

SAÚDE E DESENVOLVIMENTO INFANTIL: REFLEXÕES SOBRE O CUIDADO DA CRIANÇA EM CRECHES E PRÉ-ESCOLAS

Regina Ribeiro MATTAR, Patrícia Ribeiro Mattar DAMIANCE

reginari@gmail.com, patricia.mattar@alumni.usp.br

RESUMO: Esta narrativa crítica fundamenta-se nas reflexões e análises dos autores sobre o cuidado na educação infantil estimuladas durante o planejamento e desenvolvimento de um curso de extensão voltado a educadores infantis, em especial berçaristas, de uma rede municipal de educação. As bases tecnológicas para a elaboração do curso e do manuscrito consistiram em um apanhado legal, político, técnico e específico sobre o tema, com o objetivo principal de fomentar a troca de ideias, de referenciais e de conhecimentos científicos e práticos sobre as especificidades do trabalho e do cuidado, em creches e pré-escolas, valorizando a interface entre saúde e educação, no desenvolvimento e crescimento da criança.

PALAVRAS-CHAVE: Desenvolvimento infantil; Educação infantil; Cuidado.

ABSTRACT: This critical narrative based on reflections and analysis of the authors of care in early childhood education stimulated during the planning and development of an extension course aimed at early childhood educators, especially nursery workers, a municipal education. The technological basis for the development of the course and the manuscript consisted of a legal caught, political, technical and specific on the issue, with the main objective to promote the exchange of ideas, references and scientific and practical knowledge on the specifics of work and care in kindergartens and preschools, valuing the interface between health and education, development and growth of the child.

KEYWORDS: Child development; Childhood education; Care.

1. INTRODUÇÃO

A Política Nacional de Educação Infantil expressa o direito constitucional de acesso das crianças de zero a seis anos à educação e ao cuidado, trazendo a concepção de desenvolvimento integral da criança. Em suas diretrizes, enfatiza que as crianças devem ser consideradas em sua totalidade no processo pedagógico, de acordo com suas especificidades, com as diferenças individuais entre elas e de sua maneira de conhecer o mundo por meio do brincar (BRASIL, 2006).

A educação infantil no Brasil atende crianças até cinco anos de idade, em creches e pré-escolas (a Lei Federal nº 11.114, de 16 de maio de 2005, torna obrigatória a matrícula das crianças com seis anos completos no ensino fundamental). Devem oferecer um atendimento educacional que contemple as necessidades de desenvolvimento cognitivo e de acesso ao saber, à socialização, as vivências infantis e aos cuidados de manutenção da saúde e bem-estar, já que as crianças pequenas não podem se proteger e autocuidar.

As graduações na área da saúde propiciam, em diferentes escalas, experiências e vivências com a educação e com a educação infantil. Muitas vezes, os docentes médicos e enfermeiros da disciplina de pediatria são os que assumem a responsabilidade de auxiliar a construção de conhecimentos e reflexões sobre o binômio cuidar e educar, enfatizando a parceria indissociável entre saúde e educação na promoção do crescimento e desenvolvimento da criança e do adolescente.

Por sua vez, na educação, a construção de conhecimentos sobre esse binômio se restringe ao preparo acadêmico de professores que irão atuar na primeira etapa da educação básica, nas creches e pré-escolas. Sabe-se que cabe aos professores da educação infantil (e seus auxiliares) prestar cuidados de higiene, alimentação e zelar pela proteção e segurança das crianças pequenas. É de extrema importância que os diretores, professores e pessoal de apoio possuam conhecimentos

prévios para compreender a dimensão e a importância desses cuidados para o crescimento e desenvolvimento neuropsicomotor da criança para que a educação infantil avance como um espaço gerador de saúde, de bem-estar, saber e cidadania.

Considerando-se que toda a comunidade educacional tem responsabilidade pelas ações de cuidado e educação, proteção à vida, à saúde e ao bem-estar individual e coletivo das crianças, nota-se a necessidade de se conhecer as características orgânicas e fisiológicas específicas da infância, não em sobreposição as questões técnico-científicas e operacionais do cuidado, mas sim, como ampliação do olhar e da escuta no planejamento e na organização do cuidado infantil no cotidiano escolar.

