaliação de pais e educadores sobre as atividades educativas realizadas na creche

Conceito dado*	Pais		Pais		Educadores		Educadores	
	Creche A		Creche B		Creche A		Creche B	
Bom	4	80%	8	67%	2	40%	7	70%
Ótima	1	20%	2	17%	1	15%	1	10%
Útil	0	0%	1	8%	1	15%	0	0%
Muito bom	0	0%	1	8%	0	0%	0	0%
Positiva	0	0%	0	0%	1	15%	1	10%
Produtiva	0	0%	0	0%	1	15%	0	0%
Direcionou	0	0%	0	0%	1	15%	0	0%
Extrema Importância	0	0%	0	0%	0	0%	1	10%

Fonte: elaborada pelo pesquisador. * Compiladas a partir das respostas espontâneas.

A avaliação das orientações dadas na creche pelos pais ou responsáveis e pelos educadores revela uma visão geral positiva, mas com variações nas percepções de eficácia e utilidade entre os dois grupos e entre as duas unidades.

Entre os pais ou responsáveis, a maioria considera as orientações recebidas nas Creches A e B como boas ou ótimas.

Na Creche A, a avaliação é totalmente positiva, com a maioria dos pais classificando as orientações como boas e ótimas. Isso sugere uma satisfação geral, mas há espaço para melhorias na percepção da utilidade e da excelência das orientações fornecidas.

Fazer em datas de festa	0	0%	0	0%	1	20%	1	10%
Mais vezes ao ano	0	0%	0	0%	2	40%	4	40%
Falar mais de IVAS	0	0%	0	0%	1	20%	0	0%
Maior participação dos pais	0	0%	0	0%	1	20%	0	0%
Novos tópicos	0	0%	0	0%	0	0%	1	10%
Fazer em outro horário	0	0%	0	0%	0	0%	5	50%
Aumentar a divulgação	0	0%	0	0%	0	0%	1	10%

Fonte: elaborada pelo pesquisador. * Compiladas a partir das respostas espontâneas.

A análise dos dados mostra que, entre os pais ou responsáveis das Creches A e B, a maioria não tem sugestões a oferecer sobre as orientações recebidas. Na Creche A, ninguém apresentou sugestões adicionais, o que pode indicar que estão satisfeitos com as orientações fornecidas. Da mesma forma, na Creche B, a maioria dos pais ou responsáveis participantes afirmou não ter sugestões a fazer.

Essa ausência de sugestões pode ser interpretada de diferentes formas. Primeiramente, pode refletir a percepção de que as orientações oferecidas pela creche são adequadas e compreensíveis para os pais ou responsáveis. O fato de que os pais não veem necessidade de mudanças ou melhorias pode indicar que a comunicação sobre a saúde das crianças está funcionando de forma satisfatória.

No entanto, é importante considerar que essa falta de devolutiva também pode indicar que os pais ou responsáveis não se sentem à vontade para sugerir mudanças ou não estão cientes de que suas opiniões podem contribuir para melhorias no atendimento. Para garantir que todos os pais ou responsáveis se sintam encorajados a participar ativamente nesse processo, seria interessante que o estabelecimento de ensino explorasse maneiras de promover mais diálogos abertos, por meio de reuniões periódicas ou questionários anônimos, incentivando-os a compartilhar ideias, dúvidas ou possíveis sugestões.

Uma avaliação contínua das orientações oferecidas poderia garantir que permaneçam eficazes e atualizadas. Incorporar elementos interativos, como palestras com profissionais de saúde, momentos de perguntas e respostas e maior envolvimento dos pais ou responsáveis no planejamento dessas atividades, poderia contribuir para que eles se sentissem mais participativos e, ao mesmo tempo, fortalecer o vínculo de confiança entre a família e a instituição educacional.

Os educadores, por outro lado, forneceram sugestões para ambos os locais de trabalho, demonstrando preocupação em aprimorar e otimizar as atividades educativas para garantir maior impacto e engajamento dos pais.

Todos os educadores da Creche A sugeriram melhorias, com destaque para realizar a atividade com maior frequência. Sugeriram que as atividades educativas ocorressem com mais frequência ao longo do ano, visando a repetição e o reforço contínuo das informações. Sugeriram associar as orientações a eventos festivos, possivelmente para aumentar a participação dos pais. Pediram para falar mais sobre resfriados e Infecções de Vias Aéreas Superiores (IVAS), recomendando dar enfoque maior nas doenças respiratórias comuns entre as crianças. A maior participação dos pais ou responsáveis também foi cobrada, sugerindo a busca por formas de aumentar a participação deles, o que indica que nem todos os responsáveis compareceram ou se envolveram de forma desejada.

Na Creche B, todos os educadores também forneceram sugestões, o que evidencia preocupação em ajustar o processo para alcançar melhores resultados. Metade deles recomendou que as orientações fossem oferecidas em horários alternativos, para facilitar a participação dos pais ou responsáveis que têm compromissos em horários fixos. Complementando a sugestão anterior e oferecendo uma opção, foi proposta a realização de atividades educativas em conjunto com eventos comemorativos para atrair mais participantes. Também foi expressiva a sugestão de realizar as atividades com maior frequência ao longo do ano. Ainda foi recomendada a ampliação da divulgação das orientações para garantir que mais pais fossem alcançados e comparecessem às atividades.

As sugestões dos educadores indicam um compromisso com a melhoria contínua das atividades educativas. A ideia de aumentar a frequência das orientações demonstra que os educadores acreditam no impacto positivo das atividades e que elas podem ser ainda mais eficazes com maior periodicidade. A sugestão de ajustar os horários das atividades e de associá-las a eventos festivos visa facilitar a participação dos pais ou responsáveis, uma preocupação recorrente, especialmente na Creche B, onde muitos educadores sugeriram essa alteração.

Os educadores da Creche A estão mais preocupados com a repetição de atividades e com a abordagem de temas relevantes, como as infecções respiratórias (IVAS), comuns em crianças. A sugestão de associar as orientações a datas festivas também reflete uma tentativa de atrair mais pais ou responsáveis a essas atividades. Na Creche B, a sugestão mais frequente foi realizar as orientações em horários alternativos, para que mais pais ou responsáveis pudessem participar. Esse foco em

ajustar os horários é interessante, pois reflete a percepção de que a baixa adesão de alguns pais pode estar relacionada à indisponibilidade, e não à falta de interesse.

Essas sugestões, se implementadas, podem potencializar ainda mais o impacto das atividades educativas e garantir maior adesão dos pais, resultando em um acompanhamento mais eficaz das crianças em situações de doença.

A atividade educativa foi bem recebida tanto pelos pais e responsáveis quanto pelos educadores, com a maioria dos pais indicando que não tinha sugestões a fazer, o que indica satisfação geral. No entanto, os educadores demonstraram maior preocupação com a melhoria contínua das orientações, sugerindo ajustes importantes, como a repetição das atividades em horários distintos e com maior divulgação.

Ao serem questionados sobre a apresentação de problemas de saúde por parte dos(as) filhos(as) após a atividade educativa, bem como quais foram esses problemas, como se sentiram e como agiram, as respostas dos pais ou responsáveis podem ser observadas a seguir:

Tabela 9. Problemas de saúde que ocorreram com as crianças após a atividade educativa

Problemas de saúde*	Pais		Pais	
	Creche A		Creche B	
Bronquite	1	20%	0	0%
Resfriado/Gripe	1	20%	6	50%
Dificuldade para se alimentar	2	40%	0	0%
Dor de ouvido	1	20%	0	0%
Asma	0	0%	1	8%
Dengue	0	0%	1	8%
Não ficou doente	0	0%	2	17%
Mão pé boca	0	0%	1	8%
Pneumonia	0	0%	1	8%

Fonte: elaborada pelo pesquisador.

Fonte: elaborada pelo pesquisador. * Compiladas a partir das respostas espontâneas.

Ao analisar as respostas dos pais ou responsáveis sobre os problemas de saúde apresentados pelos filhos após a atividade educativa, observam-se diferenças entre os participantes da Creche A e da Creche B.

Na Creche A, menos pais participaram, e os problemas relatados incluem dificuldade para se alimentar, bronquite, resfriado e gripe e dor de ouvido. As condições relatadas são mais diversas, mas há poucos casos de cada problema

específico. Essa diversidade pode indicar que as crianças apresentaram uma variedade de sintomas, sem concentração em um problema específico. A variedade dos problemas relatados pode dificultar uma resposta educacional ou preventiva específica. Apesar do questionário se referir aos problemas de saúde que a criança apresentou, um dos pais ou responsáveis afirmou que ficou preocupado com a resposta.

Na Creche B, um número maior de pais participou e a incidência de resfriado e de gripe foi notavelmente maior. Isso indica que as infecções virais agudas são mais comuns nesta unidade de ensino. Outros problemas relatados incluem asma, dengue, síndrome mão-pé-boca⁴ e pneumonia, embora com menor incidência. Alguns pais mencionaram que seus filhos não ficaram doentes durante o período, o que pode indicar uma percepção positiva das práticas preventivas ou simplesmente variações individuais na saúde das crianças.

O fato de haver mais relatos na Creche B pode ser resultado do maior número de participantes, mas também pode indicar maior sensibilidade ou vigilância por parte dos pais ou responsáveis quanto à saúde dos filhos após as atividades educativas. O foco nas IVAS sugere uma área potencial para futuras intervenções educativas ou preventivas, como o reforço de práticas de higiene ou a oferta de informações sobre cuidados em casos de infecções respiratórias.

Em termos de respostas emocionais, como a preocupação mencionada, e de ações tomadas, os dados não especificam muitos detalhes. Isso poderia ser explorado mais detalhadamente para entender como os responsáveis reagem emocionalmente e quais medidas práticas adotam quando os filhos adoecem, o que ajudaria a direcionar futuras orientações e o apoio do estabelecimento de ensino. Os dados indicam diferenças na incidência e na percepção de problemas de saúde entre as duas instituições, com maior concentração de IVAS na Creche B e distribuição mais variada de problemas na Creche A. Essas observações podem orientar futuras ações educativas e preventivas, adaptadas às necessidades específicas de cada unidade de ensino.

⁴ A síndrome mão-pé-boca é uma infecção viral comum em crianças pequenas, causada principalmente pelo vírus *Coxsackie*. Ela provoca febre, úlceras dolorosas na boca e erupções manifestadas nas mãos, pés e, às vezes, em outras partes do corpo. A transmissão ocorre por contato com secreções respiratórias, fezes ou superfícies contaminadas. O diagnóstico é clínico, e o tratamento é sintomático, focado em aliviar a dor, a febre e manter a hidratação. A condição é autolimitada, geralmente resolvendo-se em 7 a 10 dias (Calili, 2021).

A pergunta sobre a apresentação de problemas de saúde no período pós-atividade educativa também foi aplicada aos educadores. Além dessa questão, os educadores também foram indagados sobre quais problemas foram apresentados, como se sentiram e o que fizeram. A tabela que segue traz os dados compilados:

Tabela 10. Problemas de saúde que ocorreram com os alunos após a atividade educativa: percepção pessoal e profissional dos educadores

A criança ficou doente?	Educadores		Educadores	
	Creche A		Creche B	
Sim	5	100%	8	80%
Não	0	0%	2	20%
Qual doença a criança apresentou?*				
Infecção do Trato Urinário (ITU)	1	20%	0	0%
Febre	2	40%	8	80%
Diarreia	4	80%	6	60%
IVAS	4	80%	6	60%
Vômito	4	80%	5	50%
Estomatite	0	0%	1	10%
Faringite	0	0%	1	10%
Pneumonia	3	60%	1	0%
Otite	1	20%	1	10%
Conjuntivite	1	20%	0	0%
Bronquiolite	1	20%	1	10%
Asma	1	20%	1	10%
Como a educadora se sentiu após a atividade*				
Contato com os pais	0	0%	4	40%
Mais segura	2	40%	2	20%
Mais capacitada	1	20%	2	20%
Preocupada	0	0%	1	10%

Fonte: elaborada pelo pesquisador. * Compiladas a partir das respostas espontâneas.

Analisando as respostas dos educadores sobre os problemas de saúde apresentados pelos alunos após a atividade educativa, observamos diferenças entre os educadores da Creche A e da Creche B.

Na Creche A, todos os educadores relataram que seus alunos apresentaram problemas de saúde durante o período em questão. As principais condições relatadas foram resfriado e gripe, diarreia, vômito e pneumonia. Essas condições parecem afetar um número relevante de crianças, indicando uma prevalência notável de sintomas gastrointestinais e respiratórios. Além disso, condições como febre, infecção

no ouvido, conjuntivite, bronquiolite e asma foram mencionadas, embora com menor frequência. A diversidade das condições relatadas sugere uma atenção mais ampliada dos educadores a uma variedade de sintomas, o que talvez reflita uma vigilância mais ativa após a atividade educativa.

Na Creche B, a maioria dos educadores (80%) também relatou que seus alunos apresentaram problemas de saúde. A febre foi a condição mais comumente relatada, seguida por diarreia, IVAS e vômito, o que é consistente com os sintomas relatados pelos pais da mesma unidade de ensino. A presença de febre como sintoma principal pode sugerir infecções agudas, alinhando-se com as IVAS mencionadas. Condições como estomatite, faringite, otite, asma e pneumonia foram relatadas com menor frequência, mas ainda assim foram presentes. Isso sugere uma variedade de problemas de saúde, com maior concentração em sintomas infecciosos.

Em relação às respostas emocionais e às ações dos educadores, há uma diferença entre as duas instituições. Na Creche A, o contato com os pais para comunicar que a criança estava doente pode sugerir uma abordagem mais interna de envolvimento dos pais ou responsáveis. Alguns educadores se sentiram mais seguros e capacitados após a atividade educativa, indicando uma sensação de maior preparo para lidar com situações de saúde.

Na Creche B, o contato com os pais teve a mesma proporção em relação a outra instituição. Isso indica uma abordagem mais colaborativa e comunicativa em relação aos problemas de saúde das crianças. Além disso, alguns educadores se sentiram mais seguros e capacitados, o que sugere que a atividade educativa pode ter contribuído para aumentar a confiança e a competência na gestão de problemas de saúde. Um educador relatou sentir-se preocupado, o que reflete a seriedade com que esses problemas são percebidos.

Em resumo, tanto na Creche A quanto na Creche B, os educadores relatam uma variedade de problemas de saúde entre os alunos, com maior incidência de sintomas infecciosos, como febre, diarreia e IVAS. As respostas emocionais, tais como a sensação de estar mais segura, mais capacitada e até mesmo preocupada, e as ações dos educadores diferem entre os dois estabelecimentos de ensino, com a Creche B apresentando maior sensação de capacitação. Essas diferenças destacam a importância das atividades educativas na preparação dos educadores e na promoção de uma abordagem colaborativa em relação à saúde das crianças.

Quando os pais ou responsáveis foram indagados sobre a ida ao pronto-socorro, o diagnóstico dado pelo pediatra e a medicação prescrita, as respostas podem ser verificadas na tabela a seguir:

Tabela 11. Diagnósticos médicos de doenças que acometeram as crianças após a atividade educativa

Diagnóstico*	Pais		Pais	
	Creche A		Creche B	
Bronquite	1	20%	0	0%
Resfriado Gripe (IVAS)	1	20%	7	42%
UBS	2	40%	0	0%
Otite	1	20%	0	0%
Não precisou levar ao serviço de saúde	0	0%	2	17%
Asma	0	0%	1	8%
Dengue	0	0%	1	8%
Não ficou doente	0	0%	1	8%
Observação com medicação	0	0%	1	8%

Fonte: elaborada pelo pesquisador. * Compiladas a partir das respostas espontâneas.

Analisando os dados sobre os casos em que os pais ou responsáveis levaram seus filhos ao pronto-socorro e os diagnósticos recebidos, observamos algumas diferenças entre as duas creches no período após a atividade educativa.

Na Creche A, ocorreram as enfermidades bronquite, otite e IVAS (20%), o que indica a presença de problemas respiratórios. Alguns pais levaram seus filhos à Unidade Básica de Saúde (UBS) ao invés do pronto-socorro, o que pode sugerir uma preferência ou orientação para buscar atendimento primário em casos menos graves. A variedade de diagnósticos na Creche A sugere que as crianças apresentaram sintomas distintos, e os pais ou responsáveis optaram por buscar atendimento médico em diferentes tipos de serviço, dependendo da gravidade percebida.

Na Creche B, houve uma maior concentração de diagnósticos de IVAS. Isso reforça a tendência observada anteriormente, de que infecções virais agudas parecem ser mais comuns nesta instituição. Além disso, houve casos de asma e de dengue, indicando a presença de condições respiratórias crônicas e infecciosas. Parte dos pais (25%) relatou que não precisou levar os filhos ao pronto-socorro, sugerindo que os sintomas foram gerenciados sem necessidade de intervenção médica de emergência. A experiência do filho de não ter ficado doente ocorreu com uma minoria.

A diferença entre as duas unidades de ensino quanto ao uso do pronto-socorro e ao tipo de diagnósticos sugere que os pais da Creche B podem estar mais inclinados a observar os sintomas das crianças e a procurar atendimento médico quando necessário, especialmente para condições como IVAS. Por outro lado, os pais da Creche A parecem buscar uma variedade de serviços, incluindo a UBS, o que pode indicar uma abordagem mais diversificada ao atendimento de saúde.

Essas diferenças podem refletir práticas e orientações distintas entre as unidades de ensino no atendimento à saúde, nas preferências dos pais em relação aos serviços de saúde disponíveis e nas percepções dos sintomas apresentados pelas crianças. Isso também pode influenciar as futuras atividades educativas, direcionando-as ao fortalecimento das práticas de prevenção e de orientação sobre quando e como buscar atendimento médico.

Os pais ou responsáveis também foram questionados sobre como foi o contato com a escola ao informarem que seu filho estava doente. As respostas podem ser verificadas na tabela a seguir:

Tabela 12. Percepção dos pais ao serem informados pela creche que o filho estava doente

Percepção dos pais*	Pais		Pais	
	Creche A		Creche B	
Normal	1	20%	1	8%
Atestado	1	20%	2	17%
Tranquilo	2	40%	0	0%
Aviso na agenda	1	20%	1	8%
Atenciosos	1	20%	1	8%
Não teve contato	0	0%	1	8%
Mantive em casa até melhora	0	0%	1	8%
Aviso na hora	0	0%	1	8%
Bom	0	0%	4	33%
Não ficou doente	0	0%	1	8%
Mandei msg avisando	0	0%	1	8%
Avisei escola pessoalmente	0	0%	1	8%

Fonte: elaborada pelo pesquisador. * Compiladas a partir das respostas espontâneas.

Ao analisar o contato dos pais com a escola quando seus filhos ficaram doentes, percebemos diferenças nos relatos dos pais da Creche A e da Creche B.

Na Creche A, o contato foi descrito como tranquilo na maioria dos casos, o que indica que a comunicação entre a família e a escola ocorreu sem dificuldades. Foi

mencionada a utilização da agenda para informar a unidade de ensino, um método comum e prático para manter os educadores informados. A atenção da unidade foi mencionada, destacando que a instituição demonstrou preocupação e cuidado ao lidar com a situação. Além disso, o contato foi descrito como "normal", sugerindo que o processo ocorreu de maneira esperada, sem maiores contratemplos. Também foi mencionado o envio de atestado, o que reflete a formalidade necessária, em alguns casos, para justificar a ausência da criança.

Na Creche B, os relatos mostram maior variedade. A maioria dos pais ou responsáveis descreveu o contato com a escola como "bom", indicando que tiveram uma experiência positiva ao lidar com a instituição durante a doença dos filhos. Alguns pais enviaram atestado, o que novamente reflete um procedimento formal semelhante ao da Creche A. A utilização da agenda, um meio recorrente de comunicação, foi citada por poucos. A descrição da escola como atenciosa foi mencionada por 8%, reforçando a ideia de que a instituição demonstra um bom cuidado com as crianças. A ausência de contato com a escola também ocorreu em poucos casos, possivelmente porque a situação da criança foi resolvida em casa. Também teve situação na qual o pai preferiu manter o filho em casa até que estivesse completamente recuperado, demonstrando uma postura preventiva. Ainda, houve o relato de pai que avisou a escola no momento em que percebeu a doença, mostrando que há flexibilidade no uso de diferentes meios de comunicação, como avisos imediatos, mensagens e contato pessoal. Um pai ainda mencionou que seu filho não ficou doente no período.

Comparando as duas instituições de ensino, podemos ver que, na Creche B, há uma maior diversidade de respostas, provavelmente devido ao maior número de participantes. Isso permitiu que mais pais ou responsáveis compartilhassem suas diferentes formas de comunicação com a escola. No entanto, em ambas as instituições de ensino, os pais destacaram que a escola foi atenciosa e que os canais de comunicação, como a agenda e os atestados, foram utilizados de forma eficiente. A confiança na escola é reforçada pelos relatos de contatos tranquilos e positivos.

De modo geral, a comunicação entre pais ou responsáveis e a escola parece ser eficaz em ambas as instituições, com eles sentindo-se confortáveis em informar sobre a saúde de seus filhos, seja por meio da agenda, de mensagens ou de contato

peçoal. As respostas indicam que pais ou responsáveis confiam no suporte que recebem da escola e que a maioria deles não relata dificuldades de comunicação.

Os educadores de ambas as creches foram questionados sobre como foi o contato com os pais ou responsáveis ao informar que seu(a) filho(a) estava doente. As respostas foram organizadas na tabela a seguir:

Tabela 13. Percepção dos pais ao serem informados pela creche que o filho estava doente

Percepção dos pais*	Educadores		Educadores	
	Creche A		Creche B	
Não gostaram	0	0%	0	0%
Resistência	0	0%	2	20%
Atenderam a solicitação	3	60%	4	40%
Negação	0	0%	0	0%
Vem de imediato	1	20%	0	0%
Melhorou a comunicação	2	40%	2	20%
Fazem perguntas	2	40%	1	10%
Boa relação	0	0%	1	10%
Indiferentes	0	0%	1	10%
A criança não ficou doente	0	0%	1	10%

Fonte: elaborada pelo pesquisador. * Compiladas a partir das respostas espontâneas.

Ao analisar o contato dos educadores com os pais ou responsáveis ao serem informados sobre a doença de seus filhos, observamos diferenças nas respostas entre os profissionais das Creches A e B.

Na Creche A, a maioria dos educadores relatou que os pais atenderam prontamente às solicitações, sugerindo que a comunicação foi eficiente e que os pais seguiram as orientações da escola. Além disso, educadores mencionaram que a comunicação com os pais melhorou após a atividade, o que demonstra que o relacionamento entre escola e família foi fortalecido ao lidar com a doença das crianças. Também relataram que os pais fizeram perguntas, demonstrando interesse em compreender a situação de seus filhos e em buscar mais informações. Em alguns casos, os pais ou responsáveis vieram imediatamente, o que revela uma preocupação rápida e efetiva com a saúde dos filhos.

Na Creche B, a situação foi mais variada. Educadores relataram resistência por parte dos pais ou responsáveis ao receberem as informações, o que pode indicar

algum grau de dificuldade ou hesitação na aceitação das orientações da escola. Apesar disso, a maioria das educadoras relatou que os pais ou responsáveis atenderam às solicitações, o que confirma que, na maioria dos casos, a comunicação foi bem-sucedida. Tal como na Creche A, os educadores também observaram uma melhora na comunicação, o que sugere um progresso positivo na relação entre pais ou responsáveis e a escola. Também foi dito que os pais ou responsáveis fizeram perguntas, demonstrando interesse em saber mais sobre a situação. Também foi observada uma atitude indiferente por parte de alguns pais ou responsáveis. Isso pode indicar que, mesmo após a atividade educativa, alguns pais ou responsáveis ainda não internalizaram plenamente a necessidade de uma ação rápida e de uma melhor comunicação com a unidade de ensino. Além disso, teve caso em que as crianças sob responsabilidade do educador não terem adoecido durante o período, o que pode justificar a ausência de interação com os pais ou responsáveis nesse contexto.

Embora ambos os grupos de educadores tenham notado melhorias na comunicação, essa área ainda pode ser fortalecida. Sessões informativas adicionais, que envolvam mais diálogo com os pais ou responsáveis, podem promover maior envolvimento e esclarecimento. A resistência observada por alguns educadores da Creche B é um desafio a ser superado. Pode ser útil realizar encontros adicionais com esses pais ou responsáveis para esclarecer dúvidas e reforçar a importância de cumprir as orientações da escola em relação à saúde das crianças.

Comparando as duas instituições, percebe-se que, embora em ambas os pais ou responsáveis, em sua maioria, atendam às solicitações dos educadores, há maior variação de reações entre os pais ou responsáveis da Creche B, incluindo resistência e indiferença. Por outro lado, os educadores da Creche A parecem destacar maior proatividade por parte dos pais ou responsáveis, com respostas mais diretas, como vir imediatamente ou fazer perguntas.

Os dados sugerem que, nas duas unidades de ensino, a comunicação entre educadores e pais ou responsáveis durante o período de doença dos filhos é, em geral, eficiente, embora a Creche B tenha enfrentado desafios maiores, como resistência e atitudes indiferentes por parte de alguns pais. A continuidade das ações educativas, aliada a uma abordagem mais personalizada, pode ajudar a superar essas barreiras e a garantir que todos os pais ou responsáveis estejam mais bem preparados para lidar com a saúde de seus filhos, em parceria com o estabelecimento de ensino.

Na questão seguinte, que tratava da concordância ou não do parecer da escola em relação à doença do seu/sua filho(a), os pais ou responsáveis responderam conforme a tabela que segue:

Tabela 14. Percepção dos pais sobre o parecer do estado de saúde dado pela creche

Concordou com o parecer da escola?	Pais		Pais	
	Creche A		Creche B	
Sim	2	20%	11	83%
Não	0	0%	1	8%
Não ficou doente	0	0%	1	8%

Fonte: elaborada pelo pesquisador.

A análise dos dados sobre se os pais ou responsáveis concordam com o parecer da escola quanto à doença de seus filhos nas Creches A e B revela que a maioria deles aceitou as orientações da escola.

Na Creche A, todos os pais ou responsáveis que participaram da pesquisa afirmaram ter concordado com o parecer da escola em relação à doença de seus filhos, sem relatos de discordância ou de outros problemas. Isso reflete uma confiança total nas orientações dos educadores, indicando uma relação positiva e colaborativa entre os pais e a instituição.

Na Creche B, a maioria dos pais participantes (83%) concordou com o parecer da escola. No entanto, houve um caso em que o pai ou responsável não concordou com a orientação da instituição, sugerindo que, nesse caso específico, pode ter havido divergências na percepção da situação da criança. Além disso, relatou-se que a criança não ficou doente, o que justifica a ausência de opinião sobre o parecer da escola.

Esses resultados mostram que, em geral, os pais ou responsáveis tendem a confiar nas orientações da escola sobre a saúde de seus filhos, com um nível muito alto de concordância. Contudo, a discordância na Creche B pode indicar a necessidade de melhorar a comunicação ou de fornecer esclarecimentos em situações específicas, de modo a garantir que todos os pais se sintam seguros e confiantes nas decisões da escola.

Os educadores também foram indagados sobre se os pais ou responsáveis concordaram ou não com o parecer da escola em relação à doença da criança, conforme dados apresentados na tabela a seguir:

Tabela 15. Percepção dos educadores sobre a aceitação do parecer dado aos pais sobre o estado de saúde da criança

Percepção dos educadores*	Educadores		Educadores	
	Creche A		Creche B	
Resistência	0	0%	2	20%
Atenderam a solicitação	3	60%	3	30%
Atentos	1	20%	0	0%
Sensação de urgência maior	1	20%	0	0%
Não questionam	4	80%	0	0%
Mencionam a palestra	1	20%	0	0%
Não ficou doente	0	0%	1	10%
Concordaram mais com o parecer da creche	0	0%	1	10%

Fonte: elaborada pelo pesquisador. * Compiladas a partir das respostas espontâneas.

A análise da percepção dos educadores quanto à concordância dos pais ou responsáveis com o parecer da escola acerca da doença de seus filhos nas Creches A e B apresenta alguns pontos interessantes.

Na Creche A, entre os educadores que participaram, a maioria (80%) relatou que os pais ou responsáveis não questionaram as orientações fornecidas. Isso demonstra que, em sua maioria, os pais ou responsáveis aceitaram prontamente as recomendações da escola, sem resistência ou contestação. Foi observado que houve uma sensação de maior urgência entre os pais ou responsáveis ao lidar com a saúde dos filhos, e mencionou-se que os pais ou responsáveis se referiram à palestra que receberam, o que indica um impacto positivo da atividade educativa. Não houve registros de pais ou responsáveis que não concordaram com o parecer da escola ou que apresentaram resistência.