Este estudo tem por objetivo discutir às características neuropsicofisiológicas específicas da infância que merecem destaque no momento da organização do espaço escolar e das atividades lúdicas e educativas, visando à promoção das condições de aprendizado e de momentos de integração, inclusão, aperfeiçoamento de habilidades e oferta de novos desafios.

2. METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa de natureza descritiva e exploratória, alicerçada na revisão narrativa ou crítica da literatura.

O universo explorado consistiu em leis, políticas públicas, obras e publicações que versavam sobre o direito à educação e ao desenvolvimento integral na primeira infância.

As publicações foram selecionadas por conveniência e as análises empreendidas buscaram desvelar às especificidades anatômicas e fisiológicas da criança que impactam no processo de ensinar e de cuidar, na educação infantil.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

O cuidado no ambiente escolar deve ser sistematizado e fundamentado na ciência e nos princípios científicos. Considerando o quanto as crianças são suscetíveis a doenças, a agressões ambientais e psíquicas decorrentes das especificidades orgânicas e fisiológicas do corpo infantil, um aspecto importante e bastante considerável, diz respeito ao sistema imunológico das crianças que não está totalmente desenvolvido, até os cinco anos de idade. Ele se iguala ao adulto somente aos 12 anos de idade. Dessa forma, a convivência em espaços coletivos aumenta o risco de transmissão de doenças (YAMAMOTO; CAMPOS JÚNIOR, 2011). A escola, por ser um ambiente coletivo, está sujeita à entrada de microorganismos (causadores de doenças ou não) trazidos da comunidade e, se não houver barreiras de transmissão de doenças, as crianças pequenas são as mais prejudicadas. Ressalta-se que inadequações de comportamentos, de estrutura arquitetônica e na disponibilidade de produtos de higiene coletivos são importantes fatores de risco para a transmissão de doenças na escola. Outro fator de risco são os diferentes valores e costumes em relação aos cuidados básicos de higiene e saúde, no ambiente escolar.

A imaturidade neurológica também merece destaque. As crianças possuem maior sensibilidade a eventos estressantes – separações; perdas; conflitos domésticos e na escola; doenças; mudanças de moradia, de local e de cidade. Apresentam muitos sintomas físicos e psíquicos – cefaleias, taquicardia, insônia, tonturas, irritabilidade, apatia, baixo rendimento escolar, entre outros. Necessitam de relacionamentos protetores e contínuos, que ofereçam segurança emocional, afeto e atenção para um desenvolvimento cognitivo e socioafetivo adequado. Vínculos seguros favorecem a formação da autoestima e da visão positiva do mundo (BRASIL, 2009).

Em relação ao desenvolvimento neuropsicológico, o fortalecimento da resiliência por meio da escuta ampliada e qualificada; ambiente acolhedor e permissivo à expressão de sentimentos de tristeza, raiva e medo, assim como apoio a iniciativas de busca de soluções para os problemas e

estabelecimento de vínculos seguros, principalmente, com a família, impactam no processo de cuidar, de educar e aprender (BRASIL, 2010).

Restringindo-se o olhar aos órgãos e sistemas orgânicos, a visão periférica da criança é menor que a do adulto. Apresenta uma percepção ambiental diminuída, o que aumenta a probabilidade de vivenciar situações de riscos, tais como, de acidentes, quedas e atropelamentos (BRASIL, 2009). Por esta razão é preciso romper com a ideia de que a criança é desastrada ou desatenta.

Até os doze anos, as habilidades de percepção visual, auditiva, noções espaciais e temporal, e de esquema corporal estão em desenvolvimento, apresentando dificuldades para mensurar distâncias, diferenciar sons diversos e a velocidade de objetos (por exemplo, de um carro, em uma avenida). Os educadores podem auxiliar o desenvolvimento das áreas prejudicadas com atividades lúdicas de estimulação perceptivo-motoras, tais como alguns exemplos: engatinhar por baixo de cadeiras ou mesa ou em túneis feitos com caixa de papelão; seguir um líder em movimento; usar vendas em atividades locomotoras e manipulativas; estimular o rolamento do corpo, em superfícies com diferentes texturas e ângulos e promover atividades no playground valorizando o uso do gira corpo e do balanço, pois os movimentos de giro e de balanço na horizontal propiciam o desenvolvimento do equilíbrio e de percepção corporal.

Toda a comunidade escolar pode (e deve) se envolver com planejamento e organização de formas seguras de exploração do ambiente interno e externo; estimular medidas de prevenção de acidentes (na escola, na família e na comunidade) e prezar por um espaço com boa iluminação, estruturalmente adequado a crianças pequenas (sem escadas, com piso antiderrapante, sem objetos pontiagudos, quebrados e que permitam a livre circulação dos alunos e educadores). Um apoio com que a escola pode contar é o da organização não governamental “Criança Segura”, que promove ações de prevenção de acidentes com crianças e adolescentes até 14 anos.

As crianças são mais suscetíveis a ruídos, o que pode provocar perdas auditivas mais intensas e rápidas (BRASIL, 2009). A criança tem direito de ouvir música, cantar, dançar, ouvir e contar histórias, mas em volume baixo e não por muito tempo. Dessa forma, o ambiente no qual a criança se encontra precisa ser tranquilo, sem ruídos simultâneos e de longa duração, para a proteção e desenvolvimento do aparelho auditivo. É importante destacar que as experiências com sons auxiliam, principalmente- os bebês, a descoberta de sons na relação com o corpo. Uma ideia simples para ser usada na creche é a confecção de cortinas coloridas com aplicação de chocalhos, papéis que emitem sons (papel vegetal, celofane, manteiga), recipientes com sementes de diversos tamanhos e formas para a livre exploração motora das crianças e da decisão sobre o que querem fazer (ver, puxar, sacudir).

No que se refere aos dentes, tem-se que a dentição de leite ou decídua é mais suscetível aos ácidos produzidos pela ação das bactérias sobre os resíduos alimentares, que destroem o esmalte do dente e provocam cárie dentária e inflamações na gengiva. O esmalte dos dentes é a substância mais dura do corpo humano. Na dentição de leite a dureza do esmalte é menor quando comparada a dentição permanente. Dessa forma, bebês e crianças, principalmente as com dentição mista, podem desenvolver cáries com maior facilidade. As medidas de prevenção incluem a higiene oral diária, desde os primeiros dias de vida. Evitar ações consideradas como de cuidado e afeto, tais como: resfriar o alimento do bebê ou da criança através do sopro (o correto é movimentar o alimento com a colher); beijar o bebê ou a criança na boca ou na mão e promover o compartilhamento de chupetas, mordedores, copos, escova de dente entre as crianças também são de extrema importância, pois propiciam a transmissão das bactérias causadoras da cárie dentária presentes na saliva (GUEDES-PINTO, 2003).

Tratando-se de pele, as crianças possuem a pele mais delgada que os adultos – sofrem mais com os efeitos dos agentes físicos, mecânicos, químicos, biológicos e de resíduos alimentares, principalmente na pele ao redor da boca. O suor, a oleosidade e as células mortas da pele, propiciam à permanência e à proliferação de microrganismos. A higienização da pele da criança, com o banho

diário e remoção das sujidades, principalmente das mãos e das bordas livres das unhas, previne muitas doenças e também intoxicações por metais pesados, produtos químicos e corantes (BRASIL, 2009; VALENZUELA et al., 2011).

A pele e a mucosa da região íntima são naturalmente mais delicadas e também mais sensíveis a vários agentes externos, tais como: corantes presentes nos sabonetes, temperatura da água do banho, resíduos de pomadas contra assaduras, de urina, fezes e da textura das fraldas descartáveis. Portanto, a higiene íntima deve ser valorizada como um cuidado com a saúde, permeada por uma técnica, prestada por adultos que cuidam de crianças, até pelo menos seis anos. Vale ressaltar que o momento da higiene íntima é uma boa oportunidade de aprendizado sobre as relações humanas, sobre a técnica de higiene (forma cientificamente correta da ação) e de conteúdos relacionados ao corpo humano e a sexualidade, principalmente para os maiores de três anos de idade (eles já têm uma noção de gênero e sexualidade).