Na Creche B, o cenário foi um pouco diferente. Foi relatada resistência por parte dos pais ou responsáveis em aceitar o parecer da escola, chegando a discordar da orientação dada. Em contraste, também se afirmou que os pais ou responsáveis atenderam às solicitações, e alguns se tornaram mais concordantes após a atividade educativa. Além disso, o conteúdo da palestra foi mencionado, o que sugere que a atividade educativa teve um efeito positivo. Em uma minoria, a criança não ficou doente, o que justifica a ausência de discordância ou de questionamento por parte dos pais ou responsáveis.

De maneira geral, os dados indicam que, embora a maioria dos pais ou responsáveis tenha aceitado as orientações da escola, houve maior resistência e

questionamentos por parte dos pais na Creche B. Esses resultados sugerem que, na Creche B, pode haver necessidade de intensificar o diálogo com os pais ou responsáveis ou de proporcionar mais esclarecimentos para reduzir a resistência e aumentar a confiança no parecer da escola. As atividades educativas parecem ter desempenhado um papel positivo em ambos os contextos, influenciando a percepção dos pais ou responsáveis e melhorando a aceitação das orientações.

Na Creche B, há maior variação no comportamento dos pais ou responsáveis em relação ao parecer da escola. Embora alguns educadores relatem que os pais ou responsáveis concordaram com as orientações, ainda há uma parcela que demonstra resistência. A maior concordância observada por alguns educadores sugere que a atividade educativa trouxe avanços, mas o número de pais ou responsáveis que ainda questionam as orientações é maior em comparação à Creche A, o que pode indicar menor assimilação das informações da atividade, resultando em uma reação menos coesa e mais variada.

A resistência observada por alguns educadores na Creche B evidencia a necessidade de um esforço contínuo para engajar esses pais. Reforçar as atividades educativas por meio de mais encontros ou esclarecimentos personalizados pode ajudar a melhorar essa relação e aumentar a confiança dos pais ou responsáveis nas orientações da escola. Para alcançar resultados mais consistentes na Creche B, pode ser necessário investir em estratégias que promovam maior engajamento dos pais ou responsáveis, como diálogos abertos e sessões de esclarecimento pós-atividade. Isso pode ajudar a reduzir o número de pais ou responsáveis que ainda questionam ou resistem às orientações da escola.

Os pais ou responsáveis também foram questionados sobre a necessidade de internação da criança que ficou doente. As respostas podem ser verificadas na tabela que segue:

Tabela 16. Necessidade de internação de criança

Necessidade de internação de criança	Pais		Pais	
	Creche A		Creche B	
Sim	0	0%	0	0%
Não	5	100%	12	100%

Fonte: elaborada pelo pesquisador.

Em ambas as creches, nenhuma criança precisou ser internada após os problemas de saúde relatados, o que sugere que as condições foram tratadas de forma eficaz sem a necessidade de intervenções hospitalares mais intensivas.

Embora não tenha havido necessidade de internação, é importante continuar monitorando as crianças e garantir que os pais e educadores estejam bem-informados sobre quando buscar atendimento hospitalar. Reforçar a importância de cuidados preventivos e da prontidão para agir em caso de agravamento dos sintomas, mesmo que a necessidade de internação não tenha ocorrido nesta ocasião.

Em seguida, trazemos a questão formulada aos educadores, que foram indagados se a atividade educativa lhes auxiliou a orientar os pais. As respostas foram compiladas na tabela a seguir:

Tabela 17. Contribuição da atividade educativa para melhor orientar pais sobre problemas de saúde

Contribuição da atividade educativa	Educadores		Educadores	
	Creche A		Creche B	
Sim	5	100%	9	90%
Não	0	0%	1	10%

Fonte: elaborada pelo pesquisador.

Os resultados mostram que a atividade educativa foi bem-sucedida em capacitar os educadores a orientar os pais ou responsáveis sobre questões de saúde nas duas unidades de ensino. Na Creche A, todos os cinco educadores participantes relataram que a atividade os ajudou a orientar os pais. Isso demonstra que a intervenção teve um efeito prático imediato, facilitando a comunicação e o aconselhamento entre educadores e pais ou responsáveis.

Na Creche B, a grande maioria dos educadores (90%) também afirmou que a atividade educativa foi útil para orientar os pais ou responsáveis. Uma minoria (10%) não percebeu esse benefício, o que pode ser atribuído a fatores específicos ou a dificuldades individuais no processo de implementação das orientações.

Esses dados sugerem que a atividade educativa não apenas forneceu informações teóricas, mas também impactou diretamente a prática diária dos educadores, melhorando sua capacidade de interagir e orientar pais ou responsáveis em questões de saúde infantil. Isso reforça a importância de iniciativas educativas

contínuas para garantir que os educadores estejam bem-preparados para apoiar as famílias, criando um ambiente mais saudável e seguro para as crianças. A resposta positiva da maioria dos educadores em ambas as unidades de ensino reflete a eficácia das estratégias empregadas na atividade educativa, destacando seu valor no fortalecimento do vínculo entre a instituição e as famílias.

A unanimidade entre os educadores da Creche A indica que a atividade foi bem planejada e bem executada, resultando em um impacto uniforme. Isso pode ser consequência de uma maior integração entre os educadores e o conteúdo educativo, ou de uma maior preparação da equipe para absorver e aplicar o conhecimento.

O fato de uma pequena parte da Creche B não ter sentido o impacto positivo da atividade pode sinalizar a necessidade de ajustes, seja no conteúdo educativo oferecido, na forma de apresentação, ou no suporte pós-atividade, para garantir que todos os educadores tenham a mesma oportunidade de aplicar os novos conhecimentos. Vale a pena investigar se esse educador sentiu dificuldades na adaptação às novas orientações, ou se há uma resistência maior às mudanças.

Alguns fatores podem explicar as diferenças entre os estabelecimentos de educação infantil. A Creche B conta com o dobro de participantes (10 educadores) em comparação com a Creche A (5 educadores). Equipes maiores podem apresentar maior diversidade de opiniões e experiências, o que pode resultar em uma percepção menos uniforme dos impactos de uma atividade. Isso também pode significar que, em um grupo maior, é mais difícil garantir que todos os membros absorvam e implementem o novo conhecimento da mesma forma.

A formação acadêmica e a experiência prévia dos educadores podem influenciar diretamente a forma como interpretam e aplicam as orientações. É possível que os educadores da Creche A tivessem uma base de conhecimento mais alinhada ao conteúdo da atividade, o que favoreceu a aplicação prática das novas orientações. Lembrando que todas as educadoras da Creche A são pedagogas, enquanto, na Creche B, metade é pedagoga e a outra metade é composta por auxiliares em educação com ensino médio completo. A diversidade de perfis entre os educadores da Creche B pode ter levado a uma absorção mais heterogênea dos conteúdos.

Esses resultados indicam que a educação continuada e o treinamento prático são formas eficazes para aprimorar a comunicação e o suporte prestado aos pais ou responsáveis no ambiente escolar, especialmente no que diz respeito à saúde infantil.

Para maximizar os benefícios, a unidade de ensino pode considerar implementar ciclos contínuos de formação e garantir que todo o corpo docente tenha o suporte necessário para aplicar as novas orientações no dia a dia.

Aos educadores também foi perguntado se os pais que participaram da atividade alteraram o comportamento ao terem os filhos doentes. As respostas foram organizadas na tabela que segue:

Tabela 18. Percepção dos educadores sobre mudança do comportamento dos pais após atividade educativa

Houve mudança no comportamento dos pais?	Educadores		Educadores	
	Creche A		Creche B	
Sim	5	100%	5	50%
Não	0	0%	3	30%
Pais não compareceram à atividade	0	0%	1	10%
Não responderam	0	0%	1	10%
Qual foi a alteração comportamental dos pais?*				
Pais deixam mais em casa quando doentes	1	20%	0	0%
Ficaram mais atentos com doença	2	40%	1	10%
Mais compreensíveis	1	20%	1	10%
Pais de crianças doentes não foram	0	0%	6	60%
Pais estão mais esclarecidos	0	0%	4	40%
Pais ficaram menos preocupados com problemas simples	0	0%	1	10%
Vem mais retirar os filhos quando doentes	0	0%	1	10%
Mandam mais recado na agenda	0	0%	1	10%

Fonte: elaborada pelo pesquisador. * Compiladas a partir das respostas espontâneas.

A análise dos dados fornecidos sobre a percepção dos educadores quanto ao comportamento dos pais após a participação na atividade educativa mostra como essa intervenção pode influenciar o cuidado com as crianças doentes nas creches A e B.

Na Creche A, todos os educadores relataram que os pais ou responsáveis alteraram o comportamento após a atividade. Isso inclui pais ou responsáveis que passaram a deixar seus filhos em casa quando doentes, um maior nível de atenção às doenças e um aumento da compreensão sobre as condições de saúde das crianças. Esses resultados indicam que os pais ou responsáveis se tornaram mais conscientes e responsivos após as orientações recebidas.

Na Creche B, metade dos educadores observou mudanças no comportamento dos pais ou responsáveis, enquanto uma menor porção (30%) relatou que não houve

alterações. Uma minoria (10%) mencionou que alguns pais ou responsáveis de crianças doentes não compareceram à atividade. Entre os comportamentos observados, os pais ou responsáveis se mostraram mais atentos e esclarecidos, e alguns demonstraram menor preocupação com problemas simples. Houve também um aumento na retirada dos filhos dos estabelecimentos de ensino quando estavam doentes e na comunicação por meio de recados na agenda escolar. Isso mostra que, embora a ação tenha sido bem-sucedida para alguns, não conseguiu alcançar a totalidade dos pais. Essa variação pode ser devida a diferentes níveis de engajamento, compreensão ou adesão à atividade.

Na Creche B, as mudanças foram mais diversificadas e menos uniformes do que na Creche A. Embora alguns educadores tenham percebido que os pais ficaram mais informados e tranquilos em relação a problemas simples, a falta de participação de pais de crianças doentes pode ter contribuído para a persistência de comportamentos antigos em parte da comunidade. Isso pode ter gerado uma percepção mais fragmentada da eficácia da atividade.

Esses dados sugerem que, de modo geral, a atividade educativa promoveu uma mudança positiva no comportamento dos pais ou responsáveis, tornando-os mais conscientes e ativos em relação à saúde de seus filhos, o que pode contribuir para a prevenção e o manejo mais eficazes de doenças no ambiente escolar.

Um ponto crítico levantado por alguns educadores da Creche B foi a ausência dos pais de crianças doentes na atividade educativa. A ausência desses pais pode ter contribuído para a falta de mudanças comportamentais observadas. Um acompanhamento direcionado ou atividades complementares focadas nesses pais podem ajudar a garantir que eles também recebam as orientações necessárias.

Tanto na Creche A quanto na Creche B, alguns educadores mencionaram que os pais ou responsáveis passaram a se comunicar mais, seja por recados na agenda, seja por retirarem as crianças quando doentes. Isso sugere que a atividade educativa teve sucesso ao reforçar a importância da comunicação entre pais e escola, uma estratégia fundamental para o controle de doenças em ambientes escolares.

Para maximizar o impacto da atividade educativa, seria importante assegurar a participação de todos os pais, especialmente daqueles cujos filhos estão mais propensos a doenças, e realizar atividades de acompanhamento para reforçar os novos comportamentos esperados.

Os educadores também foram questionados sobre o sentimento de uniformização no conhecimento das doenças após a atividade educativa, conforme descrito na tabela a seguir:

Tabela 19. Percepção dos educadores sobre a uniformização dos conhecimentos de saúde de pais e instituição, creche, após atividade educativa

Uniformização dos conhecimentos	Educadores		Educadores	
	Creche A		Creche B	
Sim	5	100%	6	60%
Não	0	0%	4	40%
Pais não foram	0	0%	3	30%
Não ficaram doentes	0	0%	1	10%

Fonte: elaborada pelo pesquisador.

Todos os educadores da Creche A sentiram que houve uniformização do conhecimento sobre as doenças, o que melhorou a comunicação e o entendimento dos problemas de saúde enfrentados pelas crianças.

Na Creche B, a maioria dos educadores indicou que houve uniformização no conhecimento sobre as doenças, enquanto a minoria acreditou que isso não ocorreu. Além disso, alguns educadores mencionaram que alguns pais não puderam comparecer à atividade educativa. O que pode ter contribuído para a percepção de falta de uniformização seria a ausência de pais apontada pelos educadores, bem como a ausência de enfermidades entre as crianças.

A percepção de uniformização completa entre os educadores da Creche A sugere que a atividade educativa foi eficaz em transmitir, de maneira clara e abrangente, o conhecimento sobre as doenças a todos os envolvidos. Os pais que participaram da atividade parecem ter assimilado as informações de forma uniforme, o que contribui para uma maior confiança dos educadores na capacidade de resposta e entendimento dos pais ou responsáveis em relação à saúde das crianças.

Na Creche B, a percepção de uniformização foi mais variada. Embora a maioria dos educadores tenha sentido que houve uniformização, parte ainda acredita que isso não ocorreu. Essa diferença pode ser atribuída à ausência de alguns pais na atividade educativa ou à falta de enfrentamento de problemas de saúde por parte de certas famílias, o que pode ter limitado a aplicação prática do conhecimento adquirido. A

ausência de alguns pais ou responsáveis pode ter gerado uma lacuna na disseminação das informações, levando alguns educadores a sentir que o conhecimento não foi compartilhado de forma consistente entre todos os responsáveis.

Garantir uma comunicação mais ampla e eficaz sobre a importância da participação nas atividades educativas pode ajudar a reduzir as lacunas de conhecimento. Implementar sessões complementares ou fornecer materiais educativos (como folhetos ou vídeos) aos pais que não puderam comparecer pode ajudar a garantir que todos recebam as mesmas informações. Manter um acompanhamento após as atividades educativas, com espaço para perguntas e esclarecimentos adicionais, pode ajudar a reforçar o conhecimento e garantir que ele seja aplicado de forma consistente entre todas as famílias. Com esses ajustes, pode-se esperar maior uniformização do conhecimento nas futuras atividades educativas, beneficiando tanto os educadores quanto os pais no manejo de doenças infantis.

Dado o impacto positivo, é recomendado que essas atividades educativas sejam continuadas e, possivelmente, ampliadas para abranger mais tópicos de saúde e cuidados infantis. Coletar devolutivas regularmente para ajustar o conteúdo das atividades educativas às necessidades específicas dos educadores e dos pais.

A análise dos dados coletados nas creches pós-atividade educativa revelou um desafio: a baixa participação dos pais no processo, o que compromete a profundidade e a representatividade das conclusões. Apesar dos esforços para envolver as famílias e promover o diálogo entre pais e educadores, muitos questionários apresentaram respostas limitadas ou até mesmo a ausência de sugestões e devolutivas, especialmente no que diz respeito à avaliação das orientações e à troca de informações sobre a saúde das crianças.

Na Creche A, por exemplo, o número de pais participantes permaneceu reduzido em relação ao total de crianças atendidas. Embora a maioria dos pais ou responsáveis que responderam tenha demonstrado concordância com as orientações e pareceres da escola em relação à saúde dos seus filhos, a falta de maior engajamento sugere que muitos não se sentiram compelidos a participar ativamente desse processo, ou não entenderam plenamente a importância de suas respostas para a melhoria do atendimento e da comunicação entre as instituições e as famílias.

A baixa participação não só limita a possibilidade de obter um retrato mais abrangente das preocupações e necessidades dos pais ou responsáveis, mas também dificulta a identificação de áreas nas quais as práticas dos estabelecimentos de ensino podem ser aprimoradas. Em várias ocasiões, os pais ou responsáveis indicaram não ter sugestões a oferecer sobre as orientações recebidas, o que pode refletir tanto a satisfação com as atividades educativas quanto a falta de uma cultura de devolutiva proativa entre as famílias.

A baixa adesão dos pais às atividades educativas pode estar relacionada a diversos fatores que, em conjunto, criam barreiras à participação. Uma das hipóteses é a sobrecarga de compromissos que muitos pais enfrentam em suas rotinas diárias. O trabalho, a gestão da casa e outras responsabilidades pessoais podem competir com o tempo disponível, mesmo que haja interesse em participar. Além disso, é possível que alguns pais não percebam a relevância ou o impacto direto das atividades educativas na saúde e no desenvolvimento de seus filhos. Essa falta de compreensão pode levar ao desinteresse ou à priorização de outras tarefas.

Outro aspecto que pode ter contribuído para a baixa adesão é a existência de barreiras logísticas, como dificuldades de transporte ou a distância entre a unidade de ensino e a residência. Mesmo com a divulgação feita com antecedência, esses fatores práticos podem impedir que os pais estejam presentes. A comunicação, apesar de ostensiva, também pode apresentar falhas. Muitos pais podem não ter recebido as informações, ou, se receberam, podem não ter dado a devida atenção à agenda, o que compromete o planejamento para comparecer.

Além disso, questões como a falta de apoio socioeconômico, a ausência de uma rede de apoio para cuidar de outras crianças ou até mesmo a dificuldade de mobilizar recursos para estar presente podem ser obstáculos importantes. Em alguns casos, os pais podem ter tido experiências anteriores que não foram tão positivas ou que não deixaram claro a importância de seu envolvimento, o que pode gerar desmotivação para participar novamente.

Conflitos de horários também são uma variável importante. Se a atividade educativa ocorre em um horário que coincide com o horário de trabalho ou com outros compromissos, muitos pais simplesmente não conseguem ajustar sua rotina para comparecer. Mesmo com lembretes e divulgação ampla, essas dificuldades de conciliar as responsabilidades cotidianas podem ter contribuído para a baixa adesão

observada. Assim, é possível que múltiplos fatores, tanto pessoais quanto logísticos, tenham dificultado a maior participação dos pais nas atividades presenciais.

Por outro lado, a participação dos educadores foi relativamente mais consistente, e suas respostas evidenciam um esforço contínuo para aprimorar a comunicação e o suporte às famílias, especialmente no manejo de problemas de saúde infantil. No entanto, a ausência de um diálogo mais robusto com os pais limita o impacto positivo das iniciativas implementadas, uma vez que a eficácia dessas ações depende diretamente da cooperação e do engajamento das famílias.

Dessa forma, a análise dos dados reforça a necessidade de desenvolver estratégias mais eficazes para engajar os pais e garantir sua participação ativa. Medidas como a realização de reuniões mais frequentes, a criação de canais de comunicação mais acessíveis e o incentivo ao fornecimento de devolutiva anônima podem contribuir para maior adesão e fortalecer a parceria entre escola e família. Além disso, campanhas educativas mais direcionadas podem sensibilizar os pais para a importância do seu envolvimento nas questões relacionadas à saúde e ao bem-estar de seus filhos no ambiente escolar.

Apenas com uma participação mais expressiva será possível obter dados mais consistentes e, assim, promover ações ainda mais eficazes para a saúde das crianças e a tranquilidade das famílias.

A diferença socioeconômica entre os pais da Creche A e da Creche B pode impactar as respostas aos questionários, refletindo desigualdades no acesso à informação, aos serviços de saúde e às condições de vida. Na Creche A, localizada em uma região com estrutura econômica e social mais favorável, é provável que os pais tenham maior acesso a informações. Essa situação pode influenciar suas respostas ao indicar maior confiança em diagnósticos médicos e menor preocupação com sintomas leves, uma vez que dispõem de mais meios para buscar atendimento adequado.

Por outro lado, na Creche B, localizada em região de maior vulnerabilidade socioeconômica, as respostas dos pais podem refletir maior preocupação com sintomas comuns e maior dependência das orientações fornecidas pela unidade de educação infantil ou pelos agentes comunitários de saúde. A falta de acesso regular a serviços médicos ou a dificuldade em compreender informações técnicas pode levar

os pais a apresentarem dúvidas mais amplas ou a responderem de forma mais cautelosa sobre questões relacionadas à saúde dos filhos.

Pais em contextos mais vulneráveis podem estar mais expostos a problemas de saúde infantil associados, o que pode tornar suas respostas mais focadas em situações de maior gravidade ou em preocupações frequentes. Essas diferenças destacam a importância de considerar o contexto socioeconômico, pois molda as experiências e percepções dos pais em relação à saúde e ao cuidado de seus filhos.

Primeiramente, a baixa participação dos pais nas atividades educativas na Creche B pode estar relacionada a essa disparidade socioeconômica. Famílias em condições econômicas mais vulneráveis frequentemente enfrentam mais dificuldades, como horários de trabalho mais inflexíveis, falta de transporte adequado ou menor disponibilidade de tempo devido a múltiplos empregos ou responsabilidades domésticas. Isso contrasta com os pais da Creche A, que possivelmente podem ter maior flexibilidade de horários ou de recursos para participar de atividades escolares.

A diferença nas condições sociais também pode impactar a percepção de necessidade de envolvimento. Pais com maior acesso à informação, à assistência médica e aos serviços educacionais podem enxergar essas atividades como um complemento ou já contar com outras fontes de orientação sobre a saúde de seus filhos. Na Creche B, onde o acesso a essas informações e recursos é mais limitado, as atividades educativas oferecidas pelo estabelecimento de ensino podem ser percebidas como mais essenciais, mas as barreiras estruturais acabam por limitar a participação.

Os pais da Creche A têm maior confiança nos serviços de saúde, já que muitos recorrem a fontes mais institucionais, como Unidades Básicas de Saúde (UBS) e pediatras, enquanto os da Creche B podem depender mais das orientações da creche e de agentes comunitários de saúde. Isso pode indicar que a Creche B desempenha um papel mais central na orientação em saúde das crianças, embora a adesão a essas atividades seja limitada pelas condições sociais dos pais.

Em relação às questões e preocupações com as doenças, a diferença na estrutura econômica também pode influenciar a percepção e as ações dos pais. Os pais da Creche A, por terem mais recursos e talvez maior acesso à assistência médica, podem demonstrar menos ansiedade quanto a sintomas menos graves ou maior conhecimento sobre quando procurar ajuda médica. Já na Creche B, a falta de

acesso rápido a serviços de saúde pode gerar maior preocupação com sintomas que, para os pais da Creche A, não seriam tão alarmantes.

A própria adesão dos pais a orientações de saúde pode ser influenciada por sua formação e por seu acesso a informações. Pais com melhor estrutura educacional e social, como é o caso na Creche A, podem ser mais propensos a entender as orientações da unidade de educação infantil como uma oportunidade de integração com o que já sabem, enquanto, na Creche B, essas orientações podem ser vistas como um recurso essencial, mas com menor adesão devido às dificuldades de interpretação ou de aplicação prática no cotidiano.

Assim, a análise dos dados sugere que as disparidades socioeconômicas afetam tanto a participação nas atividades quanto a forma como os pais percebem e respondem às questões de saúde dos filhos. Esses fatores devem ser levados em consideração ao planejar atividades futuras, possivelmente adaptando as abordagens às realidades específicas de cada grupo de pais.

A diferença na qualificação profissional se reflete diretamente na percepção e na atuação dos educadores em relação à saúde das crianças. Na Creche A, onde todas as educadoras são graduadas e uma parte tem pós-graduação, há uma abordagem possivelmente mais técnica e estruturada, o que pode influenciar tanto a confiança transmitida aos pais ou responsáveis quanto a forma como lidam com situações de doença e prevenção.

A formação mais avançada pode ter permitido maior assertividade nas orientações e no manejo dos problemas de saúde, o que se observa na percepção de maior segurança e preparo relatada por alguns educadores e pais da Creche A. Além disso, a relação entre os educadores e os pais ou responsáveis também pode ser mais direta e clara, com menos resistência e maior adesão às orientações. A melhor formação pode ter gerado maior confiança nas ações da instituição de ensino, o que justificaria respostas mais positivas quanto à concordância com os pareceres da escola sobre a saúde das crianças.

Por outro lado, na Creche B, onde há uma divisão entre pedagogas e auxiliares, pode haver uma disparidade nas práticas e na maneira como as orientações são transmitidas. Os auxiliares, com menos formação, podem não ter a mesma segurança ou preparação para lidar com as questões de saúde das crianças, o que poderia

explicar uma menor clareza nas respostas e menor aderência dos pais ou responsáveis às orientações.

7 CARTILHAS PRODUZIDAS COM BASE NOS RESULTADOS

A falta de informações claras e acessíveis sobre as principais doenças que acometem crianças em creches e escolas pode gerar uma série de problemas, tanto para os pais quanto para os educadores, impactando diretamente a saúde infantil e o ambiente escolar. Sem esse conhecimento, há um aumento da insegurança e da desinformação, o que leva a decisões inadequadas no manejo de sintomas e na busca por atendimento médico. Isso pode resultar em superlotação dos serviços de saúde, com casos que poderiam ser tratados em casa, além de atrasos na identificação de condições mais graves que exigem intervenção rápida.

Para os pais, a ausência de informações pode gerar ansiedade e dúvidas constantes sobre quando uma criança realmente precisa ser levada ao médico ou afastada da escola. Muitas vezes, sintomas comuns, como febre ou coriza, são interpretados como sinais de doenças graves, levando a afastamentos desnecessários ou, ao contrário, ao envio da criança para o estabelecimento de ensino mesmo quando ela deveria permanecer em casa para evitar a disseminação de infecções. Isso não apenas compromete a recuperação da criança doente, mas também aumenta o risco de transmissão de agentes infecciosos a outras crianças e a funcionários da instituição.

Os educadores, por sua vez, também enfrentam dificuldades quando não dispõem de orientações claras sobre como lidar com crianças doentes. Sem um material informativo adequado, podem surgir dúvidas sobre quais sintomas exigem um alerta imediato aos pais, quando uma criança deve ser isolada e até mesmo como agir diante de uma emergência, como febre alta persistente ou uma crise convulsiva. Além disso, a falta de conhecimento pode resultar em práticas equivocadas na instituição, como o reconhecimento de que temperatura é considerada febre ou o desconhecimento de sinais precoces de agravamento de doenças respiratórias, como a bronquiolite.

Outro problema que a ausência de informação pode gerar é o aumento da disseminação de mitos e crenças populares que nem sempre têm embasamento científico. Muitos pais e educadores podem acabar recorrendo a informações desencontradas, seja por meio de redes sociais ou de experiências pessoais, o que resulta na adoção de condutas inadequadas. Isso pode abranger desde o uso inadequado de medicamentos até medidas que não ajudam no tratamento da criança e podem, inclusive, ser prejudiciais.

Além do impacto individual na saúde infantil, a falta de informação também afeta a dinâmica do estabelecimento de ensino como um todo. A ausência de protocolos claros pode gerar conflitos entre pais e educadores, especialmente quando há discordâncias quanto à necessidade de afastamento ou ao que deve ser feito em determinadas situações. Sem uma base comum de conhecimento, pode ser difícil estabelecer um entendimento coletivo sobre como lidar com doenças no ambiente escolar, o que pode comprometer a confiança entre as famílias e a instituição.

Diante desses desafios, a criação de uma cartilha voltada a pais e educadores torna-se uma estratégia essencial para promover um ambiente mais seguro e saudável para as crianças. Um material bem estruturado, com informações baseadas em evidências científicas e apresentadas de forma clara e acessível, pode fazer toda a diferença na rotina do estabelecimento de ensino e na forma como as doenças são percebidas e tratadas. A cartilha pode atuar como um guia prático, ajudando pais a diferenciar sintomas leves de sinais de alerta e orientando educadores sobre as melhores condutas no ambiente escolar.

Com um material desse tipo, os pais terão maior segurança para tomar decisões sobre a saúde dos filhos, sabendo quando procurar um serviço de saúde e quando adotar medidas simples em casa. Os educadores, por sua vez, estarão mais preparados para lidar com situações do dia a dia, evitando tanto alarmismos desnecessários quanto negligência diante de sinais que demandam atenção. Além disso, ao uniformizar as informações, a cartilha contribui para maior harmonia entre instituição e família, fortalecendo a parceria entre ambos e garantindo que todos estejam alinhados no cuidado com a saúde infantil.

Portanto, a falta de informação sobre doenças comuns na infância não só gera insegurança e dificuldades no manejo dos sintomas, mas também compromete o bem-estar das crianças e a dinâmica das instituições de ensino. Iniciativas como a elaboração de uma cartilha educativa são fundamentais para preencher essa lacuna, promovendo um ambiente mais preparado e seguro para todos os envolvidos.

A implantação de uma cartilha educativa sobre saúde infantil em todas as unidades de educação infantil de um município pode trazer inúmeros benefícios para as crianças, os pais, os educadores e os profissionais de saúde. A escola e a creche são ambientes onde as crianças passam grande parte do tempo e, conseqüentemente, são locais de exposição a diversas doenças comuns na infância.

Por isso, garantir que todos os envolvidos no cuidado dessas crianças tenham acesso a informações claras e confiáveis é fundamental para promover um ambiente mais seguro e saudável.

Um dos principais benefícios dessa iniciativa é a padronização das informações e das condutas em todas as unidades de educação infantil do município. Muitas vezes, cada escola ou creche adota critérios distintos para lidar com crianças doentes, o que pode gerar confusão e insegurança tanto para os pais quanto para os educadores. Com a cartilha, todos os profissionais da educação infantil terão acesso às mesmas diretrizes sobre o manejo de sintomas e a conduta adequada em cada situação. Isso evita discordâncias e garante que as crianças recebam cuidados adequados, com base em evidências científicas.

Além disso, a cartilha pode ajudar na prevenção e no controle de doenças, reduzindo surtos nas unidades escolares. Ambientes coletivos, como unidades de educação infantil, são locais de alta transmissão de vírus e bactérias, especialmente os responsáveis por infecções respiratórias e gastrointestinais. Ao educar pais e educadores sobre boas práticas de higiene, sinais precoces de doenças e sobre quando afastar uma criança da escola, a cartilha contribui para a redução do contágio, evitando que as doenças se espalhem rapidamente entre os alunos. Isso não só melhora a saúde das crianças, mas também reduz o absenteísmo escolar e o impacto na rotina das famílias.

Outro aspecto fundamental da implantação dessa cartilha é o fortalecimento da parceria entre a família e a escola. Muitas vezes, os pais se sentem inseguros quanto ao momento adequado para procurar atendimento médico para seus filhos, quando podem retornar à escola após um período de doença e sobre como agir diante de sintomas leves. Da mesma forma, os educadores enfrentam dificuldades para orientar os pais, especialmente quando há discordância quanto à necessidade de afastamento da criança ou ao tratamento adequado. Com uma cartilha acessível e padronizada, essas decisões se tornam mais bem embasadas, reduzindo conflitos e garantindo que todos estejam alinhados na melhor forma de cuidado infantil.

A cartilha também desempenha um papel importante na capacitação dos educadores, que muitas vezes não possuem formação específica em saúde, mas lidam diariamente com crianças pequenas e precisam tomar decisões rápidas sobre a saúde delas. Ter um material de referência permite que esses profissionais

reconheçam sinais de alerta, saibam como proceder em casos de febre, vômito, diarreia, crises alérgicas ou dificuldades respiratórias, e tenham clareza sobre quando chamar os pais ou acionar o serviço de saúde. Esse preparo pode evitar a evolução de quadros mais graves, garantindo um atendimento adequado às crianças no ambiente escolar.

Além dos benefícios diretos para a saúde infantil, a implantação da cartilha também pode contribuir para reduzir a sobrecarga nos serviços de saúde do município. Muitas famílias buscam atendimento médico por sintomas leves que poderiam ser tratados em casa com orientações adequadas. Quando pais e educadores recebem informações confiáveis sobre o que é esperado em doenças comuns da infância e quando realmente é necessário procurar um médico, há redução da procura desnecessária por emergências e unidades básicas de saúde. Isso permite que os serviços de saúde concentrem esforços nos casos que realmente necessitam de intervenção, melhorando a eficiência do sistema.

A cartilha também pode ser um instrumento valioso para a educação em saúde nos estabelecimentos de ensino, promovendo hábitos mais saudáveis entre as crianças. Ao incluir orientações sobre a importância da higiene das mãos, da etiqueta respiratória (como cobrir o nariz e a boca ao tossir ou espirrar), da alimentação saudável e da vacinação, o material pode ajudar a criar uma cultura de prevenção desde a primeira infância. Crianças que crescem aprendendo a importância desses hábitos tendem a levá-los para a vida adulta, reduzindo o risco de doenças ao longo da vida.

A implementação da cartilha em todas as unidades de educação infantil de um município demonstra o compromisso da gestão pública com a saúde e o bem-estar infantis. Essa ação fortalece a rede de proteção à infância, garantindo que crianças, pais e educadores tenham acesso a informações de qualidade e possam tomar decisões mais seguras sobre a saúde dos pequenos. Além disso, reforça a importância da intersetorialidade entre educação e saúde, demonstrando que medidas preventivas no ambiente escolar têm impacto direto na qualidade de vida da população.

Dessa forma, a adoção de uma cartilha educativa sobre saúde infantil em todas as unidades de educação infantil do município não apenas melhora o manejo de doenças e reduz a transmissão de infecções, como também capacita pais e

educadores, fortalece a relação entre família e escola, reduz a sobrecarga no sistema de saúde e promove hábitos saudáveis desde a infância. Trata-se de uma estratégia simples, mas altamente eficaz, que pode trazer benefícios duradouros para a comunidade como um todo.

A seguir, apresenta-se a proposta inicial de uma cartilha a ser utilizada em unidades de educação infantil, atendendo à demanda de informações, coletadas nas atividades educativas, pelos cidadãos de Salto de Pirapora/SP que trabalham ou têm seus filhos matriculados em duas creches do mesmo município. Dessa forma, as doenças que mais geram dúvidas nessa população foram abordadas. O levantamento bibliográfico sobre as enfermidades mais frequentes no atendimento de urgência pediátrica também foi apreciado.

Para a elaboração do conteúdo da cartilha, foram utilizados artigos e documentos atualizados, com parte extraída de informativos da Sociedade Brasileira de Pediatria e de artigos acadêmicos. Para as ilustrações, optou-se por uma abordagem lúdica, com o uso de materiais que crianças que frequentam instituições de educação infantil utilizam em suas atividades. O uso da aquarela permitiu a representação de lesões na pele com maior proximidade ao observado nos pacientes, sendo essa técnica adotada pelo pesquisador.

Cartilha informativa de doenças em creches



Dr. Angelo Carneiro Bonadio

CRIANÇAS E INFECÇÕES

Crianças pequenas costumam ter alguns comportamentos que facilitam a transmissão de doenças. É comum, por exemplo, levarem as mãos e objetos à boca, brincarem muito próximas umas das outras e ainda não terem o hábito de lavar as mãos com frequência. Além disso, nessa fase da vida o sistema de defesa do organismo (sistema imunológico) ainda está em desenvolvimento, o que torna as crianças mais vulneráveis às infecções. Como muitas delas ainda não tiveram contato com vírus e bactérias, o corpo ainda não desenvolveu proteção contra essas doenças.

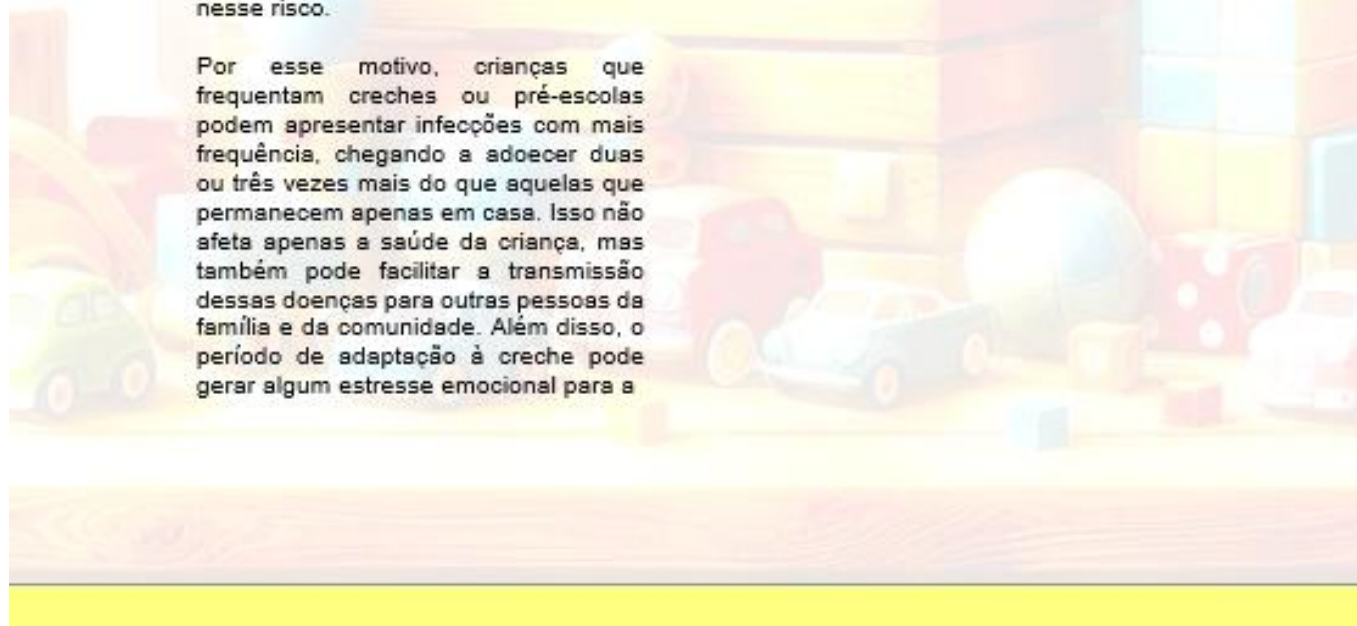
Quando as crianças começam a frequentar creches ou pré-escolas, passam a conviver com mais pessoas e em novos ambientes. No entanto, essa convivência também aumenta a exposição a vírus e bactérias. Alguns fatores presentes nesses ambientes podem favorecer a circulação de doenças, como a grande quantidade de crianças no mesmo espaço, o contato muito próximo entre elas, a ventilação inadequada ou a presença de poeira em objetos como tapetes, cortinas e carpetes. Outros aspectos, como a estrutura do local, as condições de higiene e o estado de vacinação de crianças e adultos também influenciam nesse risco.

Por esse motivo, crianças que frequentam creches ou pré-escolas podem apresentar infecções com mais frequência, chegando a adoecer duas ou três vezes mais do que aquelas que permanecem apenas em casa. Isso não afeta apenas a saúde da criança, mas também pode facilitar a transmissão dessas doenças para outras pessoas da família e da comunidade. Além disso, o período de adaptação à creche pode gerar algum estresse emocional para a

criança, o que também pode diminuir temporariamente sua resistência às infecções.

O aumento de doenças nessa fase também pode trazer impactos para as famílias. Quando a criança adoecer com frequência, há maior necessidade de consultas médicas e, muitas vezes, gastos com medicamentos. Além disso, os pais ou responsáveis podem precisar faltar ao trabalho para cuidar do filho doente, o que pode gerar dificuldades financeiras.

A decisão de afastar uma criança doente da creche é um tema bastante discutido. Nem todas as doenças precisam afastar a criança das atividades educativas. O afastamento é realmente necessário apenas em algumas situações específicas, principalmente quando há risco maior de transmissão ou quando a criança não está bem o suficiente para participar das atividades do dia a dia. Por isso, é importante avaliar cada caso com orientação de profissionais de saúde e da própria instituição de ensino.



AFASTAMENTOS

Algumas situações podem fazer com que a criança se afaste temporariamente da creche ou da escola. De modo geral, isso acontece quando o estado de saúde não permite que a criança participe das atividades com conforto ou segurança. Quando a criança está doente, cansada ou com dor, ela pode não conseguir acompanhar a rotina escolar, brincar ou se alimentar adequadamente.

Também pode ser necessário que a criança permaneça em casa quando apresenta sinais de doença que exigem mais cuidados do que a equipe da creche consegue oferecer no ambiente escolar. Entre esses sinais estão febre, abatimento, irritabilidade intensa, choro contínuo, dificuldade para respirar ou qualquer outro sintoma que possa indicar um problema de saúde mais sério. Nessas situações, é importante que a criança seja avaliada por um profissional de saúde.

Quando houver um atestado médico indicando o afastamento por determinado período, a criança pode retornar à escola após o prazo indicado, sem a necessidade de um novo atestado para liberação. Caso os sintomas continuem ou se surgirem novos sinais de doença, é importante que a família procure novamente atendimento médico para uma nova avaliação.

Febre

Consideramos febre quando a temperatura medida na axila é maior que 37,5 °C. Quando a criança está com febre, podem aparecer alguns sinais como mãos e pés frios, respiração e batimentos do coração mais rápidos, sensação de frio e, em alguns casos, tremores.

Nem sempre é necessário dar medicamento apenas por causa do número da temperatura. O uso de remédios para febre (antitérmicos) costuma ser indicado quando a criança apresenta desconforto, como choro intenso, irritação, menos disposição para brincar, diminuição do apetite ou dificuldade para dormir.

No Brasil, os principais medicamentos usados para baixar a febre em crianças são paracetamol, ibuprofeno e dipirona. Quando utilizados nas doses corretas, orientadas por profissionais de saúde, eles são considerados seguros e eficazes. Para bebês com menos de um mês de vida, o medicamento mais indicado é o paracetamol.

Em casos de suspeita de dengue, o ibuprofeno não deve ser utilizado. Além disso, antes de oferecer qualquer medicamento à criança, é importante verificar se ela não tem alergia ao remédio e sempre respeitar a dose correta para a idade e o peso. Quando houver dúvida, procure orientação de um profissional de saúde.

Infecções das vias respiratórias

As infecções das vias respiratórias são muito comuns na infância. Elas podem atingir diferentes partes do sistema respiratório. As chamadas infecções das vias aéreas superiores afetam regiões como o nariz, a garganta e a laringe, como acontece nos resfriados, nas inflamações da garganta e nas sinusites. Já as infecções das vias aéreas inferiores atingem partes mais profundas do sistema respiratório, como os pulmões, sendo exemplos a bronquite, a bronquiolite e a pneumonia. Todas essas doenças estão entre as principais causas de adoecimento em crianças, especialmente naquelas que frequentam creches.

Crianças que frequentam creches, principalmente as menores de 3 anos, costumam apresentar mais episódios de infecções respiratórias. Isso acontece porque convivem de perto com muitas outras crianças, o que facilita a circulação de vírus e bactérias. Em média, elas podem ter de seis a oito episódios de infecção respiratória por ano. Quanto mais tempo a criança permanece na creche durante o dia, maior pode ser o risco de entrar em contato com esses microrganismos.

A maioria dessas infecções é causada por vírus e se transmite pelo ar, através da tosse e dos espirros, ou pelo contato com mãos e objetos contaminados. Na maior parte das vezes, são doenças leves que melhoram sozinhas após alguns dias. Infecções causadas por bactérias são menos comuns e acontecem em alguns casos.

Os sinais mais comuns dessas infecções incluem tosse, nariz entupido ou escorrendo, espirros e secreção nasal. Também podem aparecer dor de garganta, febre e mal-estar. Em crianças menores, esses sintomas podem ser mais intensos, e elas podem ficar mais irritadas ou apresentar dificuldade para se alimentar.

Na maioria das vezes, a criança pode continuar frequentando a creche ou a escola. O afastamento costuma ser indicado apenas quando há febre, abatimento, irritabilidade importante, choro persistente, dificuldade para respirar ou outros sinais de que a criança não está bem o suficiente para participar das atividades ou pode estar com uma doença mais grave.

Rinite

A rinite é uma das alergias mais comuns na infância. Ela acontece quando o nariz reage a substâncias que podem causar alergia, como poeira, ácaros, mofo, cheiros fortes ou mudanças de temperatura. Essa reação provoca uma inflamação na parte interna do nariz.

Os sintomas mais frequentes são coceira no nariz, espirros repetidos, nariz entupido ou escorrendo. Em alguns casos, também podem aparecer sintomas nos olhos, como lacrimejamento, vermelhidão e sensibilidade à luz. Muitas vezes esses sinais são parecidos com os de um resfriado, o que pode gerar dúvidas.

No entanto, diferente das infecções respiratórias, a rinite não é contagiosa, pois é uma reação alérgica do organismo. Por isso, a criança com rinite não precisa ser afastada da creche ou da escola, já que não há risco de transmissão para outras crianças.

O tratamento costuma incluir lavagem do nariz com soro fisiológico, que ajuda a limpar as vias nasais e aliviar os sintomas. Em alguns casos, o médico também pode indicar o uso de medicamentos nasais, como sprays com corticoide, que ajudam a controlar a inflamação e melhorar a respiração.

Infecção de ouvido (otite)

A infecção do ouvido é uma infecção ou inflamação muito comum na infância. Cerca de metade das crianças apresenta pelo menos um episódio durante o primeiro ano de vida, e até os 3 anos a maioria das crianças já terá tido algum episódio dessa doença.

Alguns fatores podem aumentar o risco de desenvolver otite. Entre eles estão a exposição à fumaça de cigarro, o uso frequente de mamadeira e de chupeta, além de infecções respiratórias que são comuns nessa fase da vida.

O principal sintoma é a dor de ouvido, que costuma começar de forma repentina. Em crianças pequenas, principalmente nas menores de 2 anos, essa dor pode aparecer como choro intenso, irritação, dificuldade para dormir ou sensibilidade quando se toca a orelha. Também pode haver febre. Em alguns casos, a criança pode apresentar vômitos ou diarreia. Mais raramente, pode ocorrer saída de secreção pelo

ouvido, o que indica que houve rompimento do tímpano.

Quando a criança apresenta febre, choro persistente ou muito desconforto, é recomendado que ela fique em casa e seja avaliada por um profissional de saúde. A criança pode retornar à creche ou à escola assim que estiver sem febre e se sentindo melhor, mesmo que ainda esteja em tratamento com antibióticos, quando esse medicamento for indicado pelo médico.

Diarreia aguda

A diarreia acontece quando a criança apresenta três ou mais evacuações com fezes amolecidas ou líquidas em um período de 24 horas. Mais importante do que o número de evacuações é a mudança na consistência das fezes, que passam a ficar mais líquidas do que o habitual. A diarreia aguda costuma ser uma condição passageira e ocorre quando há um desequilíbrio na absorção e na eliminação de líquidos e sais pelo intestino. Ela pode vir acompanhada de febre, vômitos ou, em alguns casos, presença de sangue nas fezes.

A diarreia é relativamente comum em crianças pequenas, especialmente naquelas com menos de 3 anos que frequentam creches. Isso acontece porque o contato próximo entre as crianças facilita a transmissão de vírus e outros microrganismos que podem causar infecção do intestino. O risco costuma ser ainda maior nos primeiros meses após a entrada da criança na creche, período em que ela passa a ter contato com novos ambientes e microrganismos.

Durante o período de diarreia, é importante que a criança permaneça em casa para se recuperar e evitar a transmissão para outras crianças. O retorno à creche ou à escola é recomendado somente após pelo menos 24 horas sem diarreia ou outros sintomas que motivaram o afastamento.

Em geral, não é necessário fazer nenhuma notificação específica nesses casos, mas é importante manter a escola informada sobre o estado de saúde da criança.

Vômitos

O vômito ocorre quando a criança elimina pela boca o conteúdo do estômago, geralmente alimentos ou líquidos. É diferente de eliminar apenas saliva ou catarro.

Esse sintoma pode acontecer por várias causas, sendo as mais comuns as infecções do estômago e do intestino, que podem ser provocadas por vírus, bactérias ou parasitas. Esses microrganismos podem ser transmitidos por mãos contaminadas, objetos compartilhados, água ou alimentos contaminados.

Quando a criança apresenta dois ou mais episódios de vômito em um período de 24 horas, o mais indicado é que ela permaneça em casa até melhorar. Isso ajuda tanto na recuperação da criança quanto na prevenção da transmissão para outras crianças.

Nesses casos, não é necessário fazer uma notificação específica, mas é importante que a escola seja informada sobre o que está acontecendo para que possa acompanhar a situação e orientar as famílias se necessário.

Piolho (Pediculose)

A pediculose é a infestação do couro cabeludo por piolhos, pequenos parasitas que vivem nos fios de cabelo e se alimentam de sangue do couro cabeludo. O ciclo de vida do piolho dura, em média, quatro a seis semanas. Durante esse período, a fêmea pode colocar muitos ovos, chamados lêndeas, que ficam bem presos aos fios de cabelo. Esses ovos costumam se abrir após cerca de sete a nove dias, dando origem a novos piolhos.

A transmissão acontece principalmente pelo contato direto entre as cabeças das crianças, situação comum durante brincadeiras ou momentos em que elas ficam muito próximas. O piolho não pula nem voa, mas passa facilmente de uma pessoa para outra quando há contato entre os cabelos.

Algumas crianças podem não apresentar sintomas, mas o sinal mais comum é coceira intensa no couro cabeludo, principalmente atrás das orelhas e na região da nuca. A coceira pode causar pequenas feridas ou crostas na pele. Em alguns casos, também podem aparecer ínguas (gânglios aumentados) nessas regiões.

No ambiente escolar, o controle do piolho deve ser feito principalmente por meio de orientação às famílias e cuidados com o tratamento adequado. O afastamento da criança pode ser considerado em alguns casos, mas deve ser avaliado com cuidado para evitar faltas prolongadas que possam prejudicar a participação da criança nas atividades escolares. O mais importante é iniciar o tratamento o quanto antes e verificar os cabelos com frequência.

Sarna (escabiose)



A escabiose, também conhecida como sarna, é uma doença de pele causada por um pequeno parasita que provoca irritação e coceira. A transmissão acontece principalmente por contato direto e prolongado com a pele de uma pessoa contaminada. Também pode ocorrer pelo contato com roupas, toalhas ou objetos usados recentemente por alguém infectado. É

importante lembrar que a escabiose não é transmitida por cães ou gatos.

O principal sintoma é a coceira intensa, que costuma piorar durante a noite. Na pele podem aparecer manchas avermelhadas, pequenas bolhas e crostas, além de pequenas marcas ou linhas finas na pele, causadas pelo parasita. Muitas vezes também surgem feridas provocadas pelo ato de coçar.

As lesões costumam aparecer principalmente entre os dedos das mãos, nos punhos, cotovelos, axilas, cintura, coxas, região íntima, mamas, barriga (principalmente ao redor do umbigo), e nas nádegas. Em bebês, os sinais podem ser um pouco diferentes, podendo surgir pequenas bolhas no rosto, pescoço, palmas das mãos e solas dos pés. Em alguns casos, também podem aparecer ínguas (gânglios aumentados) embaixo do braço ou na virilha.

Quando uma criança é diagnosticada com escabiose, recomenda-se que ela permaneça afastada da creche ou da escola até 24 horas após o início do tratamento, para evitar a transmissão para outras pessoas. Após esse período, geralmente já é seguro retornar às atividades habituais.

Sapinho (candidíase oral)



A candidíase oral, conhecida popularmente como sapinho, é uma infecção causada por um fungo chamado *Candida*. Ela pode aparecer na língua, no céu da boca e nas gengivas. O sinal mais comum são placas esbranquiçadas na boca, que lembram pequenos pontos de leite coalhado, geralmente acompanhadas de vermelhidão ao redor.

Essa infecção é relativamente comum em bebês. Estima-se que entre 20% e 40% das crianças saudáveis apresentem sapinho durante o primeiro ano de vida. A infecção pode ocorrer durante o parto, pelo contato com o canal de parto, ou também por meio de chupetas e bicos de mamadeira mal higienizados. Em alguns casos, também pode estar relacionada à infecção no seio materno durante a amamentação. O uso de alguns medicamentos, como corticoides inalados, também pode favorecer o aparecimento da candidíase.

Alguns bebês podem apresentar desconforto, irritação ou dificuldade para se alimentar, mas muitas vezes o sapinho não causa sintomas importantes. Crianças maiores podem relatar sensação de boca seca, alteração do paladar ou uma sensação diferente na boca, embora também seja comum não haver sintomas.

Em crianças menores, pode ser recomendado afastamento temporário da creche até que as lesões desapareçam ou até que se tenha certeza de que chupetas e mamadeiras não serão compartilhadas entre as crianças. A limpeza adequada desses objetos é uma medida importante para evitar a transmissão e o reaparecimento da infecção.

Doenças exantemáticas

As doenças exantemáticas são um grupo de doenças que têm como característica principal o aparecimento de manchas ou lesões na pele, geralmente acompanhadas de outros

sintomas como febre, mal-estar e diminuição do apetite.

Na maioria das vezes, essas doenças são causadas por vírus. Entre as mais conhecidas estão o sarampo, a rubéola, a catapora (varicela) e a quinta doença (eritema infeccioso). Cada uma delas apresenta características próprias, como tempo de evolução, intensidade dos sintomas e forma de transmissão.

Em muitas dessas doenças, é comum que a criança apresente sintomas gerais primeiro, como febre, cansaço ou falta de apetite. Somente depois surgem as manchas na pele, que ajudam a identificar a doença. Por isso, é importante que pais e cuidadores fiquem atentos ao aparecimento de febre e mudanças no estado geral da criança, principalmente quando surgem alterações na pele nos dias seguintes.

1 Catapora (Varicela)



As lesões da catapora geralmente começam a aparecer no tronco e no rosto, espalhando-se depois para outras partes do corpo. Elas também podem surgir na boca, na região íntima e próximo às orelhas. No início, aparecem como pequenas manchas avermelhadas, que depois se transformam em bolinhas com líquido claro ou amarelado. Quando essas bolhas se rompem, formam crostas. Além das lesões na pele, a criança pode apresentar febre baixa, dor de cabeça, vômitos, irritabilidade e mal-estar.

Na maioria dos casos, o tratamento é feito apenas para aliviar a coceira e o desconforto. É importante evitar o uso

de pasta d'água ou banhos com permanganato, pois essas substâncias podem irritar a pele e favorecer infecções nas feridas. Manter as unhas curtas e a pele limpa também ajuda a evitar machucados causados pelo ato de coçar.

Quando o diagnóstico de catapora é confirmado, a criança deve ser afastada da creche ou da escola para evitar a transmissão para outras crianças. O retorno às atividades é recomendado somente quando todas as lesões estiverem em forma de crosta, o que geralmente acontece entre 7 e 14 dias.

Quando ocorre um caso confirmado em uma creche ou escola, é importante que a instituição comunique a Unidade Básica de Saúde (UBS) responsável pela região. Isso permite que a equipe de saúde avalie a necessidade de vacinação de bloqueio contra a catapora em crianças suscetíveis, especialmente aquelas entre 9 meses e 5 anos, 11 meses e 29 dias que ainda não estejam protegidas.

2 Mão-pé-boca



A doença mão-pé-boca é uma infecção causada por um vírus chamado Coxsackie e é bastante contagiosa. A transmissão pode acontecer pelo contato com saliva, secreções respiratórias ou fezes de pessoas infectadas, além do contato com objetos contaminados. A pessoa infectada pode transmitir o vírus antes mesmo do início dos sintomas e também continuar eliminando o vírus nas fezes por algumas semanas.

Os sintomas mais comuns são febre, dor de garganta e diminuição do apetite. Depois disso, costumam surgir pequenas bolhas ou feridas na boca, na língua, nas mãos e nos pés. Essas lesões também podem aparecer nos cotovelos, tornozelos, nádegas e na região íntima, embora isso seja menos frequente. Nem todas as crianças apresentam feridas dentro da boca. A maioria dos casos ocorre em crianças menores de 5 anos.

O período de incubação, ou seja, o tempo entre o contato com o vírus e o aparecimento dos sintomas, costuma ser de 3 a 6 dias. A doença é mais contagiosa na primeira semana após o início dos sintomas. A imunidade após a infecção não é permanente, por isso a criança pode ter a doença mais de uma vez ao longo da vida.

A doença mão-pé-boca não é de notificação obrigatória, mas quando dois ou mais casos aparecem na mesma creche ou escola, a situação pode ser considerada um surto e deve ser comunicada aos serviços de saúde. Em geral, recomenda-se que a criança permaneça afastada da creche ou da escola por cerca de 7 a 10 dias a partir do início dos sintomas, para reduzir o risco de transmissão para outras crianças.

3 Rubéola



A rubéola é uma doença causada por um vírus e costuma provocar manchas avermelhadas na pele. Essas manchas geralmente começam no rosto, no couro cabeludo e no pescoço, espalhando-se depois para o tronco, braços e pernas. Em alguns casos, a criança também

pode apresentar febre baixa e aumento dos gânglios (ínguas), principalmente atrás das orelhas e no pescoço. Muitas vezes, especialmente em crianças, a doença pode ser leve ou até passar quase despercebida.

Antes do aparecimento das manchas na pele, algumas pessoas podem apresentar sintomas leves, como febre baixa, dor de cabeça, mal-estar, dores no corpo ou nas articulações, olhos avermelhados, coriza e tosse.

Quando a rubéola é diagnosticada, recomenda-se que a criança permaneça afastada da creche ou da escola por até 7 dias após o início das manchas na pele. Esse cuidado ajuda a reduzir a transmissão da doença.

Em situações especiais, como quando houve contato com uma mulher grávida que não esteja protegida contra a doença, o período de afastamento pode ser estendido para até 14 dias após o aparecimento das manchas, pois a rubéola pode causar complicações durante a gestação.

4 Roséola ou Exantema súbito



A roséola é uma infecção viral comum na infância, principalmente em crianças pequenas. A transmissão ocorre pelo contato com secreções respiratórias, como saliva, tosse e espirros, ou pelo contato com objetos e superfícies contaminadas.

A doença costuma começar de forma súbita com febre alta, geralmente entre 39 °C e 40 °C, que pode durar alguns dias e vir acompanhada de irritabilidade.

Um aspecto característico da roséola é que as manchas na pele aparecem somente depois que a febre desaparece.