A higiene íntima também oportuniza a observação de comportamentos de descaso com a higiene (ou de desconhecimento ou até de dificuldades motoras ou emocionais dos pais em prestar cuidados de higiene, principalmente, da íntima), assim como sinais e sintomas de violência sexual e a operacionalização de ações de proteção à criança. É importante lembrar que na higiene íntima feminina os grandes lábios devem ser afastados e a vulva deve ser limpa, em sentido norte - sul e do interior para o exterior, com água e sabonete, após enxaguar a região com água morna e secar. Na masculina, afastar o prepúcio e expor a glândula (cabeça do pênis); lavar com água e sabonete, enxaguar a região com água morna e secar. Retornar o prepúcio a sua posição inicial, após a higiene. Atenção à prevenção da dermatite da fralda: escolha adequada da fralda (hipoalergênica, com boa absorção e textura macia); frequência de trocas; técnica adequada de higiene íntima; uso de uma fina camada de produtos de barreira (vaselina, lanolina e óxido de zinco), a fim de reduzir o contato da pele com a urina e as fezes (BOWDEN, GREENBERG, 2005; YAMAMOTO, CAMPOS JÚNIOR, 2011).

Crianças pequenas também possuem ossos e músculos não completamente desenvolvidos, apresentando maior risco de sofrerem deformações dos ossos, cansaço muscular e prejuízos ao crescimento e ao desenvolvimento neuromotor (BRASIL, 2009). Daí a importância em segurar, manusear e promover posturas e atividades seguras e adequadas a cada faixa etária. É preciso respeitar as características físicas e as habilidades motoras que a criança já adquiriu, quando for fazer o planejamento das atividades físicas, assim como a intensidade de tempo e sempre valorizar o movimento como um hábito saudável.

As recomendações de atividades mínimas diárias, para crianças de um a três anos, segundo os especialistas são: 30 minutos de atividade física planejada e 60 minutos brincando ao ar livre. Para crianças de quatro a cinco anos, 60 minutos de atividade física planejada e 60 minutos ao ar livre (YAMAMOTO; CAMPOS JÚNIOR, 2011).

Muitas das brincadeiras infantis (por exemplo: chute, arremesso e toque) desenvolvem as habilidades motoras básicas, tais como: deslocamento, equilíbrio, coordenação, noções de espaço, lateralidade e ritmo. Associados aos movimentos, o educador pode agregar conteúdos educativos que auxiliem a criança a compreender o mundo e a si mesma (por exemplo, danças folclóricas; danças reproduzindo movimentos dos animais, entre outros temas).

A frequência cardíaca da criança é maior que a dos adultos para o mesmo esforço (o coração bate mais rápido para bombear o sangue para o corpo) e, por isso, a criança fica mais cansada, ainda que exercendo a mesma atividade que um adulto. A temperatura corporal também é maior que a dos adultos – quando submetidas à movimentação excessiva podem desidratar e fadigar (BRASIL, 2009; YAMAMOTO, CAMPOS JÚNIOR, 2011). A creche/pré-escola que possui um ambiente estruturado e disponibilidade de profissionais (sensíveis às necessidades essenciais da criança) pode oferecer momentos agradáveis de descanso e de estimulação respeitando os hábitos e costumes de cada criança, assim como seus limites físicos e psíquicos.