As lesões são manchas rosadas ou avermelhadas, levemente elevadas, que normalmente começam no tronco e depois podem se espalhar para o pescoço, rosto e base dos braços e das pernas. Essas manchas costumam durar pouco tempo, geralmente entre 24 e 72 horas, e normalmente não provocam descamação da pele.

Durante o período da doença, recomenda-se que a criança permaneça afastada da creche ou da escola até que a febre tenha desaparecido, garantindo que ela esteja bem para retornar às atividades.

5 Escarlatina



A escarlatina é uma doença infecciosa e contagiosa, mais comum em crianças em idade escolar. Ela é causada por uma bactéria chamada *Streptococcus*, a mesma que pode provocar infecções de garganta (amigdalite) e outras doenças. Nem todas as pessoas que têm infecção de garganta por essa bactéria desenvolvem escarlatina. Isso acontece porque apenas algumas pessoas são sensíveis às toxinas produzidas pela bactéria, o que leva ao aparecimento das manchas características da doença. A transmissão ocorre principalmente pelo contato com saliva ou secreções do nariz e da garganta de pessoas infectadas. Isso pode acontecer por

meio de tosse, espirros, beijos ou pelo compartilhamento de objetos, como copos e utensílios, além do contato das mãos com superfícies contaminadas seguido de contato com a boca ou o nariz.

Os sintomas costumam incluir febre alta, mal-estar e dor de garganta, seguidos pelo aparecimento de manchas avermelhadas na pele, que podem se juntar e deixar a pele com uma textura áspera, parecida com lixa. Também podem aparecer palidez ao redor da boca, linhas mais marcadas nas dobras da pele e uma língua avermelhada, conhecida como "língua em morango". Após cerca de uma semana, pode ocorrer descamação da pele, principalmente nas mãos e nos pés.

Sem tratamento, a pessoa pode transmitir a doença por 10 a 21 dias. Por isso, quando o diagnóstico é confirmado, a criança deve permanecer afastada da creche ou da escola por pelo menos 24 horas após o início do tratamento com antibióticos, momento em que o risco de transmissão já é muito menor.

6 Eritema infeccioso



O eritema infeccioso é uma doença viral geralmente leve, bastante comum na infância. No início, podem aparecer alguns sintomas inespecíficos, como febre baixa, dor de cabeça e dores no corpo.

O sinal mais característico da doença é o aparecimento de vermelhidão nas bochechas, dando à criança um aspecto conhecido como "rosto esbofetado". Essa vermelhidão costuma atingir

principalmente as bochechas, enquanto outras partes do rosto permanecem normais.

Depois disso, podem surgir manchas avermelhadas no corpo, principalmente no tronco e nos braços e pernas. Essas manchas costumam ter um aspecto em rede ou rendilhado, com áreas mais claras no centro. As lesões geralmente desaparecem sozinhas ao longo de até três semanas.

Em alguns casos, as manchas podem aparecer novamente por curtos períodos, especialmente após exposição ao sol, calor, estresse ou mudanças de temperatura.

Não é necessário afastar a criança da creche ou da escola quando as manchas aparecem, pois o período de transmissão da doença ocorre antes do surgimento da vermelhidão. Portanto, quando a vermelhidão surge na pele, geralmente a criança já não está mais transmitindo o vírus.

7 Sarampo



O sarampo é uma doença viral muito contagiosa. No início, a criança costuma apresentar febre, tosse, coriza (nariz escorrendo) e olhos vermelhos, parecidos com uma conjuntivite. Após cerca de três a cinco dias, começam a surgir manchas avermelhadas na pele, que podem se juntar formando áreas maiores.

Essas manchas geralmente começam atrás das orelhas e na região do couro cabeludo, espalhando-se depois para o rosto, tronco, braços e pernas, podendo chegar até às palmas das mãos e plantas dos pés. A febre costuma

diminuir três a quatro dias após o aparecimento das manchas, quando não há complicações. As lesões desaparecem aproximadamente cinco a seis dias depois, podendo deixar uma leve alteração na cor da pele e uma descamação fina por alguns dias.

Em situações de contato com alguém doente, crianças com mais de seis meses que não foram vacinadas ou receberam apenas uma dose da vacina podem receber a vacina tríplice viral (SCR) nas primeiras 72 horas após a exposição, como forma de proteção. Para bebês com menos de seis meses, pode ser indicada a imunoglobulina até seis dias após o contato com o vírus.

Crianças com suspeita de sarampo devem permanecer afastadas da creche ou da escola até completar sete dias após o início das manchas na pele, período em que ainda podem transmitir a doença. Como o sarampo é uma doença de grande importância para a saúde pública, todo caso suspeito deve ser comunicado imediatamente aos serviços de saúde, como a Secretaria Municipal de Saúde ou a Vigilância Epidemiológica.

Foliculite e Furúnculo



A foliculite é uma inflamação que ocorre na região onde o pelo nasce na pele. Ela costuma aparecer como uma pequena área avermelhada com um pontinho de pus, parecida com uma espinha. Às vezes é possível ver o próprio pelo dentro dessa pequena lesão. Esse problema é relativamente comum em crianças e aparece com mais frequência

no bumbum e nas pernas, principalmente na parte interna ou posterior das coxas.

Na maioria das vezes, essas lesões não causam dor e costumam desaparecer sozinhas em cerca de 7 a 10 dias. Após a melhora, pode permanecer por algum tempo uma mancha mais escura na pele, que tende a desaparecer com o tempo. Alguns fatores podem favorecer o aparecimento da foliculite, como pequenos machucados na pele, arranhões, higiene inadequada ou o uso de alguns cremes e pomadas.

Quando a inflamação se aprofunda na pele, a foliculite pode evoluir para um furúnculo, que é uma lesão maior, com acúmulo mais importante de pus e geralmente mais dolorosa. Nesses casos, pode ser necessário tratamento médico, que às vezes inclui a drenagem da secreção.

A necessidade de afastamento da creche ou da escola depende de alguns fatores, como a quantidade de lesões, o local onde elas estão e a presença de secreção. Em geral, lesões pequenas que podem ser cobertas com curativo ou que estão em áreas protegidas do corpo não exigem afastamento, desde que a criança esteja bem e sem sinais de infecção mais extensa.

Impetigo



O impetigo é uma infecção bacteriana da pele muito comum em crianças. Existem dois tipos principais: o impetigo não bolhoso, que é o mais frequente, e o impetigo bolhoso. Alguns fatores podem facilitar o aparecimento dessa infecção, como higiene inadequada,

pequenas feridas na pele e, em alguns casos, desnutrição.

O impetigo não bolhoso, também chamado de impetigo contagioso, costuma começar com pequenas bolhas ou feridas, que rapidamente se rompem e formam crostas amareladas, parecidas com a cor de mel. Em crianças, é comum que novas lesões apareçam próximas da primeira, porque a infecção pode se espalhar quando a criança coça ou toca a área afetada.

Já o impetigo bolhoso começa com bolhas maiores e de paredes finas, que contêm um líquido inicialmente claro e depois mais turvo. Essas bolhas se rompem com facilidade, deixando uma área superficial machucada na pele, geralmente com restos da bolha ao redor. Embora o rosto seja uma das regiões mais afetadas, as lesões podem surgir em qualquer parte do corpo.

O tratamento pode ser feito com pomadas antibióticas aplicadas diretamente na pele ou com antibióticos por via oral, dependendo da quantidade e da extensão das lesões. Em geral, pomadas são utilizadas em casos mais leves, enquanto o uso de antibióticos por boca pode ser necessário quando há muitas lesões, lesões mais extensas, febre, ínguas ou sinais de infecção mais profunda.

A necessidade de afastamento da creche ou da escola depende da quantidade de lesões, da localização e da presença de secreção. Lesões pequenas, que possam ser cobertas com curativo ou estejam em áreas protegidas do corpo, geralmente não exigem afastamento. No entanto, enquanto as lesões não estiverem completamente cicatrizadas, é recomendado evitar atividades como piscinas, tanques de areia ou banhos de mangueira, para prevenir a transmissão da infecção e favorecer a cicatrização da pele.



BIBLIOGRAFIA

ALVES Kaylane Carlos Komarsson, BATISTA Andréia Ferreira, ALMEIDA Paulo César, BARBOSA Lorena Ximenes. (2008). Problemas respiratórios em crianças na primeira infância: conhecimento dos profissionais da creche. *Rev. Mineira de Enfermagem*, v.12, n.1, p. 92-98. Acesso em: 14 Ago. 2023.

CARVALHO Vânia Oliveira de *et al.* (2020). Infecções Fúngicas Superficiais. *Documento Científico*, p. 1-14. Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/22626c-DC_-_Infecoes_Fungicas_Superficiais.pdf. Acesso em: 14 ago. 2023.

CARVALHO Vânia Oliveira de *et al.* (2022). Infecções Bacterianas Superficiais Cutâneas. *Documento Científico*, p. 1-14. Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/23597c-DC_Infecoes_Bacterianas_Superficiais_Cutaneas.pdf. Acesso em: 14 ago. 2023.

DI FRANCESCO Renata C., DE MORICZ Renata Dutra, MARONE Silvío. (2016). Otite Média Aguda em Pediatria. *Atualize-se*, v. 1, n. 3, p. 4-9. Disponível em: <https://www.spsp.org.br/site/asp/boletins/AT3.pdf>. Acesso em: 14 ago. 2023.

DOMINGUES Natália Tonon, PIRES Adriana Monteiro de Barros. (2022). Infecções externas nasais: como prevenir? *Recomendações Atualização de Condutas em Pediatria*, v.1, n. 97, p. 3-7. Disponível em: https://www.spsp.org.br/site/asp/recomendacoes/Recomendacoes97_SPSP_alta.pdf. Acesso em: 14 ago. 2023.

ESCARLATINA. Brasília: Ministério da Saúde, 2024b. Disponível: <https://bvsmis.saude.gov.br/escarlatina/#:~:text=%E2%80%93%20Crian%C3%A7as%20com%20escarlatina%20devem%20ser,sintomas%20podem%20transmitir%20a%20doen%C3%A7a>. Acesso em: 14 ago. 2024.

FERNANDES Tadeu Fernando. (2020). Ectoparasitoses. *Documento Científico*, n. 5, p. 1-12. Disponível em https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/22734c-DC-Ectoparasitoses.pdf. Acesso em: 14 ago. 2023.

KFOURI Renato de Ávila. (2018). Atualização sobre Sarampo. *Guia prático de atualização*, n. 5, p. 1-12. Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/23597c-DC_Infecoes_Bacterianas_Superficiais_Cutaneas.pdf. Acesso em: 14 ago. 2023.

MARUN David Cury *et al.* (2023a). Diarreia e vômito. *Informativo para as escolas*, n. 39, p. 1-3. Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/23828_6c-InfoEscolas-_Diarreia_e_Vomito.pdf. Acesso em: 14 ago. 2023.

MARUN David Cury *et al.* (2023b). Síndrome Mão Pé Boca. *Informativo para as escolas*, n. 61, p. 1-3. Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/22039d-DocCient_-_Sindrome_Mao-Pe-Boca.pdf. Acesso em: 14 ago. 2023.

MARUN David Cury *et al.* (2023c). Varicela (Catapora). *Informativo para as escolas*, n. 42, p. 1-3. Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/23828_1d-InfoEscolas-

_Varicela__Catapora_.pdf. Acesso em: 14 ago. 2023.

MORAIS Mauro Batista de *et al.* (2017). Diarreia aguda: diagnóstico e tratamento. **Guia Prático de Atualização**, n. 1, p. 1-15. Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/2017/03/Guia-Pratico-Diarreia-Aguda.pdf. Acesso em: 14 ago. 2023.

NESTI, Maria Mastrobuono., GOLBAUM, Moisés. (2007). As creches e pré-escolas e as doenças transmissíveis. **Jornal de Pediatria**, v. 83, n. 4, p. 299–312. ISSN 0021-7557 online DOI 10.2223/JPED.1649 Disponível em: <https://www.scielo.br/j/jped/a/GF5Z5cp8X5SczvmJjVgbsGP/>. Acesso em: 14 ago. 2023.

PESTANA, Ana Paula (2003). Conhecimentos e atitudes dos pais perante a febre dos filhos. **Revista Portuguesa De Medicina Geral e Familiar**, v. 19, n. 4, p. 333-343. DOI <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v19i4.9955> Disponível em: <https://rpmgf.pt/ojs/index.php/rpmgf/article/view/9955>. Acesso em: 09 jan. 2025.

RAPOPORT Andrea, PICCININI Cesar Augusto. (2001). O Ingresso e Adaptação de Bebês e Crianças Pequenas à Creche: Alguns Aspectos Críticos. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 14, n. 1, p. 81–95. ISSN 0102-7972 online DOI 10.1590/S0102-79722001000100007 Disponível em: <https://www.scielo.br/j/prc/a/5GPg5rM88QtThrNMrxHFxPb/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 14 ago. 2023.

RIBEIRO Alice B. Cruz, BELTRAME Ana Paula, MOREIRA Danielle M. (2021). **Cartilha de promoção de saúde e prevenção de doenças e acidentes nas escolas**. Disponível em: [\[de-CARTILHA-DE-PROMOCAO-DE-SAUDE-E-ORIENTACAO-E-PREVENCAO-DE-DOENCAS-E-ACIDENTES-NAS-ESCOLAS3.pdf\]\(#\). Acesso em: 14 ago. 2023.](https://saojose.sc.gov.br/wp-content/uploads/2021/06/Copia-de-Copia-</p>
</div>
<div data-bbox=)

SÁFADI Marco Aurélio P *et al.* (2021). Manejo da Febre Aguda. Sociedade Brasileira de Pediatria. **Documento Científico**, p. 1-14. Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/23229c-DC_Manejo_da_febre_aguda.pdf. Acesso em: 14 ago. 2023.

SÁFADI Marco Aurélio Palazzi *et al.* (2019). Síndrome Mão-Pé-Boca. **Documento Científico**, p. 1-8. Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/_22039d-DocCient_-_Sindrome_Mao-Pe-Boca.pdf. Acesso em: 14 ago. 2023.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina. Superintendência de Vigilância em Saúde. Diretoria de Vigilância Epidemiológica. **Doenças exantemáticas febris**. [201-]. Disponível em: [file:///C:/Users/regina.boaventura/Downloads/exantemas%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/regina.boaventura/Downloads/exantemas%20(1).pdf). Acesso em: 14 ago. 2023.

VIEIRA, Luiza Jane Eyre de Souza, CARNEIRO, Rochelle Cíntia Militão Maciel, FROTA, Mirna Albuquerque, GOMES, Ana Lúcia Araújo, XIMENES, Lorena Barbosa. (2009). Ações e possibilidades de prevenção de acidentes com crianças em creches de Fortaleza, Ceará. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 5, p.1687–1697, ISSN 1413-8123 online DOI. 10.1590/S1413-81232009000500010 Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/Kz5q9Hpd6wnqrVJCNw7CpyS/>. Acesso em: 02 maio 2023.

A alimentação infantil é um dos pilares fundamentais para o crescimento saudável, o desenvolvimento cognitivo e a manutenção de um sistema imunológico forte. No entanto, muitos pais e educadores têm dúvidas sobre quais práticas alimentares são mais adequadas para as crianças em diferentes fases da infância, especialmente no contexto das creches e escolas. Durante as atividades educativas realizadas, ficou evidente que a nutrição infantil é uma preocupação recorrente, sendo um tema que gera questionamentos sobre a composição das refeições, a qualidade dos alimentos oferecidos e os impactos da alimentação na saúde infantil. Diante dessa realidade, a criação de uma cartilha sobre nutrição infantil se torna uma estratégia essencial para fornecer informações acessíveis e baseadas em evidências, promovendo hábitos alimentares mais saudáveis e reduzindo a desinformação.

A falta de conhecimento sobre a alimentação infantil pode levar a erros na composição das dietas das crianças, afetando sua saúde a curto e longo prazo. Uma nutrição inadequada na primeira infância pode resultar em déficits no crescimento, comprometimento do desenvolvimento cognitivo e maior predisposição a infecções devido à fragilidade do sistema imunológico. Além disso, a adoção de hábitos alimentares inadequados desde cedo está diretamente associada ao aumento da prevalência de doenças crônicas não transmissíveis, como obesidade infantil, diabetes tipo 2 e hipertensão, que podem se manifestar precocemente e persistir na vida adulta. Diante disso, a cartilha terá um papel essencial na orientação de pais e educadores sobre a importância da alimentação equilibrada e a necessidade de incentivar escolhas alimentares saudáveis desde os primeiros anos de vida.

Outro aspecto relevante que justifica a criação desse material é a desinformação sobre alimentação infantil, frequentemente reforçada por mitos e crenças populares que nem sempre têm embasamento científico. Muitas famílias, por exemplo, acreditam que crianças devem comer grandes quantidades de determinados alimentos para ficarem bem nutridos, sem considerar a importância da variedade e do equilíbrio nutricional. Outras dúvidas comuns incluem a necessidade de suplementação, a frequência ideal de refeições, o papel dos alimentos ultraprocessados na dieta e a relação entre alimentação e comportamento infantil. A cartilha permitirá esclarecer esses pontos de forma acessível e objetiva, proporcionando informações confiáveis para que pais e educadores possam tomar decisões mais embasadas.

Além das dúvidas sobre a alimentação cotidiana, há também muitas incertezas sobre como alimentar crianças em situações específicas, como durante doenças ou períodos de inapetência. Muitas vezes, os pais ficam inseguros sobre quais alimentos oferecer quando a criança está com febre, diarreia ou resfriado, e podem recorrer a dietas restritivas ou inadequadas, agravando ainda mais o quadro clínico. A cartilha poderá fornecer orientações práticas sobre a alimentação nesses momentos, ajudando os responsáveis a compreenderem quais estratégias são mais adequadas para garantir a nutrição e a recuperação da criança.

No contexto escolar, a nutrição infantil também é um desafio, pois muitas crianças passam grande parte do dia na creche ou na escola e realizam refeições nesses ambientes. É essencial que educadores e cuidadores tenham conhecimento sobre a importância de uma alimentação saudável e saibam lidar com situações como recusa alimentar, seletividade e incentivo ao consumo de frutas, legumes e outros alimentos nutritivos. Uma cartilha com orientações claras sobre como estimular bons hábitos alimentares dentro da escola pode contribuir para a criação de um ambiente mais favorável à saúde e ao aprendizado das crianças.

Outro fator relevante é a necessidade de envolver toda a comunidade escolar no processo de educação alimentar. Além de pais e educadores, a cartilha pode ser um recurso útil para nutricionistas, coordenadores pedagógicos e demais profissionais da escola que lidam com a alimentação das crianças. O material pode orientar sobre o planejamento de cardápios equilibrados, a importância da diversidade alimentar e a necessidade de evitar alimentos ultraprocessados e ricos em açúcares e gorduras. Ao promover esse conhecimento dentro das instituições de ensino infantil, a cartilha contribuirá para a criação de políticas alimentares mais saudáveis e sustentáveis no ambiente escolar.

Diante dessas questões, fica evidente a importância de um material educativo que seja acessível, objetivo e prático, garantindo que pais, educadores e profissionais da educação infantil tenham acesso a informações confiáveis sobre a nutrição pediátrica. A cartilha servirá como um guia de consulta para auxiliar na tomada de decisões, incentivar hábitos alimentares saudáveis e minimizar a desinformação sobre o tema. Além disso, ao estimular o diálogo sobre alimentação infantil, a cartilha poderá fortalecer a parceria entre família e escola, garantindo que as crianças recebam

orientações coerentes e contínuas sobre nutrição em todos os ambientes em que estão inseridas.

Portanto, a criação dessa cartilha representa um passo importante na promoção da saúde infantil, contribuindo para um desenvolvimento mais saudável e prevenindo problemas nutricionais que podem comprometer o bem-estar das crianças a longo prazo. A educação alimentar deve começar desde os primeiros anos de vida, e disponibilizar esse conhecimento de forma acessível e didática pode fazer a diferença na formação de hábitos saudáveis que perdurem ao longo da vida.

Os tópicos abordados na cartilha são fruto de relatos extraídos da dinâmica com os pais ou responsáveis bem como demandas apresentadas pelas educadoras na atividade de campo. O material de apoio a sua elaboração foi o Manual de Nutrologia Pediátrica da Sociedade Brasileira de Pediatria, complementado por artigos da área. A presença de ilustrações torna o material mais atraente para consulta e para leitura e, dessa forma, foi optado por gerá-las pelo Copilot, inteligência artificial gratuita da Microsoft.

CARTILHA DE NUTROLOGIA PEDIÁTRICA

Orientação para pais e educadores



Dr. Angelo Carneiro Bonadio

Índice

1. **Importância da alimentação na infância** – Como a nutrição influencia o crescimento, desenvolvimento e imunidade das crianças.
2. **Grupos alimentares essenciais** – Explicação sobre carboidratos, proteínas, gorduras, vitaminas e minerais.
3. **Introdução alimentar e hábitos saudáveis** – Orientações sobre alimentação equilibrada desde os primeiros anos.
4. **Manejo de dificuldades alimentares** – Estratégias para lidar com crianças seletivas ou com baixa aceitação alimentar.
5. **Alimentação durante doenças** – O que oferecer e evitar em situações como febre, diarreia, resfriados e inapetência.
6. **Hidratação e consumo de líquidos** – Importância da água e o impacto das bebidas açucaradas na saúde.
7. **Impacto dos ultraprocessados** – Como evitar e substituir alimentos industrializados na rotina infantil.
8. **Dicas para educadores e escolas** – Como incentivar bons hábitos alimentares no ambiente escolar.
9. **Suplementação de Vitamina D e Ferro** – Quando e Por Que é Necessário?
10. **Aleitamento Materno** – Importância e Desmame

1. Importância da alimentação na infância – Como a nutrição influencia o crescimento, desenvolvimento e imunidade das crianças

A alimentação na infância apresenta um papel fundamental no crescimento saudável, no desenvolvimento cerebral e na manutenção de um sistema imunológico forte. Durante os primeiros anos de vida, a criança passa por intensas transformações físicas que dependem de uma nutrição equilibrada para garantir seu pleno potencial de desenvolvimento. Uma dieta rica em nutrientes essenciais não só fornece energia para as atividades diárias, mas também previne deficiências nutricionais que podem comprometer a saúde a longo prazo.

O consumo adequado de proteínas, vitaminas e minerais é essencial para a formação óssea, o desenvolvimento muscular e a regulação do organismo. O cálcio e a vitamina D, por exemplo, são fundamentais para a saúde dos ossos, prevenindo o raquitismo e garantindo uma estrutura óssea forte. O ferro, por sua vez, é indispensável para a formação do sangue, prevenindo a anemia, condição que pode comprometer o desenvolvimento infantil, causando cansaço, dificuldade de concentração e baixo rendimento escolar.

Além do crescimento, a nutrição também desempenha um papel importante no desenvolvimento neurológico. Durante a infância, o cérebro está em formação e depende de nutrientes específicos para o amadurecimento neuronal e a construção das conexões específicas. Ácidos graxos essenciais, como o ômega-3, encontrados em peixes e oleaginosas, são benéficos para o desenvolvimento cerebral e a capacidade de aprendizado. Vitaminas do complexo B, como a B12 e o ácido fólico, também são fundamentais para a função neurológica adequada. Crianças que recebem uma alimentação equilibrada apresentam melhor desempenho escolar, maior capacidade de concentração e melhor desenvolvimento intelectual.

O aspecto crucial da alimentação infantil é sua relação direta com o sistema imunológico. Uma dieta rica em frutas, legumes, proteínas magras e grãos integrais fornece antioxidantes, vitaminas e minerais que fortalecem as defesas do organismo contra infecções. A vitamina C, presente em frutas cítricas, e o zinco, encontrado em carnes, ovos e leguminosas, desempenham papel essencial na resposta da imunidade, ajudando a reduzir a frequência e a gravidade de infecções respiratórias comuns na infância. Além disso, um intestino saudável, consequência do consumo adequado de fibras e probióticos, melhora a absorção de nutrientes e fortalece a imunidade.



Por outro lado, uma alimentação prejudicial, caracterizada pelo grande consumo de alimentos ultraprocessados, ricos em açúcar, gorduras saturadas e sódio, pode comprometer esses processos. O excesso de açúcar na dieta infantil está associado ao aumento da obesidade, ao risco de diabetes tipo 2 e aos problemas metabólicos que podem surgir ainda na infância. Além disso, a ingestão de alimentos pobres em nutrientes pode levar a deficiências nutricionais que impactam diretamente o crescimento, a capacidade de aprendizado e a imunidade da criança.

Diante disso, garantir uma alimentação balanceada e nutritiva desde os primeiros anos de vida é essencial para que uma criança cresça saudável e desenvolva hábitos alimentares adequados. O incentivo ao consumo de alimentos naturais, a oferta variada de nutrientes e a orientação de pais e educadores sobre a importância da nutrição na infância são medidas fundamentais para a promoção da saúde infantil. A formação de bons hábitos alimentares desde cedo tem

impactos positivos que se estendem para toda a vida, prevenindo doenças e garantindo melhor qualidade de vida na idade adulta.

2. Grupos alimentares essenciais – A base para uma alimentação equilibrada na infância

Para que uma criança tenha um crescimento saudável e um desenvolvimento adequado, é fundamental que sua alimentação inclua todos os grupos alimentares essenciais. Cada grupo desempenha uma função específica no organismo, fornecendo energia, regulando o metabolismo e fortalecendo o sistema imunológico. O equilíbrio entre esses nutrientes garante que a criança tenha disposição para as atividades diárias, aprenda com mais eficiência e desenvolva bons hábitos alimentares para a vida adulta.



Os **carboidratos** são a principal fonte de energia do organismo e essenciais para que uma criança mantenha um metabolismo ativo e saudável. Alimentos como arroz, pão, macarrão, batata, mandioca e cereais integrais são ricos em carboidratos, fornecem energia necessária para brincar, estudar e crescer. No entanto, é importante dar preferência às versões integrais, que possuem maior teor de fibras, promovendo saciedade e melhor funcionamento intestinal. O consumo elevado de carboidratos, como doces e produtos industrializados, deve ser evitado, pois pode levar ao aumento do risco de obesidade e alterações metabólicas.

As **proteínas** são fundamentais para a construção e manutenção dos tecidos do corpo, incluindo músculos, ossos e órgãos. Eles também são essenciais para o funcionamento do sistema imunológico, ajudando a combater infecções. Os aminoácidos são as menores porções da proteína. Nosso corpo é capaz de produzir alguns aminoácidos, porém existe uma variedade que não é possível ser produzido. Esses aminoácidos são conhecidos como essenciais. Eles são encontrados em proteínas de origem animal, como carne, frango, peixe, ovos, leite e seus derivados. Já as proteínas de origem vegetal, encontradas em feijões, lentilhas, grão de bico e soja, também são boas opções, especialmente quando combinadas.

Como as **gorduras** são frequentemente vistas de forma negativa, mas são indispensáveis para a ingestão de algumas vitaminas (A, D, E e K), para a formação das células e para o desenvolvimento do sistema nervoso. As gorduras saudáveis, encontradas no azeite de oliva, abacate, castanhas, nozes e peixes como o salmão, fornecem vitaminas essenciais que auxiliam na função cerebral e na regulação da inflamação. Já as gorduras saturadas e trans, presentes em frituras, fast food e produtos ultraprocessados, devem ser evitadas, pois aumentam o risco de doenças cardíacas e inflamatórias.

As **vitaminas e minerais** são micronutrientes essenciais que regulam diversas funções do organismo. A vitamina A, presente na cenoura, abóbora e vegetais verdes-escuros, é fundamental para a saúde da visão e do sistema imunológico. O ferro, encontrado predominantemente em carnes, previne a anemia. O cálcio, presente no leite e seus derivados, fortalece ossos e dentes. Já a vitamina C, abundante em frutas cítricas como laranja e acerola, auxilia na absorção de ferro e fortalece o sistema imunológico. Para garantir uma alimentação rica em vitaminas e minerais, é essencial promover o consumo de frutas, verduras e legumes diariamente.

As **fibras** desempenham um papel importante na digestão e no equilíbrio metabólico. Elas se apresentam em alimentos integrais, legumes, frutas e verduras, e auxiliam no funcionamento intestinal, prevenindo a constipação. Além disso, as fibras ajudam a regular o apetite da criança, prevenindo o consumo exagerado de alimentos ultraprocessados.

A **hidratação** também faz parte de uma alimentação equilibrada e deve ser incentivada desde cedo. A água é essencial para o transporte de nutrientes, regulação da temperatura do corpo e funcionamento dos órgãos. O consumo adequado de água evita a desidratação e melhora a disposição das crianças. Bebidas açucaradas, como refrigerantes e sucos artificiais, devem ser evitadas, pois são prejudiciais para o aumento do risco de obesidade e cáries dentárias.

Oferecer uma alimentação variada, contendo todos os grupos alimentares, é a melhor maneira de garantir que a criança receba os nutrientes necessários para seu

crescimento e desenvolvimento. Além de fornecer energia e fortalecer o organismo, o equilíbrio entre os diferentes grupos alimentares ensina a criança a ter uma relação saudável com a alimentação, prevenindo deficiências nutricionais e doenças futuras.

3. Introdução alimentar e hábitos saudáveis – orientações sobre alimentação equilibrada desde os primeiros anos

A introdução alimentar é um marco fundamental no desenvolvimento infantil e tem impacto direto na formação dos hábitos alimentares ao longo da vida. Esse processo deve ser levado de forma gradual, respeitando as necessidades nutricionais do bebê e incentivando a facilidade de diferentes sabores e texturas. Além de fornecer os nutrientes necessários para o crescimento, uma introdução alimentar adequada também ajuda a prevenir problemas como seletividade alimentar, deficiências nutricionais e doenças associadas aos maus hábitos alimentares na infância e na vida adulta.



A recomendação da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do Ministério da Saúde é que o **leite materno seja exclusivo até os seis meses de idade**, pois o leite materno contém todos os nutrientes necessários para o crescimento e desenvolvimento do bebê, além de fortalecer o sistema imunológico. A partir de

seis meses, inicia-se a introdução de novos alimentos, que devem complementar o leite materno e não o substituir imediatamente. Para bebês que não são amamentados, as fórmulas infantis são indicadas até três anos de idade, sendo fundamental a orientação do pediatra.

A introdução alimentar deve seguir o princípio da oferta de alimentos naturais e minimamente processados, evitando ultraprocessados, açúcar até os dois anos de idade. Recomenda-se ausência de sal até um ano e após essa idade o consumo deve ser feito com moderação. Frutas, legumes, verduras, cereais e proteínas devem ser apresentados ao bebê em diferentes formas e texturas para estimular a flexibilidade alimentar. O método tradicional consiste na oferta de papinhas amassadas, enquanto o método Baby-Led Weaning (BLW) permite que o bebê explore os alimentos com autonomia, pegando pedaços maiores e levando-os à boca sozinho. Ambos os métodos podem ser combinados, sempre respeitando a segurança alimentar e evitando riscos de consumo.

Nos primeiros anos de vida, é essencial criar um ambiente positivo e sem pressão durante as refeições. Os pais e cuidadores devem entender que a liberdade de novos alimentos pode levar tempo e que a recusa inicial não significa que uma criança nunca comerá determinado alimento. O mesmo alimento pode precisar ser oferecido 8 vezes ou mais antes de ser aceito. Portanto, a paciência e a persistência são fundamentais para o sucesso da introdução alimentar e para o desenvolvimento de hábitos saudáveis.

Outro aspecto essencial na formação dos hábitos alimentares é a rotina. Ter horários regulares para as refeições ajuda a criança a entender a importância do momento da alimentação e a desenvolver uma relação saudável com a comida. Evitar distrações, como telas (celular, TV, tablet), e estimular o hábito de comer à mesa com a família favorecendo o aprendizado alimentar e a percepção dos sinais de fome e saciedade, prevenindo o desenvolvimento de hábitos alimentares inadequados no futuro.

A exposição precoce a alimentos com muito açúcar e sal pode levar a consequências graves, como aumento do risco de obesidade infantil, diabetes e hipertensão. Alimentos como refrigerantes, sucos artificiais, biscoitos industrializados, salgadinhos e embutidos devem ser evitados na alimentação infantil, pois além de não fornecerem nutrientes adequados, prejudicam o paladar da criança, dificultando a acessibilidade de alimentos naturais. O ideal é que a introdução alimentar seja feita com base em alimentos frescos e caseiros, dando preferência a refeições coloridas e diversificadas.

Além da escolha dos alimentos, a maneira como eles são oferecidos também influencia a relação da criança com a comida. Criar um ambiente tranquilo, permitindo a independência controlada da criança e respeitando os sinais de

saciedade são estratégias fundamentais. A insistência exagerada para que uma criança coma ou o uso da comida como recompensa podem gerar comportamentos alimentares problemáticos, como resistência a novos alimentos ou dependência emocional da alimentação.

A introdução alimentar é um processo que vai muito além de apenas oferecer novos alimentos ao bebê. Trata-se de um período essencial para a construção de hábitos saudáveis, que influenciarão diretamente na alimentação na infância e na vida adulta. A orientação dos pais e cuidadores nesse momento é fundamental para garantir que a criança tenha uma alimentação equilibrada, prazerosa e nutritiva, promovendo saúde e bem-estar ao longo de sua vida.

4. Manejo de dificuldades alimentares – Estratégias para lidar com crianças seletivas ou com baixa aceitação alimentar

As dificuldades alimentares são comuns na infância e podem gerar preocupação para pais e educadores. A seletividade alimentar, caracterizada pela recusa frequente de determinados alimentos ou pela restrição a um pequeno grupo de alimentos, é um dos desafios mais comuns. Essas dificuldades podem ter diversas origens, incluindo fatores biológicos, emocionais e comportamentais, e alterar estratégias adequadas para serem gerenciadas sem gerar estresse ou impacto negativo na relação da criança com a alimentação.

A seletividade alimentar é um comportamento esperado em algumas fases do desenvolvimento infantil, especialmente entre 1 e 6 anos, período em que muitas crianças passam a rejeitar novos alimentos e preferem aqueles que já estão acostumados. Esse comportamento, conhecido como neofobia alimentar, antigamente protegia as crianças contra o consumo de alimentos tóxicos. No entanto, quando essa seletividade persiste e compromete a variedade nutricional da dieta, é necessário intervir de maneira paciente e estratégica.

Uma das estratégias mais eficazes para lidar com a recusa alimentar é a **exposição repetida e positiva aos alimentos**. Estudos indicam que um alimento pode precisar ser oferecido entre 10 e 15 vezes até que seja aceito pela criança. Portanto, os pais e cuidadores devem continuar fornecendo os alimentos recusados sem o forçar, criando um ambiente tranquilo e sem cobranças. Além disso, variar a forma de preparo, como assar, cozinhar no vapor ou combinar com outros ingredientes, pode ajudar na facilidade.



Outra estratégia eficaz é **envolver a criança no processo alimentar**, permitindo que ela participe da escolha e do preparo dos alimentos. Atividades como montar o próprio prato, ajudar a lavar os vegetais ou ingredientes aumentam o interesse pela refeição e mantêm a resistência a novos sabores e texturas.

Criar uma **rotina alimentar estruturada** também é essencial para lidar com a seletividade e a baixa acessibilidade alimentar. Crianças que chegam a qualquer momento do dia, sem horários fixos para as refeições, podem apresentar menor interesse na alimentação principal. Estabelecer horários regulares para café da manhã, almoço, lanche e jantar ajuda a regular o apetite e evita que a criança recorra a lanches de baixo valor nutricional entre as refeições.

O exemplo dos adultos é outro importante fator no comportamento alimentar infantil. As crianças aprendem observando e tendem a imitar os hábitos alimentares dos pais e educadores. Por isso, é importante que os responsáveis tenham uma alimentação equilibrada e demonstrem prazer ao consumir alimentos

saudáveis. Refeições em família trazem grande impacto para a assimilação de bons hábitos alimentares. As refeições devem ocorrer sem distrações como televisão ou celulares, promovendo um ambiente positivo e incentivando a experimentação de novos alimentos.

Por outro lado, algumas práticas devem ser evitadas, pois podem agravar as dificuldades alimentares. O uso da comida como recompensa ou proteção, por exemplo, pode gerar uma relação emocional negativa com a alimentação. Frases como *"se você comer tudo, pode ganhar uma sobremesa"* ou *"se não comer, vai ficar sem brincar"* reforçam a ideia de que a comida saudável é uma punição, enquanto os alimentos menos nutritivos são vistos como prêmio.

A insistência exagerada para que uma criança coma pode atrapalhar. Se uma criança perceber que sua recusa gera uma resposta emocional nos pais, como frustração ou preocupação, ela pode usar a alimentação como forma de controle ou atenção. Em vez disso, o ideal é manter uma postura neutra, oferecendo uma refeição de forma tranquila e respeitando os sinais de saciedade da criança.

Nos casos em que a recusa alimentar é persistente e está associada à perda de peso, deficiências nutricionais ou impactos no desenvolvimento infantil, é essencial buscar acompanhamento profissional. Nutricionistas, pediatras e nutrólogos podem avaliar a necessidade de ajustes na dieta, suplementação ou intervenções mais específicas para garantir que a criança receba os nutrientes necessários para seu crescimento e bem-estar.

O manejo das dificuldades alimentares exige paciência, persistência e um ambiente positivo durante as refeições. O objetivo principal não deve ser apenas fazer a criança comer, mas ajudá-la a desenvolver uma relação saudável com a comida, garantindo que sua alimentação seja variada e equilibrada. Ao adotar estratégias adequadas e respeitar o ritmo individual de cada criança, é possível transformar o momento da alimentação em uma experiência prazerosa e sem conflitos.

5. Alimentação durante doenças – O que oferecer e evitar em situações como febre, diarreia, resfriados e perda de apetite

Durante episódios de doenças infantis, como febre, gripe, resfriados e perda de apetite, a alimentação desempenha um importante papel no processo de recuperação. Uma nutrição adequada pode fortalecer o sistema imunológico, acelerar a recuperação e minimizar os efeitos negativos da doença. No entanto, é comum que os pais e educadores tenham dúvidas sobre quais alimentos oferecem nesses períodos e quais devem ser evitados para não agravar os sintomas.

**Febre**

A febre é uma resposta natural do organismo às infecções e pode reduzir temporariamente o apetite da criança. Durante esse período, é importante manter a hidratação, oferecendo água regularmente e, se necessário, chás leves sem cafeína (como o mate e chá preto), caldos e sucos naturais. Evitar frituras, alimentos muito gordurosos e ricos em açúcar é importante, pois podem sobrecarregar o organismo e dificultar a digestão.

Diarreia

A diarreia pode levar à desidratação e à perda de sais essenciais, como sódio e potássio. A reposição de líquidos é fundamental, podendo ser feita com soro de reidratação oral. A criança deve se alimentar bem, dessa forma, grandes alterações da dieta habitual podem prejudicar a aceitação das refeições e com isso gerar falta de energia para combater a infecção. Evitar sucos industrializados, leite e derivados (temporariamente, pois podem agravar a diarreia).

Resfriados e Infecções Respiratórias

Durante resfriados e gripes, a alimentação pode auxiliar na melhora dos sintomas e no fortalecimento da imunidade. O consumo de líquidos quentes, como caldos e sopas, ajuda a aliviar a obstrução nasal. O mel (em crianças acima de 1 ano) pode ser utilizado para aliviar a tosse e a correção na garganta. É recomendável evitar alimentos ultraprocessados, ricos em açúcar e conservantes, pois estes alimentos tendem a ser nutricionalmente pobres.

Perda de apetite (inapetência)

A perda de apetite é um sintoma comum em diversas doenças e pode gerar preocupação nos pais. No entanto, é importante respeitar o ritmo da criança e não a forçar a comer. O ideal é oferecer pequenas porções de alimentos nutritivos ao longo do dia, garantindo oferta e qualidade nutricional. Alimentos mais líquidos, como vitaminas, mingaus e purês, podem ser mais bem aceitos. Nestes casos é importante manter a criança hidratada. Se a perda de apetite persistir por muitos dias ou estiver associada à perda de peso significativa, é importante procurar um profissional de saúde para avaliação.

Manter uma alimentação equilibrada durante doenças infantis é essencial para garantir uma recuperação mais rápida e eficaz. Oferecer os alimentos adequados, manter a hidratação e evitar alimentos que possam piorar os sintomas são medidas fundamentais. Além disso, o acompanhamento médico é sempre indicado quando os sintomas se prolongam ou se agravam.

6. Hidratação e consumo de líquidos – Importância da água e o impacto das bebidas açucaradas na saúde

A hidratação é um aspecto fundamental da saúde infantil, sendo essencial para o funcionamento adequado do organismo. A água é responsável por diversas funções obrigatórias, como o transporte de nutrientes, a regulação da temperatura corporal, a digestão e a eliminação de toxinas. No entanto, muitas crianças não ingerem a quantidade adequada de líquidos diariamente, e o consumo exagerado de bebidas açucaradas tem se tornado um fator preocupante, contribuindo para o aumento da obesidade infantil, diabetes e outros problemas metabólicos.

A Importância da Água na Infância

A água está envolvida em quase todas as funções do organismo. A hidratação adequada melhora o funcionamento do sistema imunológico, previne a constipação intestinal, evita a fadiga e melhora a concentração e o desempenho escolar. Além disso, o consumo adequado de líquidos é importante para o controle da temperatura corporal, especialmente em dias quentes ou durante atividades físicas.

As recomendações diárias de ingestão de água variam de acordo com a idade e o nível de atividade da criança. Em geral, os bebês que ainda estão em aleitamento materno exclusivo não necessitam de água adicional, pois o leite materno já contém a quantidade de água suficiente para o bebê. A partir da introdução alimentar, a oferta de água deve ser estimulada regularmente, e as crianças maiores devem ser incentivadas a consumir água ao longo do dia, mesmo quando não sentem sede, pois a sede já é um sinal de desidratação leve.



O perigo das bebidas açucaradas

O consumo exagerado de bebidas açucaradas, como refrigerantes, sucos industrializados e bebidas lácteas adoçadas, tem sido um dos principais responsáveis pelo aumento da obesidade infantil e pelo desenvolvimento precoce de doenças metabólicas, como diabetes tipo 2 e esteatose hepática (acúmulo de gordura no fígado). Além disso, essas bebidas estão diretamente associadas ao

aumento de cáries dentárias, devido ao alto teor de açúcar presente em sua composição.

Muitos pais acreditam que os sucos industrializados são opções saudáveis, mas a maioria contém grandes quantidades de açúcar e aditivos químicos, oferecendo menos nutrientes em comparação com a fruta. O consumo frequente dessas bebidas também pode comprometer o consumo da água, pois o paladar da criança se adapta ao sabor mais doce e artificial.

Alternativas saudáveis e dicas para estimular o consumo de água

Para garantir uma boa hidratação, a água deve ser sempre a escolha principal. Caso a criança tenha resistência a beber água pura, algumas estratégias podem ser adotadas, como o uso de garrafinhas coloridas, a oferta de água aromatizada naturalmente (com rodela de frutas ou folhas de hortelã) ou a criação de lembretes lúdicos para incentivar o consumo ao longo do dia.

O consumo de sucos naturais pode ser permitido em pequenas quantidades, acima de um ano e preferencialmente de dois, mas é importante priorizar o consumo da fruta inteira, que contém fibras e proporciona maior saciedade. O leite e seus derivados são fontes importantes de cálcio, mas devem ser oferecidos sem adição de açúcar. Chás naturais sem cafeína, como camomila e erva-doce, podem ser boas opções para complementar a hidratação, desde que sem adoçantes ou adição de açúcar.

A formação de hábitos saudáveis desde a infância é essencial para garantir que a criança compreenda a importância da hidratação e faça escolhas conscientes ao longo da vida. O estímulo ao consumo de água e a limitação de bebidas adoçadas previne diversas doenças e garante um desenvolvimento mais saudável e equilibrado.

7. Impacto dos ultraprocessados – Como evitar e substituir alimentos industrializados na rotina infantil

O consumo de alimentos ultraprocessados tem aumentado significativamente nas últimas décadas, impactando negativamente a saúde infantil. Esses produtos, geralmente ricos em açúcar, gorduras saturadas, sódio e aditivos químicos, estão diretamente associados ao aumento de diversos distúrbios metabólicos, tais como obesidade infantil, diabetes tipo 2, hipertensão entre outros. Além disso, a exposição precoce a esses alimentos pode comprometer a aceitação de uma alimentação mais equilibrada e natural, tornando a criança mais resistente a frutas, verduras e refeições caseiras.



O que são alimentos ultraprocessados?

Os alimentos ultraprocessados são aqueles que passam por diversas etapas industriais e contêm ingredientes artificiais, como conservantes, corantes, aromatizantes e emulsificantes. Exemplos comuns incluem refrigerantes, biscoitos recheados, salgadinhos de pacote, macarrão instantâneo, embutidos (salsicha, presunto, salame), guloseimas e pratos congelados prontos. Esses produtos são formulados para serem muito saborosos, estimulando um consumo exagerado e dificultando a aceitação de alimentos naturais.

Além do excesso de calorias vazias (alimentos que fornecem energia, mas poucos nutrientes), os ultraprocessados também interferem na regulação do apetite. Muitos deles causam picos de açúcar no sangue seguidos por quedas bruscas, o que pode levar a sensação de fome pouco tempo após o consumo e favorecer hábitos alimentares inadequados.

Os impactos dos ultraprocessados na saúde infantil

O consumo frequente desses produtos pode afetar negativamente vários aspectos da saúde da criança:

- **Obesidade infantil:** O alto teor de açúcares e gorduras contribui para o ganho de peso excessivo.
- **Diabetes tipo 2:** O excesso de açúcar e carboidratos refinados pode ao desenvolvimento precoce do diabetes.

- **Hipertensão e doenças cardiovasculares:** O consumo elevado de sal presente em embutidos, salgadinhos e fast food aumenta o risco de pressão alta.
- **Deficiência nutricional:** Substituir refeições naturais por ultraprocessados pode levar à deficiência de vitaminas e minerais essenciais para o crescimento e desenvolvimento.
- **Alterações no paladar:** Crianças acostumadas com alimentos industrializados podem rejeitar alimentos naturais, dificultando a aceitação de frutas, legumes e preparações caseiras.

Como evitar e substituir os ultraprocessados?

A melhor forma de reduzir o consumo de ultraprocessados é incentivar a alimentação natural e caseira desde a infância. Algumas estratégias incluem:

- **Priorizar alimentos in natura ou minimamente processados**, como frutas, legumes, ovos, carnes frescas, grãos e tubérculos.
- **Preparar refeições em casa** sempre que possível, evitando produtos prontos e congelados industrializados.
- **Evitar oferecer alimentos industrializados como lanche escolar**, optando por frutas, castanhas, pães integrais, iogurtes naturais e sanduíches caseiros.
- **Atenção aos líquidos ingeridos**, substitua refrigerantes e sucos industrializados por água ou sucos naturais

8. Dicas para educadores e escolas – Como incentivar bons hábitos alimentares no ambiente escolar

A escola desempenha um papel fundamental na formação dos hábitos alimentares das crianças, pois é um ambiente onde elas passam grande parte do tempo e fazem diversas refeições. Além de fornecer alimentos nutritivos no cardápio escolar, a instituição de ensino tem a responsabilidade de educar sobre alimentação saudável, promovendo escolhas equilibradas que influenciam a saúde dos alunos a longo prazo. O envolvimento de educadores e funcionários no incentivo a uma boa alimentação pode gerar resultados positivos não apenas no rendimento escolar, mas também no desenvolvimento físico e intelectual das crianças.



O papel dos educadores na educação alimentar

Os educadores têm uma influência direta no comportamento infantil e podem ajudar a promover hábitos alimentares saudáveis de forma lúdica e educativa. Algumas estratégias incluem:

- **Incorporar temas de alimentação nas atividades pedagógicas:** Trabalhar com histórias, desenhos, músicas e brincadeiras sobre frutas, legumes e outros alimentos saudáveis ajuda a despertar o interesse das crianças pela alimentação equilibrada.
- **Dar o exemplo:** As crianças aprendem observando. Se os educadores consomem alimentos que não são considerados saudáveis e demonstram prazer ao comê-los, é mais provável que os alunos sigam esse comportamento. Dessa forma, estes profissionais devem evitar que a criança veja refrigerantes e guloseimas.

- **Respeitar o ritmo da criança:** A hora da refeição deve ser um momento tranquilo, sem pressão ou punições relacionadas à alimentação. Evitar forçar a criança a comer ou usar a comida como recompensa é essencial para criar uma relação saudável com os alimentos.

A importância do ambiente escolar

Além da influência dos educadores, o ambiente escolar deve favorecer uma alimentação saudável. Isso pode ser feito por meio de algumas ações práticas:

- **Organização do refeitório :** Espaços limpos, organizados e com cadeiras adequadas favorecendo um momento de refeição mais agradável. A disposição dos alimentos também pode influenciar as escolhas alimentares, como frutas e alimentos naturais sendo mais acessíveis e visíveis.
- **Controle da oferta de ultraprocessados :** Escolas que possuem cantinas devem priorizar opções nutritivas, evitando a venda de refrigerantes, salgadinhos e doces industrializados. A substituição por sucos naturais, lanches caseiros e opções integrais pode contribuir para uma alimentação mais equilibrada.
- **Projetos e campanhas sobre alimentação :** A criação de hortas escolares, visitas a feiras livres e palestras sobre nutrição são formas de envolver os alunos e cultivar a curiosidade sobre a origem dos alimentos e seus benefícios.

Envolvimento da família na educação alimentar

A escola deve atuar em parceria com as famílias, reforçando a importância de hábitos alimentares saudáveis tanto dentro quanto fora do ambiente escolar. Enviar orientações aos pais sobre a importância de lanches equilibrados e a redução do consumo de industrializados pode ajudar a alinhar as práticas alimentares entre escola e família. Além disso, eventos que envolvem os responsáveis, como palestras com especialistas (nutricionistas, pediatras ou nutrólogos) ou oficinas culinárias, podem ser estratégicas para ampliar a conscientização sobre alimentação saudável.

A educação alimentar na escola não deve ser vista apenas como uma recomendação nutricional, mas como um investimento na saúde e no futuro das crianças. Com a participação ativa dos educadores e um ambiente escolar que favoreça escolhas saudáveis, é possível formar crianças mais conscientes sobre a importância da alimentação e preparadas para manter hábitos equilibrados ao longo da vida.

9. Suplementação de vitamina D e ferro – Quando e por que é necessário?

A suplementação de micronutrientes como a vitamina D e ferro desempenha um papel crucial na saúde infantil, prevenindo deficiências nutricionais que podem comprometer o crescimento, o desenvolvimento intelectual e o fortalecimento do sistema imune. Embora uma alimentação equilibrada seja a principal fonte de vitaminas e minerais, em algumas situações a suplementação se torna necessária, especialmente em populações vulneráveis ou em crianças com maior risco de deficiência.



Vitamina D – A necessidade da suplementação e o papel na saúde óssea

A vitamina D é fundamental para a absorção do cálcio, garantindo a formação e a manutenção de ossos e dentes saudáveis. Sua deficiência pode resultar em raquitismo, um distúrbio que prejudica os ossos e pode levar a deformidades esqueléticas.

Como a principal fonte de vitamina D é a exposição solar, crianças que passam um pouco ao ar livre ou vivem em locais com baixa incidência de luz solar podem necessitar de suplementação. A Sociedade Brasileira de Pediatria recomenda a suplementação de vitamina D para todos os lactentes desde os primeiros dias de vida até pelo menos 2 anos de idade, especialmente para bebês que são amamentados exclusivamente.

Além da exposição solar, a vitamina D pode ser obtida por meio de alimentos como peixes gordurosos (salmão, sardinha), fígado, gema de ovo e laticínios fortificados. No entanto, muitas vezes a dieta não é suficiente para suprir as necessidades infantis, reforçando a importância da suplementação orientada por um profissional de saúde.

Ferro – Prevenção da anemia infantil

O ferro é um nutriente essencial para a formação da hemoglobina, proteína responsável pelo transporte de oxigênio no sangue. Sua deficiência pode levar à anemia ferropriva, um dos problemas nutricionais mais comuns na infância, causando cansaço, irritabilidade, dificuldade de aprendizado e queda na imunidade.

Para prevenir a anemia, o Ministério da Saúde recomenda a suplementação de ferro para todas as crianças a partir dos 6 meses até os 2 anos de idade, independentemente da alimentação. A suplementação é especialmente importante para bebês prematuros ou com baixo peso ao nascer, pois possuem estoques reduzidos de ferro, devendo a suplementação iniciar mais cedo para esses grupos.

Apesar de encontramos ferro nos alimentos de origem vegetal (feijão, lentilha, espinafre e vegetais verdes-escuros), as principais fontes alimentares de ferro são carnes e vísceras, tais como o fígado. A disponibilidade de ferro nos alimentos de origem animal é superior em relação ao de origem vegetal. O consumo de vitamina C junto às refeições, presente em frutas como laranja, acerola e kiwi, aumenta a ingestão do ferro, enquanto o consumo exagerado de leite pode prejudicar sua ingestão.

A importância do acompanhamento médico

A suplementação de micronutrientes deve sempre ser realizada sob orientação médica, pois tanto a deficiência quanto o excesso podem trazer riscos à saúde infantil. A avaliação do estado nutricional da criança e a adequação da suplementação são fundamentais para garantir um crescimento saudável e prevenir doenças relacionadas à carência de vitaminas e minerais.

Com uma suplementação adequada e uma alimentação equilibrada, é possível garantir que as crianças tenham um desenvolvimento pleno, fortalecendo sua imunidade e prevenindo deficiências nutricionais que podem impactar sua qualidade de vida.

10. Aleitamento materno – Importância e desmame

O aleitamento materno é uma das estratégias mais eficazes para promover a saúde infantil, garantindo benefícios nutricionais, imunológicos, emocionais e cognitivos. O leite materno é um alimento completo e supre todas as necessidades do bebê nos primeiros meses de vida, contribuindo para o crescimento saudável e a proteção contra infecções. Além disso, o ato de amamentar fortalece o vínculo entre mãe e filho, proporcionando segurança e conforto à criança.

Importância do aleitamento materno

O leite materno contém todos os nutrientes necessários para o desenvolvimento do bebê, incluindo proteínas, gorduras saudáveis, carboidratos, vitaminas e minerais em proporções ideais. Ele também possui fatores imunológicos, como anticorpos e células de defesa, que protegem contra infecções respiratórias, gastrointestinais e outras doenças comuns na infância.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Ministério da Saúde recomendam o aleitamento materno exclusivo até os 6 meses de idade, sem a necessidade de oferecer água, chás ou outros alimentos. Após essa fase, a introdução alimentar deve ser iniciada de forma gradual, mantendo o aleitamento materno até pelo menos os 2 anos de idade ou enquanto mãe e bebê desejarem.

Além dos benefícios para o bebê, a amamentação também favorece a saúde materna, ajudando na recuperação pós-parto, reduzindo o risco de sangramentos e auxiliando na perda de peso. A longo prazo, a mulher que amamenta tem menor risco de desenvolver câncer de mama e ovário, além de outras doenças crônicas, como diabetes tipo 2.

O Processo de desmame

O desmame é um processo natural e pode ocorrer aos poucos, respeitando o tempo e as necessidades da mãe e do bebê. O desmame pode ser iniciado de maneira parcial, quando outras fontes de alimentação são introduzidas, mas a amamentação continua como complemento. O desmame total acontece quando a criança deixa de mamar completamente no peito.

Para que o desmame ocorra de forma tranquila e respeitosa, algumas estratégias podem ser adotadas:

- **Desmame gradual:** A redução das mamadas deve ser feita aos poucos, substituindo-as por fórmula ou refeições nutritivas e ricas em afeto.
- **Evitar momentos de estresse:** O desmame deve acontecer em um período tranquilo para a criança, sem mudanças muito grandes na rotina, como entrada na creche ou desmame abrupto.
- **Oferecer conforto e acolhimento:** O bebê pode sentir falta do contato físico e do vínculo criado na amamentação. Carinho, colo e atenção ajudam na adaptação ao novo momento.

O desmame forçado ou muito rápido pode gerar insegurança e ansiedade na criança, tornando o processo mais difícil para ambos. Por isso, a melhor abordagem é aquela que respeita o ritmo da mãe e do bebê, garantindo que a transição ocorra de forma natural e sem traumas.

O aleitamento materno é um dos maiores legados para a saúde infantil, e sua continuidade deve ser incentivada pelo maior tempo possível. Quando o desmame se torna necessário, o ideal é que seja feito de maneira gradual, respeitosa e com apoio adequado, garantindo que a criança continue recebendo os nutrientes essenciais para seu crescimento e desenvolvimento saudável.