A ventilação pulmonar (entrada e saída de ar dos pulmões) também merece destaque, pois é reduzida. Dessa forma para compensar, a criança apresenta maior frequência respiratória (número de vezes em que a criança inspira e expira por minuto) quanto menor a idade dela. Consequentemente, a criança absorve mais substâncias suspensas no ar (inclusive substâncias tóxicas) e apresenta maior desgaste físico por esforço respiratório, podendo morrer em decorrência de fadiga respiratória (BRASIL, 2009; VALENZUELA et al., 2011; YAMAMOTO; CAMPOS JÚNIOR, 2011). Cabe aqui destacar a importância da higiene nasal e do risco de parada respiratória, por obstrução das fossas nasais pelas secreções respiratórias. A respiração da criança, até quatro meses de idade, é estritamente nasal e o reflexo de tosse é diminuído, até três anos. Assim, a remoção mecânica das secreções torna-se necessária, principalmente antes das alimentações e no momento do sono e repouso (BOWDEN, GREENBERG, 2005).

Para um sono e repouso adequado, além da higiene nasal e do respeito aos hábitos e costumes de cada criança é importante à disponibilidade afetiva dos educadores; a diminuição dos estímulos (leitura de um livro, narração de uma história, músicas com sons da natureza); as ações da equipe de apoio no preparo do ambiente (com colchões e lençóis limpos e individualizados, travesseiro adequado à faixa etária, som baixo, temperatura ambiente e pouca iluminação) e também trocar a fralda; escovar os dentes (a salivação diminui, durante o sono, facilitando a formação de placas bacterianas nos dentes); oferecer chupeta (lavada e desinfetada) para a criança que a utiliza e certificar-se da higiene corporal e da vestimenta (limpa, seca, confortável). Essas pequenas ações garantem uma das funções neurofisiológicas essenciais ao desenvolvimento global da criança.

Em relação a esse tema, é importante lembrar que duração e o ritmo do ciclo sono/vigília da criança se modificam com o passar da idade. A partir dos três e meio a quatro anos, elas não sentem a necessidade fisiológica de dormir no meio do dia (YAMAMOTO; CAMPOS JÚNIOR, 2011). Entretanto, é preciso oferecer situações de tranquilidade e descanso, assim como podem existir diferenças individuais que devem ser consideradas e até investigadas caso exista uma necessidade fora do padrão para a idade.

Órgãos importantes (cérebro, fígado, baço, rins, estômago e intestinos) em desenvolvimento, portanto, sofrem maior contaminação pela absorção de substâncias tóxicas – principalmente o chumbo, que é um metal extremamente nocivo ao organismo humano. Ele se liga aos glóbulos vermelhos e é distribuído através do sangue, acumulando-se nos tecidos moles e/ou nos ossos e dentes, por um longo período de tempo. As crianças pequenas são as mais suscetíveis, pois como levam a mão à boca frequentemente, podem absorver o chumbo presente na poeira, em alguns tipos de plásticos, tintas e materiais escolares, assim como em esmaltes e cosméticos e ingeri-lo através da água drenada por encanamentos feitos de chumbo ou de soldas de chumbo, que foram muito utilizados nos projetos hidráulicos brasileiros da década de 1960-90 (BRASIL, 2009; VALENZUELA et al., 2011).

Diante disso, já que muitas escolas funcionam em residências antigas adapta-se recomenda-se o uso de filtros feitos de barro cozido, com velas de cerâmica, que além de eliminar parasitas e sedimentos da água removem o chumbo (entre outros metais tóxicos), tornando a água segura para consumo humano. Porém, a higienização das mãos e a limpeza do ambiente são as medidas mais eficazes na prevenção da contaminação pela absorção de substâncias tóxicas, por exemplo, o chumbo. A gestão do ambiente pela comunidade escolar, evitando o contato das crianças com a poeira proveniente do afastamento de locais com grande tráfego de automóveis (o chumbo é um aditivo da gasolina e é expelido com a fumaça do motor) e com materiais escolares e brinquedos (sem certificado de segurança) é de também de suma importância na prevenção de intoxicação por chumbo (VALENZUELA et al., 2011).