REFERÊNCIAS

- ALVES, Crésio de Aragão Dantas *et al.* Hipovitaminose D em pediatria: diagnóstico, tratamento e prevenção - Atualização. **Documento Científico**, n. 181, p. 1-16, 2024. Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/11/DC_HipovitD_diagn-tratam-prevenç_Atualiz.pdf. Acesso em: 14 mar. 2025.
- FEFERBAUM Rubens, SILVA Luciana Rodrigues, SOLÉ Dirceu. Avaliação e Risco Nutricional em Pediatria *In*: CARDOSO, Ary Lopes; SPOLIDORO, José Vicente. **Manual de Suporte Nutricional da Sociedade Brasileira de Pediatria**. Rio de Janeiro: SBP, 2019. p14-21. *E-book* Disponível em https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/2019/19633_Fund_Soc_Pediat_Progr_ama_ODAOk-Editado-final.pdf. Acesso em: 14 mar. 2025
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **A Alimentação Complementar e o Método BLW (Baby-Led Weaning)**. Guia Prática de Atualização, n. 4, p. 1-6, 2017. Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/19491c-GP_-_AlimCompl_-_Metodo_BLW.pdf. Acesso em: 14 mar. 2025.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Consenso Sobre Anemia Ferropriva. **Diretrizes Departamentos Científicos de Nutrologia e Hematologia**, n. 2, p. 1-7, 2021. Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/23172c-Diretrizes-Consenso_sobre_Anemia_Ferropriva.pdf. Acesso em: 14 mar. 2025.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Primeiros passos: moldes de Nutrição para toda a vida *In*: FERNANDES, Tadeu Fernando, ANICETO, Renata Rodrigues FRANÇA, Normeide Pedreira dos Santos. **Guia Prático de Alimentação Crianças de 0 a 5 anos**. Rio de Janeiro: SBP, 2021a. p. 15-29. *E-book* Disponível em https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/23148cf-GPrat_Aliment_Crc_0-5_anos_SITE.pdf. Acesso em: 14 mar. 2025.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Fórmulas infantis *In*: FERNANDES, Tadeu Fernando, WEFFORT, Virginia Resende Silva. **Guia Prático de Alimentação Crianças de 0 a 5 anos**. Rio de Janeiro: SBP, 2021b. p. 30-50. *E-book* Disponível em https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/23148cf-GPrat_Aliment_Crc_0-5_anos_SITE.pdf. Acesso em: 14 mar. 2025.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Alimentação Complementar *In*: WEFFORT, Virginia Resende Silva, DE MELLO, Elza Daniel. **Guia Prático de Alimentação Crianças de 0 a 5 anos**. Rio de Janeiro: SBP, 2021c. p. 52-58. *E-book* Disponível em https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/23148cf-GPrat_Aliment_Crc_0-5_anos_SITE.pdf. Acesso em: 14 mar. 2025.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Estratégias para apoiar as famílias *In*: WEFFORT, Virginia Resende Silva, DE MELLO, Elza Daniel. **Guia Prático de Alimentação**

Crianças de 0 a 5 anos. Rio de Janeiro: SBP, 2021d. p. 62-70. *E-book* Disponível em https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/23148cf-GPrat_Aliment_Crc_0-5_anos_SITE.pdf. Acesso em: 14 mar. 2025.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **Guia de Orientações - Dificuldades alimentares.** Rio de Janeiro: SBP, 2021e. *E-book* Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/23419b-Guia_de_Orientacoes-Dificuldades_Alimentares_SITE_P-P.pdf. Acesso em: 14 mar. 2025.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **Manual de Alimentação: Orientações Para Alimentação do Lactente ao Adolescente, na Escola, na Gestante, na Prevenção de Doenças e Segurança Alimentar.** Rio de Janeiro: SBP, 2024. *E-book* Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/sbp/2024/outubro/31/24607e-ManAlim-OrientAlim_Lactente_ao_adl_na_escola-gest.pdf. Acesso em: 14 mar. 2025.

YOKOTA, Renata Tiene de Carvalho., DE VASCONCELOS, Tatiana França, PINHEIRO, Anelise Rizzolo de Oliveira, SCHMITZ, Bethsáida de Abreu Soares, COITINHO, Denise Costa, RODRIGUES, Maria de Lourdes Carlos Ferreirinha. Projeto "a escola promovendo hábitos alimentares saudáveis": comparação de duas estratégias de educação nutricional no Distrito Federal, Brasil. **Revista de Nutrição**, v. 23, n. 1, p. 37-47, 2010. ISSN 1415-5273 *Online* DOI 10.1590/S1415-52732010000100005 Disponível em: <https://puccampinas.emnuvens.com.br/nutricao/article/view/9333>. Acesso em: 02 maio 2023.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo da trajetória das políticas públicas brasileiras, a relação entre educação e saúde passou gradualmente a ser compreendida como estratégica para o desenvolvimento integral de crianças e adolescentes. Embora por muito tempo essas áreas tenham sido tratadas de forma separada, os avanços nos campos da saúde coletiva, do desenvolvimento infantil e das políticas sociais evidenciaram a necessidade de uma abordagem integrada. Nesse cenário, a escola passou a ser reconhecida não apenas como um espaço de ensino formal, mas também como um ambiente privilegiado para a promoção da saúde, a prevenção de doenças e a construção de hábitos saudáveis desde a primeira infância. A intersetorialidade entre saúde e educação, portanto, tornou-se um elemento fundamental para garantir o bem-estar infantil, sendo também respaldada por documentos oficiais e programas governamentais que incentivam ações conjuntas no ambiente escolar.

A pesquisa desenvolvida neste estudo dialoga diretamente com essa perspectiva ao investigar como pais e educadores percebem as questões relacionadas à saúde infantil e o papel da escola nesse contexto. As falas e sugestões apresentadas pelos participantes revelam um desejo coletivo de que a escola participe mais ativamente do cuidado com as crianças, por meio de ações como palestras educativas, acompanhamento de aspectos relacionados à saúde e orientação sobre alimentação e prevenção de doenças. No entanto, o estudo também evidencia que ainda existe um distanciamento entre o que preveem as diretrizes institucionais e a realidade vivenciada no cotidiano das creches, onde muitas vezes faltam formação adequada para os profissionais, planejamento institucional e maior articulação entre os setores de saúde e educação.

Outro aspecto relevante observado foi a diferença de percepções entre pais e educadores diante das situações de doença infantil. Essas diferenças podem gerar conflitos e inseguranças, especialmente quando os pais enfrentam dificuldades para se ausentar do trabalho ou quando há divergências na avaliação do quadro clínico da criança.

Considerou-se, inicialmente, que uma ação educativa construída a partir das especificidades do contexto local, aliada a uma metodologia acessível e pautada no

diálogo, poderia favorecer a compreensão dos principais aspectos relacionados à saúde infantil. Esperava-se, assim, que essa estratégia contribuísse para o fortalecimento da autonomia de pais e educadores, permitindo que ambos atuassem de forma mais segura e articulada na análise e condução das situações de adoecimento das crianças. Nesse sentido, a hipótese inicial apresentou êxito, visto que a oferta de orientações claras e compartilhadas sobre os principais sinais de alerta, cuidados domiciliares e critérios para encaminhamento aos serviços de saúde mostrou-se uma estratégia importante para reduzir tensões e fortalecer a confiança entre família e escola. Quando pais e educadores recebem as mesmas informações e orientações, torna-se mais fácil estabelecer um entendimento comum sobre o cuidado com a criança e sobre o papel de cada um nesse processo.

A atividade educativa realizada durante a pesquisa apresentou resultados positivos ao ampliar o conhecimento dos participantes e aumentar a confiança dos educadores na orientação às famílias. A intervenção também fortaleceu o vínculo entre escola e comunidade, criando um espaço de diálogo sobre questões de saúde infantil. Entretanto, a baixa participação de alguns pais na etapa posterior da pesquisa limitou uma avaliação mais aprofundada do impacto da atividade na rotina familiar, evidenciando a necessidade de desenvolver estratégias mais eficazes para estimular o engajamento das famílias em ações educativas, especialmente em contextos de maior vulnerabilidade social.

Os resultados também evidenciaram que muitos profissionais da educação infantil não recebem formação suficiente em temas relacionados à saúde da criança, apesar de estarem em contato cotidiano com situações que exigem conhecimentos básicos nessa área. Essa lacuna pode gerar insegurança tanto para educadores quanto para famílias, dificultando a tomada de decisões diante de intercorrências de saúde no ambiente escolar. Assim, os achados da pesquisa reforçam a importância de investir na capacitação desses profissionais, oferecendo suporte e formação continuada que lhes permita lidar com maior segurança com questões relacionadas ao cuidado infantil.

A pesquisa destaca a necessidade de ampliar o acesso a informações confiáveis sobre saúde e nutrição infantil. Nesse sentido, a elaboração de materiais educativos complementares, como cartilhas e atividades informativas periódicas, pode representar uma estratégia importante para reforçar os conteúdos discutidos e

oferecer um recurso de consulta para pais e educadores. Iniciativas educativas contínuas podem contribuir para fortalecer a articulação entre saúde e educação e promover melhores condições de cuidado e desenvolvimento para as crianças no ambiente escolar.

A promoção da saúde no ambiente escolar exige acompanhamento contínuo e a participação de diferentes profissionais, permitindo que as ações educativas sejam constantemente reforçadas, atualizadas e adaptadas às necessidades de cada comunidade. Nesse sentido, a atuação integrada de profissionais da saúde (médicos, enfermeiros, nutricionistas, psicólogos e agentes comunitários) juntamente com educadores e gestores escolares pode contribuir para a construção de uma rede de apoio mais consistente, capaz de oferecer orientações qualificadas e suporte permanente às famílias e às instituições de educação infantil. Para que essa articulação se concretize de forma efetiva, torna-se necessário investir em estratégias institucionais que fortaleçam o diálogo entre as áreas de saúde e educação.

A contribuição da nutrologia se expressa na capacidade de identificar precocemente sinais de risco: crescimento inadequado, obesidade infantil, seletividade alimentar persistente, comportamentos de risco, sintomas carenciais sutis ou alterações metabólicas que se manifestam como dificuldades de aprendizagem ou problemas de comportamento. Professores, merendeiras, coordenadores e gestores, quando formados e sensibilizados, tornam-se agentes de observação qualificada, capazes de perceber mudanças, orientar famílias e acionar serviços de saúde. Essa atuação intersetorial reforça a escola como espaço de proteção e cuidado integral.

Ao mesmo tempo, essa relação ganha dimensão comunitária. Projetos de educação alimentar e nutricional, hortas escolares, alimentos provenientes de agricultura regional e familiar, oficinas culinárias, participação das famílias, formação continuada de educadores e parcerias com serviços de saúde são exemplos de ações que aproximam a ciência da vida cotidiana, fortalecendo vínculos e promovendo autonomia. A nutrologia fornece os critérios técnicos; a educação oferece o terreno simbólico, social e relacional onde tais conhecimentos se tornam práticas de vida. Quando articuladas, essas áreas criam condições para que a criança se desenvolva não apenas como estudante, mas como sujeito integral, consciente do próprio corpo, de suas necessidades e de seus modos de viver.

Assim, a integração entre nutrição e educação não é acessória, mas constitutiva da ideia contemporânea de escola como espaço que promove a saúde, a equidade e a cidadania. É nesse encontro que se consolida a possibilidade de formar gerações mais saudáveis, críticas e capazes de compreender a alimentação não apenas como um ato biológico, mas como prática cultural, ética e social que sustenta a vida em sua plenitude.

Concluindo, esta pesquisa demonstrou que o cuidado em saúde e em nutrição no ambiente escolar pode ser uma maneira poderosa para capacitar pais e educadores, reduzir inseguranças e promover mais consciência e informações sobre o estado de saúde das crianças. No entanto, para que essas intervenções sejam realmente eficazes, é necessário adaptar as estratégias educativas às necessidades da comunidade e garantir maior participação dos responsáveis. Além disso, a continuidade dessas ações, por meio de reforços, jornais e materiais complementares, pode contribuir para que a informação se torne parte do cotidiano das famílias e dos educadores, impactando positivamente a saúde infantil no longo prazo.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Argus Vasconcelos de, FALCÃO, Jorge Tarcísio da Rocha. Piaget e as teorias da evolução orgânica. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 21, n. 3, p. 525–532, 2008. ISSN 0102-7972 *online* DOI 10.1590/S0102-79722008000300022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-79722008000300022> Acesso em: 25 nov. 2025.

ALVES, Crésio de Aragão Dantas *et al.* Hipovitaminose D em pediatria: diagnóstico, tratamento e prevenção - Atualização. **Documento Científico**, n. 181, p. 1-16, 2024. Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/11/DC_HipovitD_diagn-tratam-prevenc_Atualiz.pdf. Acesso em: 14 mar. 2025.

ALVES Kaylane Carlos Komarsson, BATISTA Andréia Ferreira, ALMEIDA Paulo César, BARBOSA Lorena Ximenes. Problemas respiratórios em crianças na primeira infância: conhecimento dos profissionais da creche. **Rev. Mineira de Enfermagem**, v.12, n.1, p. 92-98, 2008. Acesso em: 14 Ago. 2023.

ARIÈS, Philippe. Prefácio. *In*: ARIÈS, Philippe. **História Social da criança e da Família**. (2. ed.). Rio de Janeiro: Editora Guanabara S.A. 1981. p. 9-27.

ARROYO, Luiz Henrique *et al.* Áreas com queda da cobertura vacinal para BCG, poliomielite e tríplice viral no Brasil (2006-2016): mapas da heterogeneidade regional. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n. 4, 2020. ISSN 1678-4464 *online* DOI 10.1590/0102-311x00015619. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00015619> Acesso em: 03 mar. 2025.

BARBOSA, Meirilene dos Santos Araújo. **O Cuidado na Educação Infantil: Perspectivas e Significados**. 2017. Dissertação. (Mestrado em Educação Brasileira) - Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2017.

BARONI, Juliane Gonçallo, SILVA, Carla Cilene Baptista. Percepção de profissionais da saúde e da educação sobre o Programa Saúde na Escola. **Saúde em Debate**, v. 46, n. 3, p. 103–115, 2022. ISSN 2358-2898 *online* DOI 10.1590/0103-11042022e307. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/CbyxQ6xsPjX5sgvYsfnRZTh/> Acesso em: 10 abr. 2023.

BARROS, Luísa. Família, saúde e doença: intervenção dirigida aos pais. **Alicerces**. v. 3, n. 3, p. 207-21, 2010. Disponível em: <https://repositorio.ipl.pt/entities/publication/c45424f9-d7a0-4c03-a5df-720b40a09bef> Acesso em: 10 jan. 2025.

BATU, Ezgi Deniz, YENI, Serap, TEKSAM, Ozlem. The Factors Affecting Neonatal Presentations to the Pediatric Emergency Department. **The Journal of Emergency Medicine**, v.48, n.5, p. 542–547, 2015. ISSN 0736-4679 *online* DOI <https://doi.org/10.1016/j.jemermed.2014.12.031> Disponível em: [https://www.jem-journal.com/article/S0736-4679\(14\)01418-8/abstract](https://www.jem-journal.com/article/S0736-4679(14)01418-8/abstract) Acesso em: 28 mar. 2023.

BERTASSO Maria Laura Lopes. **Uma Análise Crítica da lei no 13.935/2019 Sobre a prestação de serviços de psicologia nas redes públicas de educação básica.** 2022. Dissertação (Mestrado em Educação) - Unoeste, Presidente Prudente, 2022. Disponível em <http://bdtd.unoeste.br:8080/jspui/handle/jspui/1420>

BHERING, Eliana, NEZ, Tatiane Bombardelli de. Envolvimento de Pais em Creche: Possibilidades e Dificuldades de Parceria. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 18, n. 1, p. 63–73, 2002. ISSN 0102-3772 *online* DOI 10.1590/S0102-37722002000100008 Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ptp/a/dnfKz5dknbC5Yttfq3YQmXG/> Acesso em: 01 maio 2023

BORGES, Cecília Maria Ferreira. O nascimento da escola na Idade Média. *In*: GAUTHIER Clermont. **A pedagogia: teorias e práticas da Antiguidade aos nossos dias** (3. ed.). Petrópolis: Editora Vozes. 2014. p. 61-88

BRANDENBURG, Cristine, Mota, Bruna Germana Nunes, SANTANA, José Rogério. Educação e seus pensadores: Uma revisão sobre a evolução entre os séculos. In VASCONCELOS, José Gerardo. **Filosofia, Cultura e Educação**. Fortaleza: Edições UFC, 2014. p. 159-175.

BRASIL. **Lei 5.692 de 11 de agosto de 1971**. Fixa diretrizes e bases para o ensino de 1. e 2 grau, e dá outras providencias. Brasília: Ministério da Educação, 1971. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l5692.htm. Acesso em: 29 jan. 2024

BRASIL. **Parecer nº 540/77, de 10 de fevereiro de 1977, do CFE**. Sobre o tratamento a ser dado aos componentes curriculares previstos no art. 7º da Lei 5.692/71, 1977. Disponível em: https://www.histedbr.fe.unicamp.br/pf-histedbr/parecer_n_540-1977_sobre_o_tratamento_a_ser_dado_aos_comp_curriculares.pdf. Acesso em: 20 jan. 2025.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Presidência da República, 1988. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/Ccivil_03/Constituicao/Constituicao.Htm. Acesso em: 02 maio 2023.

BRASIL. **Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990**. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente. Brasília: Presidência da República, 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/Ccivil_03/Leis/L8069.Htm. Acesso em: 02 maio 2023.

BRASIL. **Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993**. Dispõe sobre a organização da Assistência Social. Brasília: Presidência da República, 1993. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/Ccivil_03/Leis/L8742compilado.Htm. Acesso em: 02 maio 2023.

BRASIL. **Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996**. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Brasília: Presidência da República, 1996. Disponível

em:

https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9394.htm#:~:text=L9394&text=Estabelece%20as%20diretrizes%20e%20bases%20da%20educa%C3%A7%C3%A3o%20nacional.&text=Art.,civil%20e%20nas%20manifesta%C3%A7%C3%B5es%20culturais. Acesso em: 19 jul. 2023.

BRASIL. Ministério da Educação e do Desporto. Secretaria de Educação Fundamental. **Parâmetros curriculares nacionais**: apresentação dos temas transversais: ética. Brasília, DF : MEC/SEF, 1997a. Disponível em: <https://portal.mec.gov.br/seb/arquivos/pdf/livro081.pdf>. Acesso em: 29 jan. 2024.

BRASIL. Ministério da Educação e do Desporto. Secretaria de Educação Fundamental. **Parâmetros Curriculares Nacionais: apresentação dos temas transversais**: ética. Brasília: Ministério da Educação / Secretaria de Educação Fundamental, 1997b. Disponível em: <https://portal.mec.gov.br/seb/arquivos/pdf/livro081.pdf>. Acesso em: 29 jan. 2024.

BRASIL. Ministério da Educação e do Desporto. **Referencial curricular nacional para a educação infantil**. Brasília: MEC/SEF, 1998a. Disponível em: https://portal.mec.gov.br/seb/arquivos/pdf/rcnei_vol1.pdf. Acesso em: 02 maio 2023.

BRASIL. **Resolução CEB nº 2, de 7 de abril de 1998**. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais para o Ensino Fundamental. Brasília: Ministério da Educação e do Desporto, 1998b. Disponível em: https://portal.mec.gov.br/dmdocuments/resolucao_ceb_0298.pdf. Acesso em: 29 jan. 2024.

BRASIL. **Resolução/CD/FNDE nº 38, de 23 de agosto de 2004**. Estabelecer critérios para execução do PNAE. Brasília: Ministério da Educação, 2004. Disponível em: <https://www.gov.br/fnde/pt-br/aceso-a-informacao/legislacao/resolucoes/2004/resolucao-cd-fnde-no-38-de-23-de-agosto-de-2004>. Acesso em: 28 jul. 2025.

BRASIL. **Resolução CNE/CP no 1, de 15 de maio de 2006**. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais para o Curso de Graduação em Pedagogia, licenciatura. Brasília: Ministério da Educação, 2006a. Disponível em: https://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/rcp01_06.pdf . Acesso em: 01 maio 2023.

BRASIL. Ministério da Educação e do Desporto. Secretaria de Educação Fundamental. **Parâmetros curriculares nacionais para a educação infantil**. Brasília, DF : MEC/SEF, 2006b. Disponível em: <https://portal.mec.gov.br/seb/arquivos/pdf/Educinf/eduinfparqualvol1.pdf>. Acesso em: 02 maio 2023.

BRASIL. **Portaria interministerial nº 1.010, de 08 de maio de 2006**. Institui as diretrizes para a Promoção da Alimentação Saudável nas Escolas de educação infantil, fundamental e nível médio das redes públicas e privadas, em âmbito nacional. Brasília: Ministério da Saúde, 2006c. Disponível em

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/pri1010_08_05_2006.html. Acesso em: 28 jul. 2025.

BRASIL. **Decreto no 6.286, de 5 de dezembro de 2007**. Institui o Programa Saúde na Escola – PSE. Brasília: Presidência da República, 2007. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6286.htm. Acesso em: 10 maio 2023.

BRASIL. Ministério da Educação. **Resolução no 5, de 17 de Dezembro de 2009a**, 2009 Disponível em: <https://www.gov.br/mec/pt-br/cne/resolucoes/resolucoes-ceb-2009>. Acesso em: 08 dez. 2025.

BRASIL. **Resolução/CD/FNDE No 38, de 16 de julho de 2009b**. Dispõe sobre o atendimento da alimentação escolar aos alunos da educação básica no Programa Nacional de Alimentação Escolar - PNAE. Brasília: Ministério da Educação, 2009. Disponível em: https://www.fnde.gov.br/phocadownload/fnde/legislacao/resolucoes/2009/res038_16072009.pdf. Acesso em: 06 jun. 2025.

BRASIL. Ministério da Educação Secretaria de Educação Básica. **Critérios para um Atendimento em Creches que Respeite os Direitos Fundamentais das Crianças**, 2009c. Disponível em: https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=818773. Acesso em: 20 mar. 2023.

BRASIL. Ministério da Educação. **Resolução nº 7, de 14 de dezembro de 2010, do Conselho Nacional de Educação**. 2010a. Disponível em: <https://www.gov.br/mec/pt-br/cne/resolucoes/resolucoes-ceb-2010>. Acesso em: 20 mar. 2025.

BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria da Educação Básica. **Diretrizes Curriculares Nacionais Para a Educação Infantil**. Brasília: MEC/SEB, 2010b. Disponível em: https://portal.mec.gov.br/dmdocuments/diretrizescurriculares_2012.pdf. Acesso em: 20 mar. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**, 2010c. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/dab/>. Acesso em: 10 dez. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Passo a passo PSE: Programa Saúde na Escola: tecendo caminhos da intersectorialidade**. Brasília: Ministério da Saúde: Ministério da Educação, 2011. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/passo_a_passo_programa_saude_escola.pdf. Acesso em: 02 maio 2023.

BRASIL. Congresso Nacional. **Projeto de Lei No 3137 de 2012**, 2012. Disponível em:

<https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=534048>. Acesso em: 08 dez. 2025.

BRASIL. Ministério da Educação. **Diretrizes Curriculares Nacionais da Educação Básica**. Brasília: MEC/SEB, 2013a. Disponível em: https://www.gov.br/mec/pt-br/aceso-a-informacao/media/seb/pdf/d_c_n_educacao_basica_nova.pdf . Acesso em: 01 maio 2023.

BRASIL. Ministério da Educação, Secretaria de Educação Básica, Diretoria de Currículos e Educação Integral. **Manual Operacional de Educação Integral**, 2013b. Disponível em: https://educacaointegral.org.br/wp-content/uploads/2013/11/manual_operacional_de_educacao_integral_2014.pdf. Acesso em: 19 nov. 2025.

BRASIL. **Resolução no 26 de 17 de junho de 2013c**. Dispõe sobre o atendimento da alimentação escolar aos alunos da educação básica no âmbito do Programa Nacional de Alimentação Escolar – PNAE. Brasília: Ministério da Educação, 2013. Disponível em: https://www.fnde.gov.br/phocadownload/fnde/legislacao/resolucoes/2013/PDF/resolucao_cd_26_2013.pdf. Acesso em: 21 mar. 2025.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 13.005, de 25 de junho de 2014**. Plano Nacional Educação, 2014a. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2014/lei/l13005.htmAcesso em: 08 dez. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia alimentar para a população brasileira**, 2014b. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_alimentar_populacao_brasileira_2ed.pdf. Acesso em: 28 jul. 2025.

BRASIL. Presidência da república. **Lei nº 13.257, de 8 de Março de 2016**. Dispõe sobre as políticas públicas para a primeira infância e altera a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente), o Decreto-Lei nº 3.689, de 3 de outubro de 1941 (Código de Processo Penal), a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943, a Lei nº 11.770, de 9 de setembro de 2008, e a Lei nº 12.662, de 5 de junho de 2012, 2016. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2016/lei/l13257.htm. Acesso em: 20 nov. 2025.

BRASIL. Ministério da Educação. **Base Nacional Comum Curricular**, 2018a. Disponível em: https://basenacionalcomum.mec.gov.br/images/BNCC_EI_EF_110518_versaofinal_site.pdf. Acesso em: 13 jun. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde: PNPS Anexo I da Portaria de Consolidação no 2, de 28 de setembro de 2017**, que consolida as normas sobre as políticas nacionais de saúde do SUS, 2018b. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude.pdf. Acesso em: 10 dez. 2024.

BRASIL. **SIGTAP**: Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2023a. Disponível: <http://sigtap.datasus.gov.br/tabela-unificada/app/sec/procedimento/exibir/0301060010/06/2023>. Disponível: 30 jan. 2023.

BRASIL. **Lei nº 14.640, de 31 de julho de 2023**. Institui o Programa Escola em Tempo Integral. Brasília: Presidência da República, 2023b. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2023/Lei/L14640.htm. Acesso em: 21 mar. 2025.

BRASIL. **Portaria nº 2.036, de 23 de novembro de 2023**. Define as diretrizes para a ampliação da jornada escolar em tempo integral na perspectiva da educação integral e estabelece ações estratégicas no âmbito do Programa Escola em Tempo Integral. Brasília: Ministério da Educação, 2023c. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-2.036-de-23-de-novembro-de-2023-525531892>. Acesso em: 21 mar. 2025.

BRASIL. Conselho Nacional de Educação. **Resolução CNE/CP No 4, de 29 de Maio de 2024**. Dispõe sobre as Diretrizes Curriculares Nacionais para a Formação Inicial em Nível Superior de Profissionais do Magistério da Educação Escolar Básica (cursos de licenciatura, cursos de formação pedagógica para graduados não licenciados e cursos de segunda licenciatura), 2024. Disponível em: https://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=258171-rcp004-24&category_slug=junho-2024&Itemid=30192. Acesso em: 20 nov. 2025.

BRASIL. Ministério da Educação. **Programa Saúde na Escola (PSE)**, 2024a. Disponível em: [https://www.gov.br/mec/pt-br/areas-de-atuacao/eb/programa-saude-na-escola-pse#:~:Text=Al%C3%A9m%20dos%20Cadernos%20TCTs/BNCC,Jovens%20e%20Adultos%20\(EJA\)](https://www.gov.br/mec/pt-br/areas-de-atuacao/eb/programa-saude-na-escola-pse#:~:Text=Al%C3%A9m%20dos%20Cadernos%20TCTs/BNCC,Jovens%20e%20Adultos%20(EJA).). Acesso em: 10 dez. 2025.

BRASIL. Conselho Nacional de Educação. **Resolução CNE/CP No 4, de 29 de Maio de 2024**. Dispõe sobre as Diretrizes Curriculares Nacionais para a Formação Inicial em Nível Superior de Profissionais do Magistério da Educação Escolar Básica (cursos de licenciatura, cursos de formação pedagógica para graduados não licenciados e cursos de segunda licenciatura), 2024b. Disponível em: https://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=258171-rcp004-24&category_slug=junho-2024&Itemid=30192. Acesso em: 20 nov. 2025.

BRASIL. Ministério da Educação. **Parâmetros Curriculares Nacionais**, 2024c. Disponível em: <https://portal.mec.gov.br/seb/arquivos/pdf/saude.pdf> . Acesso em: 08 jan. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar**, 2024d. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/svsa/inqueritos-de-saude/pense>. Acesso em: 11 dez. 2025.

BRASIL. Brasília: Ministério da Saúde. **Escarlatina**, 2024e. Disponível: <https://bvsmis.saude.gov.br/escarlatina/#:~:text=%E2%80%93%20Crian%C3%A7as%20com%20escarlatina%20devem%20ser,sintomas%20podem%20transmitir%20a%20doen%C3%A7a> . Acesso em: 14 ago. 2024.

BRASIL. Presidência da República. **Decreto No 12.574, de 5 de Agosto de 2025**. Institui a Política Nacional Integrada da Primeira Infância, 2025a. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2025/decreto/D12574.htm. Acesso em: 20 nov. 2025.

BRASIL. Ministério da Educação. **Escola em tempo integral**. Brasília: Ministério da Educação, 2025b. Disponível em: https://www.gov.br/mec/pt-br/escola-em-tempo-integral?utm_source=chatgpt.com . Acesso em: 30 jun. 2025

BRASIL. Ministério da Educação. **PNAE: Programa Nacional de Alimentação Escolar**. Brasília: Ministério da Educação, 2025c. Disponível em <https://www.gov.br/fnde/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/programas/pnae>. Acessado em 28 jul. 2025

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Imunização**. Brasília: Ministério da Saúde, 2025d. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/pni>. Acesso em: 03 mar. 2025.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Salto de Pirapora**, 2025e. Disponível em: <https://Cidades.Ibge.Gov.Br/Brasil/Sp/Salto-de-Pirapora/Panorama>. Acesso em: 06 jan. 2025.

BUENO, Denise Ribeiro, KÖPTCKE, Luciana Sepúlveda. Youth participation in the Scholl Health Program in Brazil: a reflection on the role of the Federal government. **Saúde em debate**, v. 46, n. 3, p. 29–44, 2022. DOI 10.1590/0103-11042022e302i Disponível em: <https://www.studocu.com/pt-br/document/centro-universitario-das-faculdades-metropolitanas-unidas/psicologia/vygotsky-sua-teoria-e-a-influencia-na-educacao/36783070> Acesso em: 19 nov. 2025.

CANDEIAS, Nelly Martins Ferreira. Evolução histórica da educação em saúde como disciplina de ensino na Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo - 1925 a 1967. **Revista de Saúde Pública**, v. 22, n.4, p. 347–365, 1988. ISSN 0034-8910 *online* DOI 10.1590/S0034-89101988000400013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/wV7JnZSQ9M3X7tqR3CV3QdB/>. Acesso em: 23 jan. 2024.

CARDOSO, Vanessa, DOS REIS, Ana Paula, IERVOLINO, Solange Abrocesi. Escola Promotora de Saúde. **Revista Brasileira de Crescimento Desenvolvimento Humano**, v.18, n. 2, p. 107–115, 2008. ISSN 0104-1282 *online*. Disponível https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S0104-12822008000200001&script=sci_abstract. Acesso em: 02 maio 2023.

CARVALHO Vânia Oliveira de *et al.* Infecções Fúngicas Superficiais. **Documento Científico**, p. 1-14, 2020. Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/22626c-DC_-_Infeccoes_Fungicas_Superficiais.pdf. Acesso em: 14 ago. 2023.

CARVALHO Vânia Oliveira de *et al.* Infecções Bacterianas Superficiais Cutâneas. **Documento Científico**, p. 1-14, 2022. Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/23597c-DC_Infeccoes_Bacterianas_Superficiais_Cutaneas.pdf. Acesso em: 14 ago. 2023.

CERIBELLI, Renata de Fátima. **A Relação Família e Escola na Perspectiva de Professores de Educação Infantil: um Diálogo na Formação Continuada**. 2011. Dissertação. (Mestrado em Educação) - Universidade Metodista de Piracicaba, Piracicaba, 2011.

CICOLO, Emília Aparecida. **Avaliação do sistema Manchester de classificação de risco com o uso de registro eletrônico e manual**. 2018. Dissertação. (Mestrado em Gerenciamento em Enfermagem) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2018.

COELHO, Luana, PISONI, Silene. Vygotsky: sua teoria e a influência na educação. **Revista e-Ped – FACOS/CNEC** v. 2, n. 1, p. 144-152, 2012. ISSN 2237-7077 Disponível em: <https://www.studocu.com/pt-br/document/centro-universitario-das-faculdades-metropolitanas-unidas/psicologia/vygotsky-sua-teoria-e-a-influencia-na-educacao/36783070> Acesso em: 14 nov. 2025.

COLLA, Rodrigo Avila. O brincar e o cuidado nos espaços da educação infantil: desenvolvendo os animais que somos. **Revista Brasileira de Estudos Pedagógicos**, v. 100, n. 254, 2019. ISSN 2176-6681 *online* DOI 10.24109/2176-6681.rbep.100i254.3956. Disponível em: <https://doi.org/10.24109/2176-6681.rbep.100i254.3956> Acesso em: 20 nov. 2025.

COLLARES, Cecília Azevedo Lima, MOYSÉS, Maria Aparecida Affonso. A Transformação do Espaço Pedagógico em Espaço Clínico - A Patologização da Educação. **Série Idéias**, n. 23, p. 25-31, 1994. Disponível em: http://www.crmariocovas.sp.gov.br/pdf/ideias_23_p025-031_c.pdf. Acesso em: 02 maio 2023.

CONTINI, Maria de Lourdes Jeffery. **O Psicólogo e a Promoção de Saúde na Educação**. 1. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo. 2001.

CORRÊA, Crístia Rosineiri Gonçalves Lopes. A relação entre desenvolvimento humano e aprendizagem: perspectivas teóricas. **Psicologia Escolar e Educacional**, v. 21, n. 3, p. 379–386, 2017. ISSN 2175-3539 *online* DOI 10.1590/2175-3539201702131117. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2175-3539201702131117> Acesso em: 25 nov. 2025.

COSTA, Sueli, GOMES, Paulo Henrique Mendes, ZANCUL, Mariana de Senzi. Educação em Saúde na escola na concepção de professores de Ciências e de Biologia. p. 1-10, 2012. Disponível em: https://abrapec.com/atas_enpec/viiienpec/resumos/R0922-1.pdf Acesso em: 07 fev. 2025.

COSTA, Martha Falcão de Castro. **Orientação de Pais: Prevenção e Promoção de Saúde em Creche**. 2015. Dissertação. (Mestrado em Psicologia) - Universidade Federal do Amazonas, Manaus, 2015.

COUTO, Maria Cristina Ventura, DUARTE, Cristiane S., DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. A saúde mental infantil na Saúde Pública brasileira: situação atual e desafios. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 30, n. 4, p. 390–398, 2008. ISSN 1516-4446 *online* DOI 10.1590/S1516-44462008000400015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1516-44462008000400015> Acesso em: 25 nov. 2025.

CRISTOFARI, Eduarda Vicente, FERRARI, Auriane Morellato. Adequação da ingestão de micronutrientes em crianças de idade escolar. **Cadernos da Escola de Saúde** v. 19, n. 1, p 63-77, 2020. ISSN 1984–7041 Disponível em: <https://portaldeperiodicos.unibrasil.com.br/index.php/cadernossaude/article/view/5233> Acesso em: 16 jan. 2025.

DANIEL, Hiran Brenan Sivieri, SILVA Pérola Liciane Baptista da Cruz e, ROQUE, Andrea Cibele, GONÇALVES, Ivana Regina. Fake news e desinformação impactam na baixa cobertura vacinal infantil. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 8, n. 1, 2025. ISSN 2595-6825 *online* DOI 10.34119/bjhrv8n1-048. Disponível em: <https://doi.org/10.34119/bjhrv8n1-048> Acesso em: 03 mar. 2025.

DOMENE, Semíramis Martins Álvares. A escola como ambiente de promoção da saúde e educação nutricional. **Psicologia USP**, v. 19, n. 4, p. 505–517, 2008. ISSN 0103-6564 *online* DOI 10.1590/S0103-65642008000400009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-65642008000400009> Acesso em: 02 mar. 2025.

DOMINGUES Natália Tonon, PIRES Adriana Monteiro de Barros. Infecções externas nasais: como prevenir? **Recomendações Atualização de Condutas em Pediatria**, v.1, n. 97, p. 3–7, 2022. Disponível em: https://www.spsp.org.br/site/asp/recomendacoes/Recomendacoes97_SPSP_alta.pdf . Acesso em: 14 ago. 2023.

DUARTE, Newton. As pedagogias do “aprender a aprender” e algumas ilusões da assim chamada sociedade do conhecimento. **Revista Brasileira de Educação**, n. 18, p. 35–40, 2001. ISSN 1413-2478 *online* DOI 10.1590/S1413-

24782001000300004. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-24782001000300004> Acesso em: 25 nov. 2025.

DUPÉREÉ, Véronique, DION, Eric, NAULT-BRIÈRE, Frédéric, ARCHAMBAULT, Isabelle, LEVENTHAL, Tama, LESAGE, Alain. Revisiting the Link Between Depression Symptoms and High School Dropout: Timing of Exposure Matters. **Journal of Adolescent Health**, v. 62, n.2, p. 205–211, 2018. ISSN 1879-1972 *online* DOI 10.1016/j.jadohealth.2017.09.024. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2017.09.024> Acesso em: 10 mar. 2025.

FERREIRA, Alan Cristian Marinho, SILVA, Alanna Gomes da, MORAIS, Évelin Angélica Herculano de, MALTA, Deborah Carvalho. Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar: mudanças metodológicas e comparabilidade com o Global School-based Student Health Survey. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, n. 27, 2024. ISSN 1980-5497 *online* DOI 10.1590/1980-549720240053.2. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-549720240053.2> Acesso em: 11 dez. 2025.

FERREIRA, Helen Gonçalves Romeiro, ALVES, Rodrigo Gomes, MELLO, Sílvia Conceição Reis Pereira. O programa nacional de alimentação escolar (PNAE): alimentação e aprendizagem. **Diálogos Com o Direito**, Revista da Seção Judiciária do Rio de Janeiro, v. 22, n. 44, p. 90-113, 2018. *online* DOI 10.30749/2177-8337.v2n44p90-113. Disponível em: <https://doi.org/10.30749/2177-8337.v2n44p90-113> Acesso em: 02 mar. 2025.

FONTES, Luiz Felipe, MREJEN, Matias, RACHE, Beatriz, & ROCHA, Rudo. Economic Distress and Children's Mental Health: Evidence from the Brazilian High Risk Cohort Study for Mental Conditions. **Working Paper Series**. v. 15, p. 1-28, 2022. Disponível em: www.ieps.org.br Acesso em: 10 mar. 2025.

FRANCESCO Renata C di., DE MORICZ Renata Dutra, MARONE Silvio. Otite Média Aguda em Pediatria. **Atualize-se**, v. 1, n. 3, p. 4–9, 2016. Disponível em: <https://www.spsp.org.br/site/asp/boletins/AT3.pdf>. Acesso em: 14 ago. 2023.

GARCIA, Michele Silveira da Silva Rosane Nunes. Base Nacional Comum Curricular: uma análise sobre a temática saúde. **Revista Electrónica de Enseñanza de las Ciencias**. v. 19, n. 2. p. 320-345, 2020. Disponível em: https://reec.uvigo.es/volumenes/volumen19/REEC_19_2_4_ex1511_45F.pdf Acesso em: 27 jan. 2025.

GASQUE, Kelley Cristine Gonçalves Dias. Internet, mídias sociais e as unidade de informação: Foco no ensino-aprendizagem. **Brazilian Journal of Information Science**. v. 10, n. 2, p. 14–20, 2016. ISSN 1981-1640 *online* DOI 10.36311/1981-1640.2016.v10n2.03.p14 Disponível em: <https://revistas.marilia.unesp.br/index.php/bjis/article/view/5929> Acesso em: 13 jan. 2025.

GIORDAN, André. Health education, recent and future trends. **Memórias Do Instituto Oswaldo Cruz**, v. 95, n. 1, p. 53–58, 2000. *online* DOI 10.1590/S0074-

0276200000700009 Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0074-0276200000700009> Acesso em: 13 jan. 2025.

GONTIJO, Cláudia Maria Mendes. Base nacional comum curricular (BNCC): comentários críticos. **Revista Brasileira de Alfabetização – ABAIf**, v. 1, n. 2, p. 174-190, 2015. ISSN: 2446-8584 Disponível em: <https://pt.scribd.com/document/436073028/BASE-NACIONAL-COMUM-CURRICULAR-BNCC-COMENTARIOS-CRITICOS> Acesso em: 05 fev. 2025.

GREEN, Lawrence W., KREUTER, Marshall W. CDC's Planned Approach to Community Health as an Application of PRECEED and an Inspiration for PROCEED. **Journal of Health Education**, v. 23, n. 3, p. 140–147, 1992. ISSN: 1055-6699 *online* DOI 10.1080/10556699.1992.10616277 Disponível em: <https://doi.org/10.1080/10556699.1992.10616277> Acesso em: 08 dez. 2025.

SANTOS, Irani Gomes dos, PENNA, Carolina Lucci, MORIYAMA, Fábio Moraes, LEÃO, Fernanda Vallim, SOUZA de, Maressa Priscila Daga, AGUIAR, Zenaide Neto. Percepção dos Educadores e Coordenadores de uma Creche Sobre Processo Educativo em Saúde Desenvolvido com Abordagem Multiprofissional. **Revista APS**, v. 12, n. 4, p. 409–419, 2009. Disponível em: <https://periodicos.ufff.br/index.php/aps/article/view/14196>. Acesso em: 02 maio 2023.

SANTOS, Kátia Ferreira dos, BÓGUS, Cláudia Maria. A percepção de educadores sobre a escola promotora de saúde: um estudo de caso. **Journal of Human Growth and Development**, v. 17, n. 3, p. 123–133, 2007. ISSN 2175-3598 *online* Disponível em: https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822007000300013&lng=. Acesso em: 26 jan. 2024.

ESTANISLAU, Gustavo M., BRESSAN, Rodrigo Affonseca. Saúde Mental na Escola: O que os educadores devem saber. **Psico-USF**, v. 21, n. 2, p. 123-125, 2014. ISSN 1413-8271 *online* DOI 10.1590/1413-82712016210217 Disponível em: <https://www.scielo.br/j/psuf/a/zz3fYhKgF9QtNhmYXSVYfjD/>. Acesso em: 01 maio 2023.

FARIAS, Isabelle Caroline Veríssimo de, SÁ, Ronice Maria Pereira Franco de, FIGUEIREDO, Nilcema, MENEZES FILHO, Abel. Análise da Intersetorialidade no Programa Saúde na Escola. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 40, n. 2, p. 261–267, 2016. ISSN 0100-5502 *online* DOI 10.1590/1981-52712015v40n2e02642014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-52712015v40n2e02642014> Acesso em: 02 mar. 2025.

FEIJÃO, Alexsandra Rodrigues, GALVÃO, Marli Teresinha Gimenes. Ações de educação em saúde na atenção primária: revelando métodos, técnicas e bases teóricas. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 8, n. 2, p. 41–49, 2007. ISSN: 1517-3852 *online* DOI 10.15253/2175-6783.2007000200006 Disponível em: <https://periodicos.ufc.br/rene/article/view/5296/3895>. Acesso em: 26 jan. 2024.

FEFERBAUM Rubens, SILVA Luciana Rodrigues, SOLÉ Dirceu. Avaliação e Risco Nutricional em Pediatria *In*: CARDOSO, Ary Lopes; SPOLIDORO, José Vicente.

Manual de Suporte Nutricional da Sociedade Brasileira de Pediatria. Rio de Janeiro: SBP, 2019. p14-21, 2020. *E-book* Disponível em https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/2019/19633_Fund_Soc_Pediat_Programa_ODAOk-Editado-final.pdf. Acesso em: 14 mar. 2025.

FERNANDES Tadeu Fernando. Ectoparasitoses. **Documento Científico**, n. 5, p. 1-12, 2020. Disponível em https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/22734c-DC-Ectoparasitoses.pdf. Acesso em: 14 ago. 2023.

FERREIRA, Geovana Santos. Psicologia e a educação em saúde. **Pubsaúde**, v. 13, a. 420, p 1-3, 2023. ISSN 2595-1637 *online* DOI 10.31533/pubsaude13.a420 Disponível em: <https://pubsaude.com.br/wp-content/uploads/2023/04/423-Psicologia-e-a-educacao-em-saude.pdf>. Acesso em: 08 jul. 2025.

FIGUEIREDO, Túlio Alberto Martins de, MACHADO, Vera Lúcia Taqueti, ABREU, Margaret Mirian Scherrer de. A saúde na escola: um breve resgate histórico. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 2. p. 397–402, 2010. Disponível em <https://www.scielo.br/j/csc/a/XK3j9btfm6xTzQsRYCBgWgr/>. Acesso em: 26 jan. 2024.

FORTKAMP, Eloisa Helena Teixeira. **Educação Infantil e família: a complementaridade na perspectiva das famílias de baixa renda.** 2008. Dissertação. (Mestrado em Educação) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2008.

GATTI, Bernardete. A. Formação de professores no Brasil: características e problemas. **Educação & Sociedade**, v. 31, n.113, p. 1355–1379, 2010. ISSN 0101-7330 *online* DOI 10.1590/S0101-73302010000400016 Disponível em: <https://www.scielo.br/j/es/a/R5VNX8SpKjNmKPxxp4QMt9M/>. Acesso em: 10 jul. 2023.

GONÇALVES, Fernanda Denardin, CATRIB, Ana Maria Fontenele, VIEIRA, Neiva Francenely Cunha., VIEIRA, Luiza Jane Eyre de Souza. A promoção da saúde na educação infantil. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 12, n. 24, p. 181–192, 2008. ISSN 1414-3285 *online* DOI 10.1590/S1414-32832008000100014 Acesso em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/mrv3zN4qwNhn3mjJDFDR8Sd/abstract/?lang=pt>. Visualizado em: 02 maio 2023.

GONZALEZ-MENA, Janet, EYER, Dianne Widmeyer. **O Cuidado com Bebês e Crianças Pequenas na Creche: um Currículo de Educação e Cuidados Baseado em Relações Qualificadas.** 9. ed. Porto Alegre: AMGH, 2014.

HAMILTON, Wanda, FONSECA, Cristina. Política, atores e interesses no processo de mudança institucional: a criação do Ministério da Saúde em 1953. **História, Ciências, Saúde**, v.10, n. 3, p. 7911–825, 2003. ISSN 0104-5970 *online* DOI 10.1590/S0104-59702003000300002 Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/hcsm/a/FjGygQWgtwp3m7BKKD6ZnRr/>. Acesso em: 26 jan. 2024.

KFOURI Renato de Ávila. Atualização sobre Sarampo. **Guia prático de atualização**, n. 5, p. 1-12, 2018. Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/23597c-DC_Infeccoes_Bacterianas_Superficiais_Cutaneas.pdf. Acesso em: 14 ago. 2023.

KOVACS, Maria Helena., Feliciano, Kátia. V. de O., Sarinho, Sílvia. W., Veras, Ana Amélia C. A. Access to basic care for children seen at emergency departments. **Jornal de Pediatria**, v. 81, n. 3, p. 251–258, 2005. ISSN 0021-7557 *online* DOI 10.2223/1347 Disponível em: <https://www.scielo.br/j/jped/a/q65Ptk7CxCr4cxGbRwWr73m/?format=pdf&lang=en>. Acesso em: 28 mar. 2023.

KUA, Phek Hui Jade, WU, Li, ONG, E-lin Tessa, LIM, Zi Ying, YIEW, Jinmia Luther, THIA Xing Hui Michelle., SUNG, Cohan Sung. Understanding decisions leading to nonurgent visits to the paediatric emergency department: caregivers' perspectives. **Singapore Medical Journal**, v. 57, n. 6, p. 314–319, 2016. ISSN 0037-5675 *online* DOI 10.11622/smedj.2016023 Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26805668/>. Acesso em: 28 mar. 2023.

KUBICEK, Katrina, LIU, Dedorah, BEAUDIN, Christy, SUPAN, Jocelyn, WEISS, George, LU, Yang, KIPKE, Michele D. A Profile of Nonurgent Emergency Department Use in an Urban Pediatric Hospital. **Pediatric Emergency Care**, v. 28, n. 10, p. 977–984, 2012. ISSN 0749-5161 *online* DOI 1097/PEC.0b013e31826c9aab Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23023463/>. Acesso em: 28 mar. 2023.

KUHLMANN JUNIOR, Moysés. **Infância e Educação Infantil: Uma Abordagem Histórica**. 7. ed. Porto Alegre: Mediação, 2015.

LANDIM, Sorrana Penha Paz. **Entre Tensões e Proposições: A relação Família e Creche**. 2020. Dissertação. (Mestrado em Educação) - Universidade Estadual Paulista - Júlio De Mesquita Filho, Presidente Prudente, 2020.

LEAVELL, Hugh; CLARK, E. Gurney. **Medicina Preventiva**. São Paulo: McGraw-Hill, 1976.

LEMOS, Maria Elizabeth Siqueira. **Representações Sociais de Educadoras de Creche a Respeito do Cuidado em Saúde de Crianças Até Cinco Anos de Idade**. 2010. Tese. (Doutorado em Ciência da Saúde) - Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2010.

LIBERMANN, Angelita Pinto, BERTOLINI, Geysler Rogis Flor. Tendências de pesquisa em políticas públicas: Uma avaliação do Programa Nacional de Alimentação Escolar - PNAE. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 20, n. 11, 2015. ISSN: 3533–3546 *online* DOI 10.1590/1413-812320152011.16822014 Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320152011.16822014> Acesso em: 02 mar. 2025.

LIMA, Gerson Zanetta de. Saúde escolar e educação. **Revista da Faculdade de Educação**, v. 11, n. 1, p. 313–315, 1985. Disponível em: <http://educa.fcc.org.br/pdf/rfe/v11n1-2/v11n1-2a18.pdf>. Acesso em: 29 jan. 2024

LOPES, Iraneide Etelvina, NOGUEIRA, Júlia Aparecida Devidé, ROCHA, Dais Gonçalves. Eixos de ação do Programa Saúde na Escola e Promoção da Saúde: revisão integrativa. **Saúde em debate**, v. 42, n. 118, p. 773–789, 2018. ISSN: 2358-2898 *online* DOI 10.1590/0103-1104201811819 Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201811819> Acesso em: 02 mar. 2025.

MARANHÃO, Damaris Gomes, SARTI, C. A. Cuidado compartilhado: negociações entre famílias e profissionais em uma creche. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 11, n. 22, p. 257–270, 2007. ISSN 1414-3283 *online* DOI 10.1590/S1414-32832007000200006 Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/yb7VPZJ8DZzsKnF9CSrnpzp/>. Acesso em: 01 maio 2023.

MARANHÃO, Damaris Gomes. O cuidado com o elo entre saúde e educação. **Cadernos de Pesquisa**, n. 111, p. 115–133, 2000a. ISSN 0100-1574 *online* DOI 10.1590/S0100-15742000000300006 Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cp/a/StnfHcKJLQ8fgwr7L69n8HR/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 02 maio 2023.

MARANHÃO, Damaris Gomes. O processo saúde-doença e os cuidados com a saúde na perspectiva dos educadores infantis. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 16, n. 4, p. 1143–1148, 2000b. ISSN 0102-311X *online* DOI 10.1590/S0102-311X2000000400034 Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/5GxjHhPXS5KYqZzv5Zd6sBn/>. Acesso em: 02 maio 2023.

MARCONDES, Ruth Sandoval. **Educação sanitária em nível nacional**. 1964. Tese. (Doutorado em Saúde Pública) - Faculdade de Higiene e Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo, 1964.

MARCONDES, Ruth Sandoval. Educação em saúde na escola. **Revista de Saúde Pública**, v. 6, n. 1, p. 89-96, 1972. ISSN 0034-8910 *online* DOI 10.1590/S0034-89101972000100010 Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-89101972000100010> Acesso em: 26 jan. 2024.

MARQUES, Eduardo Cesar. A era do saneamento: as bases da política de saúde pública no Brasil. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v. 14, n. 39, p. 261, 1999. ISSN 0102-6909 *online* DOI 10.1590/S0102-69091999000100012 Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbcsoc/a/c5nrwFbbPS6L9Wqt43HXhMh/>. Acesso em: 26 jan. 2024.

MARUN David Cury *et al.* Diarreia e vômito. **Informativo para as escolas**, n. 39, p. 1-3, 2023a. Disponível em:

https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/23828_6c-InfoEscolas-_Diarreia_e_Vomito.pdf Acesso em: 14 ago. 2023.

MARUN David Cury *et al.* Síndrome Mão Pé Boca. **Informativo para as escolas**, n. 61, p. 1-3, 2023b. Disponível em:

https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/_22039d-DocCient_-_Sindrome_Mao-Pe-Boca.pdf Acesso em: 14 ago. 2023.

MARUN David Cury *et al.* Varicela (Catapora). **Informativo para as escolas**, n. 42, p. 1-3 2023c. Disponível em:

https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/23828_1d-InfoEscolas-_Varicela__Catapora_.pdf. Acesso em: 14 ago. 2023.

MELLO, Maycom Maia de. Programa Saúde na Escola: promoção da saúde através das rodas de conversa. **Intervozes: trabalho, saúde, cultura**. v. 4, n.1, p. 40-55, 2019. Disponível em:

https://www.fmpfase.edu.br/Intervozes/Content/pdf/Edicao/04_01.pdf Acesso em: 16 jan. 2025.

MENDES, Rosilda, FERNANDEZ, Juan Carlos Aneiros, SACARDO, Daniele Pompei. Promoção da saúde e participação: abordagens e indagações. **Saúde em Debate**, v. 40, n.108, p. 190–203, 2016. ISSN 0103-1104 *online* DOI 10.1590/0103-1104-20161080016 Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/bHgFCrnmnKyKxGBTJNsXLGB/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 10 dez. 2024.

MÉNDEZ, E. Benigno, HERRERA, L. Patricio, GUERRA, M. Hernán, DATTAS, L. Jean Pierre, MIÑOZ, H. Basilo, VELASCO, B. Jaime. Estructura de la consulta pediátrica en el Servicio de Urgencia: Hospital Infantil Roberto del Río. **Revista Chilena de Pediatría**, v. 76, n. 3, p. 259-265, 2005. ISSN 0370-4106 *online* DOI 10.4067/S0370-41062005000300004 Disponível em:

https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0370-41062005000300004&script=sci_abstract. Acesso em: 28 mar. 2023.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Programa Nacional de Alimentação Escolar: limites e possibilidades para uma alimentação saudável. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**. v. 18, n. 4 p. 906-906, 2013. *online* DOI: 10.1590/S1413-81232013000400001 Disponível em:

https://www.researchgate.net/publication/307673888_Programa_Nacional_de_Alimentacao_Escolar_limites_e_possibilidades_para_a_garantia_do_direito_humano_a_a_limentacao_adequada_saudavel_e_sustentavel Acesso em: 02 mar. 2025.

MONDIN, Elza Maria Canhetti. **Contexto e Comportamento: Definindo as Interações na Família e na Pré-Escola**. 2006. Tese. (Doutorado em Educação) - Universidade Estadual Paulista, Marília, 2006.

MONTEIRO, Jorge Henrique de Lima, MAGALHÃES, Carlos Henrique Ferreira. BNCC e suas concepções político-pedagógicas para a educação e educação física: algumas aproximações. **Educação: Teoria e Prática**, v. 33, n. 66, 2023. ISSN:

1981-8106 *online* DOI 10.18675/1981-8106.v33.n.66.s15633 Disponível em: <https://doi.org/10.18675/1981-8106.v33.n.66.s15633> Acesso em: 14 nov. 2025.

MONTEIRO, Paulo Henrique Nico, BIZZO, Nélío. A saúde na escola: Análise dos documentos de referência nos quarenta anos de obrigatoriedade dos programas de saúde, 1971-2011. **Historia, Ciências, Saúde** - Manguinhos, v. 22, n. 2, p. 411–427, 2015. ISSN 0104-5970 *online* DOI 10.1590/10.1590/S0104-59702014005000028 Disponível em: <https://www.scielo.br/j/hcsm/a/pd6KN8hjtZQ5fcs5Yxkr47L/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 26 jan. 2024.

MORAIS Mauro Batista de *et al.* Diarreia aguda: diagnóstico e tratamento. **Guia Prático de Atualização**, n. 1, p. 1-15, 2017. Disponível em: https://www.sbp.com.br/file-admin/user_upload/2017/03/Guia-Pratico-Diarreia-Aguda.pdf. Acesso em: 14 ago. 2023.

MOREIRA, Ana Rosa Picanço, SOUZA, Tatiana Noronha de. Ambiente pedagógico na educação infantil e a contribuição da psicologia. **Psicologia Escolar e Educacional**, v. 20, n. 2, p. 229–237, 2016. ISSN: 1413-8557 *online* DOI 10.1590/2175-353920150202955 Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2175-353920150202955> Acesso em: 14 nov. 2025.

MOREIRA, Danieli Casare da Silva; SANT'ANA, Izabella Mendes; PINTO, Rafael Ângelo Bunhi; GALÃO, Sabrina Aparecida. A criança e o direito à Educação: desafios da Educação Infantil na atualidade. **Quaestio, Sorocaba**, v. 23, n. 3, p. 919-937, 2021. e-ISSN: 2177-5796 DOI: <http://dx.doi.org/10.22483/2177-5796.2021v23n3p919-> Acesso em: 13 jan. 2026

NESTI, Maria Mastrobuono., GOLBAUM, Moisés. As creches e pré-escolas e as doenças transmissíveis. **Jornal de Pediatria**, v. 83, n. 4, p. 299–312, 2007. ISSN 0021-7557 *online* DOI 10.2223/JPED.1649 Disponível em: <https://www.scielo.br/j/jped/a/GF5Z5cp8X5SczvmJjVgbsGP/>. Acesso em: 14 ago. 2023.

NOBRE, Noéli. **Comissão aprova projeto de política de saúde mental nas instituições de ensino**. Brasília: Câmara dos Deputados/Agência Câmara de Notícias, 2025. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/noticias/1128476-comissao-aprova-projeto-de-politica-de-saude-mental-nas-instituicoes-de-ensino/>. Acesso em: 08 maio 2025.

NUTBEAM, Don. Eficácia de La Promoción de La Salud – Las Preguntas Que Debemos Responder. *In*: Union For Health Promotion And Education. **La Evidencia de la Eficacia de la Promoción de la Salud**. Espanha, 1999. Disponível em: https://obsaludasturias.com/obsa/wp-content/uploads/EHP_part2_ESP.pdf Acesso em: 10 dez. 2024.

OLIVEIRA, Bruno Diniz Castro de. **Promoção da saúde mental de crianças e adolescentes na rede escolar: desafios para a atenção psicossocial e a**

intersectorialidade. 2021. Tese (Doutorado em Saúde Mental) – Instituto de Psiquiatria, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2021.

OLIVEIRA, Suzana Maria de Andrade. **Os bebês Como Tema na Formação Docente: Um Estudo Sobre Currículos dos Cursos de Pedagogia**. 2016. Dissertação. (Mestrado em Educação) - Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2016.

OLIVEIRA, Zilma de Moraes Ramos. Os primeiros passos da história. *In*: OLIVEIRA, Zilma de Moraes Ramos. **Educação Infantil: fundamentos e métodos**. (7. ed.) Porto Alegre: Cortez., 2008, p. 30-60.

OLIVEIRA FILHO, Joel Pereira, SANTOS, Márcio Luiz dos, ZÔMPERO, Andreia de Freitas. A Temática Saúde na Perspectiva dos Parâmetros Curriculares Nacionais e Base Nacional Comum Curricular. **Rev. Ens. Educ. Cienc. Human**, p. 430–436, 2020. *online* DOI 10.17921/2447-8733.2020v21n4p430-436 Disponível em: <https://doi.org/10.17921/2447-8733.2020v21n4p430-436> Acesso em: 02 mar. 2025.

OTTAWA charter for health promotion. **World Health**, Geneva, Switzerland, may, p. 16-17, 1987. Disponível em: <https://iris.who.int/handle/10665/276331>. Acesso em: 26 jan. 2024.

PELICIONI, Maria Cecília Focesi, PELICIONI, Andréa Focesi. Educação e promoção da saúde: uma retrospectiva histórica. **O mundo da saúde**, v. 31, n. 3, p. 320–328, 2007. ISSN 1980-3990 *online* DOI: 10.15343/0104-7809.200731.3.1. Disponível em: <https://revistamundodasaude.emnuvens.com.br/mundodasaude/article/view/873>. Acesso em: 26 jan. 2024.

PEREIRA, Adriana Lenho de Figueiredo. As tendências pedagógicas e a prática educativa nas ciências da saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 19, n. 5, p. 1527–1534, 2003. ISSN 0102-311X *online* DOI 10.1590/S0102-311X2003000500031 Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/Jj6qF3CWvsZMfdNRC8GzyvH/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 01 maio 2023.

PEREIRA, Leticia, OLIVEIRA, Marta Regina Furlan de. A hora do sono na educação infantil: cuidar, educar e acolher. *In*: ALMEIDA, Flávio Aparecido de. **Educação Infantil: as contribuições da educação no processo de desenvolvimento da criança**. Editora Científica Digital. p. 54–63, 2021.

PESTANA, Ana Paula. Conhecimentos e atitudes dos pais perante a febre dos filhos. **Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar**, v. 19, n. 4, p. 333-343, 2003. DOI <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v19i4.9955> Disponível em: <https://rpmgf.pt/ojs/index.php/rpmgf/article/view/9955>. Acesso em: 09 jan. 2025.

PIFFER, Claudia Cristina Garcia. **A Complementaridade Creche-Família: Retratos de uma Creche Pública Municipal**. 2017. Tese. (Doutorado em Educação) - Universidade Estadual Paulista, Presidente Prudente, 2017.

PINHEIRO, Ana Paula. Visualização de Referenciação à urgência pediátrica do Hospital S. Teotónio - Viseu. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, **Revista Portuguesa de Clínica Geral**, v. 24, n. 6, p. 671–678, 2008. *online* DOI 10.32385/rpmgf.v24i6.10565 Disponível em: <https://rpmgf.pt/ojs/index.php/rpmgf/pt/article/view/10565> Acesso em: 14 abr. 2023.

PINO, Angel. A criança e seu meio: contribuição de Vigotski ao desenvolvimento da criança e à sua educação. **Psicologia USP**, v. 21, n. 4, p. 741–756, 2010. ISSN 0103-6564 *online* DOI 10.1590/S0103-65642010000400006 Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-65642010000400006> Acesso em: 25 nov. 2025.

PIORELLI, Roberta de Oliveira. **A estratégia de vacinação de HPV para crianças e adolescentes nas escolas nos municípios do Estado de São Paulo de 2015 a 2018**. 2023. Dissertação (Mestrado em Doenças Infecciosas e Parasitárias) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2023. Disponível em: https://bdtd.ibict.br/vufind/Record/USP_9dcaaebe1f9700c8e8b394a469f20ae6 Acesso em: 03 mar. 2025.

PIRES, Gabriela Cheuiche. **Associação do sono com o crescimento somático durante os primeiros seis meses de vida de crianças expostas a diferentes ambientes intrauterinos – estudo IVAPSA**. 2021. Dissertação (Mestrado em Saúde da Criança e Adolescente) - Universidade Federal do Rio Grande Do Sul, Porto Alegre, 2021.

PIROTTA, Kátia Cibelle Machado., BARBOZA, Renato, PUPO, Lígia Rivero, CAVASIN, Sylvia, UNBEHAUM, Sandra. A educação sexual na escola: elementos para uma avaliação dos esforços realizados. **Boletim do Instituto de Saúde - BIS**, v. 46, p. 34–37, 2008. Disponível em: <https://periodicos.saude.sp.gov.br/bis/article/view/33643>. Acesso em: 19 mar. 2025.

QUEIROZ, Norma Lucia Neris de, MACIEL, Diva Albuquerque, BRANCO, Angela Uchôa. Brincadeira e desenvolvimento infantil: um olhar sociocultural construtivista. **Paidéia**, v. 16, n. 34, p. 169–179, 2006. ISSN 0103-863X *online* DOI 10.1590/S0103-863X2006000200005 Disponível em: https://aborlccf.org.br/wp-content/uploads/2022/11/1669816618_Manual_de_lavagem_nasal-v2.pdf Acesso em: 16 nov. 2025.

RAPOPORT Andrea, PICCININI Cesar Augusto. O Ingresso e Adaptação de Bebês e Crianças Pequenas à Creche: Alguns Aspectos Críticos. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 14, n. 1, p. 81–95, 2001. ISSN 0102-7972 *online* DOI 10.1590/S0102-79722001000100007 Disponível em: <https://www.scielo.br/j/prc/a/5GPg5rM88QtThRNMxXHFxPb/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 14 ago. 2023.

RIBEIRO, Alice B. Cruz, BELTRAME, Ana Paula, MOREIRA, Danielle M. Cartilha de promoção de saúde e prevenção de doenças e acidentes nas escolas. São José, SC: Prefeitura Municipal, n. 1, p. 1-36, 2021. Disponível em: <https://saojose.sc.gov.br/wp-content/uploads/2021/06/Copia-de-Copia-de->

CARTILHA-DE-PROMOCAO-DE-SAUDE-E-ORIENTACAO-E-PREVENCAO-DE-DOENCAS-E-ACIDENTES-NAS-ESCOLAS3.pdf. Acesso em: 14 ago. 2023.

RIBEIRO, Lígia Leite. **Professoras de Creche, Saberes Profissionais e BNCC: Delimitando as Fronteiras Dessa Relação**. 2021. Dissertação. (Mestrado em Educação) - Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2021.

ROGOFF, Bárbara. **A natureza cultural do desenvolvimento humano**. 1. ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.

ROITHMANN, Rrenato, LESSA, Marcus Miranda, SCHWEIGER, Claudia. Manual de lavagem nasal na criança e no adulto. 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-863X2006000200005> Acesso em: 16 jan. 2025.

ROSA, Dayana, FREITAS, Rebeca, ZILLER, Bruno, BARRANCOS, Luciana. 10 Ações para políticas de Saúde Mental nas escolas. Brasília: IEPS Instituto de Estudos para Políticas de Saúde, 2023. Disponível em: <https://agendamaissus.org.br/>. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-863X2006000200005> Acesso em: 10 mar. 2025.

SALGADO, Andréa Leite de Alencar. **Crenças e Práticas Docentes Quanto à Promoção e Prevenção em Saúde na Educação Infantil**. 2016. Dissertação. (Mestrado em Educação) - Universidade Federal do Oeste do Pará, Santarém, 2016

SÁFADI Marco Aurélio P *et al.* Manejo da Febre Aguda. Sociedade Brasileira de Pediatria. **Documento Científico**, p. 1-14, 2021. Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/23229c-DC_Manejo_da_febre_aguda.pdf. Acesso em: 14 ago. 2023.

SÁFADI Marco Aurélio Palazzi *et al.* Síndrome Mão-Pé-Boca. **Documento Científico**, p. 1-8, 2019. Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/_22039d-DocCient_-_Sindrome_Mao-Pe-Boca.pdf. Acesso em: 14 ago. 2023.

SALTO DE PIRAPORA. **História de Salto de Pirapora**. 2025. Disponível em: <https://www.saltodepirapora.sp.gov.br/portal/servicos/1001/historia/>. Acesso em: 06 jan. 2025.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina. Superintendência de Vigilância em Saúde. Diretoria de Vigilância Epidemiológica. **Doenças exantemáticas febris**. 2018. Disponível em: [file:///C:/Users/regina.boaventura/Downloads/exantemas%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/regina.boaventura/Downloads/exantemas%20(1).pdf). Acesso em: 14 ago. 2023.

SANTOS, Heloísa V., PACHECO, Marcia Maria R. Fatores de Risco ao Desenvolvimento da Criança : da Visão Biomédica à Visão Psicossocial. *In*: THE 4TH INTERNATIONAL CONGRESS UNIVERSITY INDUSTRY COOPERATION. Taubaté, UNIUNDU, 2012. p. 1-18. Acesso em: 01 mai. 2025.

SANTOS, Kátia Ferreira dos, BÓGUS, Cláudia Maria. A percepção de educadores sobre a escola promotora de saúde: um estudo de caso. **Revista Brasileira Crescimento Desenvolvimento Humano**. v. 17, n. 3, p. 123–133, 2007.

ISSN 2175-3598 Disponível em:

https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822007000300013 Acesso em: 26 jan. 2024.

SCHINEIDER, Stéfani Almeida, MAGALHÃES, Cleidilene Ramos, ALMEIDA, Alexandre do Nascimento. Percepções de educadores e profissionais de saúde sobre interdisciplinaridade no contexto do Programa Saúde na Escola. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 26, 2022. ISSN 1807-5762 *online* DOI 10.1590/interface.210191 Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/icse/a/dr4YJSfvkxCthHWzNfNgGDL/?format=html&lang=pt> Acesso em: 13 jan. 2025.

SCLIAR, Moacyr. História do conceito de saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 17, n.1, p. 29–41, 2007. ISSN 0103-7331 *online* DOI 10.1590/S0103-73312007000100003 Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312007000100003> Acesso em: 20 jan. 2025.

SERRA, Luciene Maura Mascarini *et al.* Núcleos de ensino de Botucatu: Espaço interdisciplinar para educação continuada em saúde. *PROGRAD UNESP* p. 1124-1130, 2011. ISSN 9708-2011 Disponível em: <https://acervodigital.unesp.br/handle/11449/139988> Acesso em: 13 jan. 2025.

SILVA, Daniela Almeida de Jesus. O trabalho e a Saúde na Perspectiva dos Educadores de Creche um Estudo na Rede Pública de Vitória da Conquista - BA. 2016. Dissertação. (Mestrado em Saúde Pública) - Fundação Oswaldo Cruz., Vitória da Conquista, 2016 .

SILVA, Meirele Rodrigues Inácio da, ALMEIDA, Alinne Paula de, MACHADO, Juliana Costa, SILVA, Luciana Saraiva da, CARDOSO FILHO, Juliana Aparecida, COSTA, Glauce Dias da, COTTA, Rosângela Minardi Mitre. Processo de Acreditação das Escolas Promotoras de Saúde em âmbito mundial: revisão sistemática. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 2, p. 475–486, 2019. ISSN 1678-4561 *online* DOI 10.1590/1413-81232018242.23862016 Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csc/2019.v24n2/475-486>. Acesso em: 22 mar. 2024.

SILVA, Ronaldo Adriano Ribeiro da, VENTURI, Tiago. **Pesquisas, Vivências e Práticas de Educação em Saúde na Escola**. Chapeco: Editora UFFS. 2022. ISBN: 9786586545746 DOI: <https://doi.org/10.7476/9786586545722> Disponível em: <https://books.scielo.org/id/jnj37> Acesso em: 13 nov. 2025.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **A Alimentação Complementar e o Método BLW (Baby-Led Weaning)**. Guia Prática de Atualização, n. 4, p. 1-6, 2017. Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/19491c-GP_-_AlimCompl_-_Metodo_BLW.pdf. Acesso em: 14 mar. 2025.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Consenso Sobre Anemia Ferropriva. **Diretrizes Departamentos Científicos de Nutrologia e Hematologia**, n. 2, p. 1-7, 2021. Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/23172c-Diretrizes-Consenso_sobre_Anemia_Ferropriva.pdf. Acesso em: 14 mar. 2025.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Primeiros passos: moldes de Nutrição para toda a vida *In*: FERNANDES, Tadeu Fernando, ANICETO, Renata Rodrigues FRANÇA, Normeide Pedreira dos Santos. **Guia Prático de Alimentação Crianças de 0 a 5 anos**. Rio de Janeiro: SBP, 2021a. p. 15-29. *E-book* Disponível em https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/23148cf-GPrat_Aliment_Crc_0-5_anos_SITE.pdf. Acesso em: 14 mar. 2025.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Fórmulas infantis *In*: FERNANDES, Tadeu Fernando, WEFFORT, Virginia Resende Silva. **Guia Prático de Alimentação Crianças de 0 a 5 anos**. Rio de Janeiro: SBP, 2021b. p. 30-50. *E-book* Disponível em https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/23148cf-GPrat_Aliment_Crc_0-5_anos_SITE.pdf. Acesso em: 14 mar. 2025.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Alimentação Complementar *In*: WEFFORT, Virginia Resende Silva, DE MELLO, Elza Daniel. **Guia Prático de Alimentação Crianças de 0 a 5 anos**. Rio de Janeiro: SBP, 2021c. p. 52-58. *E-book* Disponível em https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/23148cf-GPrat_Aliment_Crc_0-5_anos_SITE.pdf. Acesso em: 14 mar. 2025.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Estratégias para apoiar as famílias *In*: WEFFORT, Virginia Resende Silva, DE MELLO, Elza Daniel. **Guia Prático de Alimentação Crianças de 0 a 5 anos**. Rio de Janeiro: SBP, 2021d. p. 62-70. *E-book* Disponível em https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/23148cf-GPrat_Aliment_Crc_0-5_anos_SITE.pdf. Acesso em: 14 mar. 2025.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **Guia de Orientações - Dificuldades alimentares**. Rio de Janeiro: SBP, 2021e. *E-book* Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/23419b-Guia_de_Orientacoes-Dificuldades_Alimentares_SITE_P-P.pdf. Acesso em: 14 mar. 2025.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **Manual de Alimentação: Orientações Para Alimentação do Lactente ao Adolescente, na Escola, na Gestante, na Prevenção de Doenças e Segurança Alimentar**. Rio de Janeiro: SBP, 2024. *E-book* Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/sbp/2024/outubro/31/24607e-ManAlim-OrientAlim_Lactente_ao_adl_na_escola-gest.pdf. Acesso em: 14 mar. 2025.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **Abordagem da Febre Aguda em Pediatria e Reflexões sobre a febre nas arboviroses**. Rio de Janeiro: SBP, 2025. Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/sbp/2025/maio/16/24896f-DC_-Abordag_Febre_Aguda_em_Pediatria_e_Reflexoes_VIRTUAL.pdf. Acesso em: 15 jan. 2025.

STRAUB, Richard O. **Psicologia da Saúde: uma abordagem psicossocial**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

SZYMANSKI, Heloísa. Encontros e desencontros na relação família/escola. *In* SZYMANSKI, Heloísa. **A relação família/escola: desafios e perspectiva**. (2. ed.) São Paulo: Líber Livro, 2007. p. 93–114.

TEIXEIRA, Sônia Regina dos Santos. A Educação em Vigotski: prática e caminho para a liberdade. **Educação & Realidade**, v. 47, 2022. ISSN 1807-5762 *online* DOI 10.1590/2175-6236116921vs01 Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2175-6236116921vs01> Acesso em: 25 nov. 2025.

VALLA, Victor Vincete. Uma Questão de Saúde: Saber Escolar e Saber Popular nas Entradas da Escola. *In* VALLA, Victor Vincete. **Saúde e Educação**. (1. ed.) São Paulo: DP & A, 2000. p.61-104.

VASQUES, Evamiris de França Landim, VASQUES, Evelline de França Landim, CARVALHO, Maria Goretti Freire, OLIVEIRA, Patrícia Teixeira, GRANVILLE-GARCIA, Ana Flávia, COSTA, Edja Maria Melo de Brito. Manifestações relacionadas à erupção dentária na primeira infância - percepção e conduta de pais. **RFO UPF**, v.15, n.2, 2010. ISSN 1413-4012 Disponível em: http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-40122010000200005 Acesso em: 13 jan. 2025.

VENTURI, Tiago, MOHR, Adriana. Panorama e Análise de Períodos e Abordagens da Educação em Saúde no Contexto Escolar Brasileiro. **Ensaio pesquisa em educação em ciências**, v. 23, 2021. ISSN 1983-2117 *online* DOI 10.1590/1983-21172021230121 Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-21172021230121> Acesso em: 08 dez. 2025.

VERÍSSIMO, Maria de La o Ramalho, REZENDE, Magda Andrade, DA FONSEVA, Rosa Maria Godoy Serpa. Relações creche-família segundo educadoras de creches. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**, v. 12, n. 2, p. 27–39, 2023. ISSN 0104-1282 4561 *online* Disponível em: <https://repositorio.usp.br/item/001328883>. Acesso em: 10 abr. 2023.

VIEIRA, Lidiane Sales, BELISÁRIO, Soraya Almeida. Intersetorialidade na promoção da saúde escolar: um estudo do Programa Saúde na Escola. **Saúde em debate**, v. 42, n. 4, p. 120–133, 2018. ISSN 2358-2898 *online* DOI 10.1590/0103-11042018s409 Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018s409> Acesso em: 08 dez. 2025.

VIEIRA, Luiza Jane Eyre de Souza, CARNEIRO, Rochelle Cíntia Militão Maciel, FROTA, Mirna Albuquerque, GOMES, Ana Lúcia Araújo, XIMENES, Lorena Barbosa. Ações e possibilidades de prevenção de acidentes com crianças em creches de Fortaleza, Ceará. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 5, p.1687–1697, 2009, ISSN 1413-8123 *online* DOI. 10.1590/S1413-81232009000500010 Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/Kz5q9Hpd6wnqrVJCNw7CpyS/>. Acesso em: 02 maio 2023.

VIEIRA, Priscila Mugnai, MATSUKURA, Thelma Simões. Modelos de educação sexual na escola: concepções e práticas de professores do ensino fundamental da rede pública. **Revista Brasileira de Educação**, v. 22, n.69, p. 453–474, 2017. ISSN 1413-2478 *online* DOI 10.1590/s1413-24782017226923 Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s1413-24782017226923> Acesso em: 17 mar. 2025

Vygotski, Lev Semionovitch. A Formação Social da Mente. 4. Ed. São Paulo: Livraria Martins Fontes Editora Ltda, 1991.

VILELA, Fábio C. B., ARCHANGELO, Ana. **A Escola Significativa e a Família do Aluno**. 4. Ed. São Paulo: Edições Loyola, 2017.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **Manual de Alimentação: orientações para alimentação do lactente ao adolescente, na escola, na gestante, na prevenção de doenças e segurança alimentar/ Sociedade Brasileira de Pediatria**. – 5.ed. rev. ampl.– São Paulo: SBP, 2024. 208 p.

YOKOTA, Renata Tiene de Carvalho., DE VASCONCELOS, Tatiana França, PINHEIRO, Anelise Rizzolo de Oliveira, SCHMITZ, Bethsáida de Abreu Soares, COITINHO, Denise Costa, RODRIGUES, Maria de Lourdes Carlos Ferreirinha. (2010). Projeto “a escola promovendo hábitos alimentares saudáveis”: comparação de duas estratégias de educação nutricional no Distrito Federal, Brasil. **Revista de Nutrição**, v. 23, n. 1, p. 37–47. ISSN 1415-5273 *Online* DOI 10.1590/S1415-52732010000100005 Disponível em: <https://puccampinas.emnuvens.com.br/nutricao/article/view/9333>. Acesso em: 02 maio 2023.

ZIMMERMANN, Erika, BERTANI, Januária Araújo. Um novo olhar sobre os cursos de formação de professores. **In Bras.Ens.Fís.**, v. 20, n. 1, p. 43-62, 2003. Disponível em: https://repositorio.unb.br/bitstream/10482/6272/1/ARTIGO_NovoOlharCursosFormacao.PDF Acesso em: 13 jan. 2025.

APÊNDICE A – EXEMPLO

TCLE - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O(a) Sr(a) está sendo convidado(a) a participar como voluntário(a) desta pesquisa. A sua participação não é obrigatória, e, a qualquer momento, poderá desistir e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador (a) ou com a Instituição.

Este documento, é elaborado em duas vias originais, que será assinado pelo pesquisador(a) e por você, visando assegurar seus direitos. Solicitamos que leia com atenção este termo e caso tenha alguma dúvida, entre em contato com o pesquisador(a) responsável e sua equipe de pesquisa, podendo esclarecer dúvidas do projeto e de sua participação. Uma via original ficará com o(a) Sr(a) e a outra ficará conosco.

TÍTULO DA PESQUISA: Capacitação familiar e dos educadores de creche para avaliar condições de saúde

PESQUISADOR(A) RESPONSÁVEL: Angelo Carneiro Bonadio **ENDEREÇO:** Rua Professora Zélia Dulce, 428, apartamento 51, Jardim Paulistano, Sorocaba – SP

TELEFONE: 15 988117090 **PESQUISADOR PARTICIPANTE:** Dr. Rafael Ângelo Bunhi Pinto **ENDEREÇO:** Avenida São Paulo, 3435, bloco 2, apartamento 64, Além ponte, Sorocaba – SP **TELEFONE:** 15 991150055

OBJETIVOS: 1 Compreender como otimizar relação de orientação em saúde de pais e educadores em creches; 2 Levantar quais temas relacionados às doenças presentes na faixa etária frequentadora de creche geram mais dúvidas na comunidade e transmitir orientações quanto a sua melhor abordagem; 3 Identificar fragilidades específicas em regiões mais carentes em relação a regiões mais centrais de Salto de Pirapora/SP. 4 Verificar o impacto na diminuição da procura pelo serviço de urgência através do grupo de intervenção.

PROCEDIMENTOS DO ESTUDO:

RISCOS, DESCONFORTOS E O COMO O PARTICIPANTE SERÁ ATENDIDO

NESTE CASO: A atividade educativa tem previsão de durar uma hora, porém ela pode se prolongar.

BENEFÍCIOS: Melhorar os cuidados com as crianças enfermas, sabendo o momento prudente de procurar auxílio médico e entender a necessidade de afastamento das atividades escolares.

CUSTO/REEMBOLSO PARA O PARTICIPANTE: A pesquisa não gerará custos ao participante, visto que a atividade se realizará em dia de encontro escolar de pais e mestres.

CONFIDENCIALIDADE DA PESQUISA: garantia de manutenção do sigilo e da privacidade dos participantes da pesquisa durante todas as fases da pesquisa.

INDENIZAÇÃO AO PARTICIPANTE DA PESQUISA: Cobertura material para reparação a dano, causado pela pesquisa ao participante da pesquisa. Se o participante sofrer qualquer tipo de prejuízo ou inconveniente decorrente de sua participação, ele tem o direito de buscar reparação conforme estabelecido na Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012.

CONTATO:

Em caso de dúvidas sobre esta pesquisa, você poderá entrar em contato com os pesquisadores, que estão discriminados no início deste documento.

Em caso de denúncias ou dúvidas sobre outras questões éticas, você poderá entrar em contato com a Secretaria do Comitê de Ética em Pesquisa CEP-Uniso, nos seguintes horários: segunda-feira das 9h às 12h30, quarta-feira das 13h30 às 16h e sexta-feira das 9h às 12h30, situado na Rodovia Raposo Tavares, Km 92,5; CEP 18023-000 Sorocaba – SP; telefone (15) 2101-7085; e-mail: cep@uniso.br.

ASSINATURA DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL:

TERMO DE CONSENTIMENTO DE PARTICIPANTE DA PESQUISA

Eu, _____, declaro que li as informações contidas no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido do projeto intitulado " Educação em saúde: Capacitação familiar e dos educadores de creche para avaliar condições de saúde", que tem como pesquisador(a) responsável Angelo Carneiro Bonadio e equipe de pesquisa Dr. Rafael Ângelo Bunhi Pinto e, fui devidamente informado(a) dos procedimentos que serão utilizados, riscos e desconfortos, benefícios, custo dos participantes, confidencialidade da pesquisa e concordo em participar.

Foi garantido ao participante da pesquisa:

- Que todas as informações obtidas a seu respeito neste estudo, serão analisadas em conjunto com as de outros participantes, não sendo divulgada a sua identificação ou de outros participantes em nenhum momento;

- Que pode retirar o consentimento a qualquer momento, sem que isso leve a qualquer penalidade;

- A qualquer momento, se for de seu interesse, pode ter acesso a todas as informações obtidas a seu respeito;

- Quando o estudo for finalizado, será informado sobre os principais resultados e conclusões obtidos neste estudo, bem como sobre a possibilidade de publicação destes dados em revista ou apresentação em encontros científicos.

Declaro que recebi uma via original do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e concordo em participar da pesquisa.

NOME E ASSINATURA DO PARTICIPANTE OU RESPONSÁVEL:

Nome por extenso: _____

Assinatura: _____

Salto de Pirapora, ____ de _____ de 2024

APÊNDICE B**ROTEIRO DA ENTREVISTA PREVIAMENTE À INTERVENÇÃO – PAIS OU RESPONSÁVEIS****DADOS SÓCIODEMOGRÁFICOS**

Nome:

Data:

Idade: Estado civil:

Escolaridade:

Renda familiar aproximada em salários mínimos:

Número de filhos vivos:

Telefone para contato:

1) Fale-me em que situações você ficaria preocupado(a) caso a criança que você é responsável ficasse doente?

2) Como você agiria nessas situações?

3) Em quais situações você orientaria/levaria a criança ao pronto-socorro?

4) De que forma informações sobre a área da saúde chegam a você? Como se informa?

APÊNDICE C**ROTEIRO DA ENTREVISTA PREVIAMENTE À INTERVENÇÃO - EDUCADORES****DADOS SÓCIODEMOGRÁFICOS**

Nome:

Data:

Idade:

Escolaridade/Formação:

Atuação em creche há quanto tempo:

Número de filhos vivos:

Telefone para contato:

1) Fale-me em que situações você ficaria preocupado(a) caso a criança por você responsável ficasse doente?

2) Como você agiria nessas situações?

3) Em quais situações você orientaria os pais ou responsáveis a levar a criança ao pronto-socorro?

4) De que forma informações sobre a área da saúde chegam a você? Como se informa?

5) Recebeu formação sobre educação em saúde durante a graduação?

APÊNDICE D**ROTEIRO ENTREVISTA POSTERIOR À INTERVENÇÃO**

Nome: _____

Roteiro da Entrevista

1- Como você avalia essas orientações dadas na creche?

2- Seu filho(a) apresentou algum(nus) problema(s) nesse período? Qual(is) foi(ram)? Como você se sentiu? O que você fez?

3- Caso tenha levado ao pronto-socorro qual foi o diagnóstico dado pelo pediatra? Qual foi a medicação?

4- Precisou internar? Por quantos dias? Onde?

5- Como foi o contato com a escola ao informar que seu filho(a) estava doente

6- Você concordou com o parecer da escola em relação a doença do seu/sua filho(a)

7- Você teria alguma sugestão a fazer quanto às orientações?

APÊNDICE E**ROTEIRO ENTREVISTA POSTERIOR À INTERVENÇÃO - EDUCADORES**

Nome: _____

1 Como você avalia as orientações dadas na creche? _____

2 Seus alunos apresentaram problemas nesse período? Quais foram? Como você se sentiu? O que você fez? _____

3 A atividade educativa te auxiliou a dar orientações aos pais? _____

4 Os pais que participaram da atividade alteraram o seu comportamento ao terem os filhos doentes? _____

5 Como foi o contato com os pais ao informar que seu filho(a) estava doente

6 O pai concordou com o parecer da escola em relação a doença do seu/sua filho(a)

7 Você teria alguma sugestão a fazer quanto às orientações?

8 Você sentiu que teve uma uniformização no conhecimento das doenças?