A segurança da criança na escola depende muito da higienização cuidadosa, sistemática e frequente das suas mãos e das mãos das equipes que atuam na escola. Como abordado anteriormente, a higienização das mãos previne muitas doenças, pois as mãos são a via de

transmissão mais comum de germes. Elas carregam desde germes inofensivos para o homem (os quais em sua maioria não provocam doenças) até germes que podem provocar doenças, como por exemplo, o vírus da hepatite A, rotavírus (que causam diarreias), vírus da gripe e do resfriado (SOUSA; SANTANA, 2008).

Para a higienização apropriada das mãos é necessário que a escola possua lavatórios ou pias de lavagem, assim como dispensadores de sabonete líquido e solução alcoólica, porta papel toalha e lixeira para o descarte do papel toalha, estrategicamente distribuídos para facilitar o acesso à higienização das mãos (SOUSA; SANTANA, 2008). Escolas que possuem berçário precisam, no mínimo, de um lavatório a cada quatro berços; um lavatório, em ambiente destinado ao preparo e cocção de alimentos e outro, em ambiente de preparo de mamadeiras, de acordo com a RDC nº. 50, de 21 de fevereiro de 2002 (BRASIL, 2002).

Finalizando-se este manuscrito, considerando o cenário epidemiológico brasileiro, é de grande relevância que toda a comunidade escolar, assim como as crianças e os pais conheçam a técnica e sequência preconizada pelo Ministério da Saúde para a higienização simples das mãos, com água e sabonete líquido e com preparações alcoólicas e as realizem pelo menos em determinadas situações, tais como: quando chegar a casa/domicílio; quando chegar e sair da escola ou do trabalho; depois de manusear material escolar ou sucata; antes de realizar cuidados de higiene pessoal e banho; antes e após alimentar-se ou manusear alimentos (manuseio, acondicionamento, transporte e descarte); antes e após assoar o nariz e/ou após tossir ou espirrar; antes e após urinar e/ou evacuar e trocar absorventes íntimos e fraldas; após tocar em animais ou em seus dejetos; antes e após tocar em doentes ou em ferimentos; antes e após utilizar serviços de saúde para consultas, vacinação e etc. e antes e depois de fumar (no caso dos adultos).

Em relação à execução da técnica é necessário retirar anéis, pulseiras e relógio, pois esses adornos acumulam microorganismos. A eficácia da higienização das mãos depende da técnica empregada e da duração dos movimentos, que deve ser entre 40 a 60 segundos, para a higienização simples, com sabonete e água e entre 20 a 30 segundos para Fricção Antisséptica das Mãos (com Preparações Alcoólicas). Os movimentos são os mesmos nas duas situações (SOUSA, SANTANA, 2008).

Na higienização simples, primeiramente, deve-se abrir a torneira e umedecer as mãos, evitando encostar-se a pia (**desenho 1**). Aplicar na palma da mão quantidade suficiente de sabonete líquido para cobrir todas as superfícies das mãos – aproximadamente 3 a 5 ml (**desenho 2**). Ensaboar as palmas das mãos, friccionando-as entre si (**desenho 3**). Esfregar a palma da mão direita contra o dorso da mão esquerda entrelaçando os dedos e vice-versa (**desenho 4**). Entrelaçar os dedos e friccionar os espaços interdigitais (**desenho 5**). Esfregar o dorso dos dedos de uma mão, com a palma da mão oposta, segurando os dedos, com movimento de vai-e-vem e vice-versa (**desenho 6**). Esfregar o polegar direito, com o auxílio da palma da mão esquerda, utilizando-se movimento circular e vice-versa (**desenho 7**). Friccionar as polpas digitais e unhas da mão esquerda contra a palma da mão direita, fechada em concha, fazendo movimento circular e vice-versa (**desenho 8**). Esfregar o punho esquerdo, com o auxílio da palma da mão direita, utilizando movimento circular e vice-versa (**desenho 9**). Enxaguar as mãos, retirando os resíduos de sabonete, evitando que a água escorra pelo antebraço (**desenho 10**). Secar a mão com papel toalha descartável, iniciando pelas mãos e seguindo pelos punhos. No caso de torneiras com contato manual para fechamento, sempre utilize papel toalha para fechá-las (**desenho 11**).

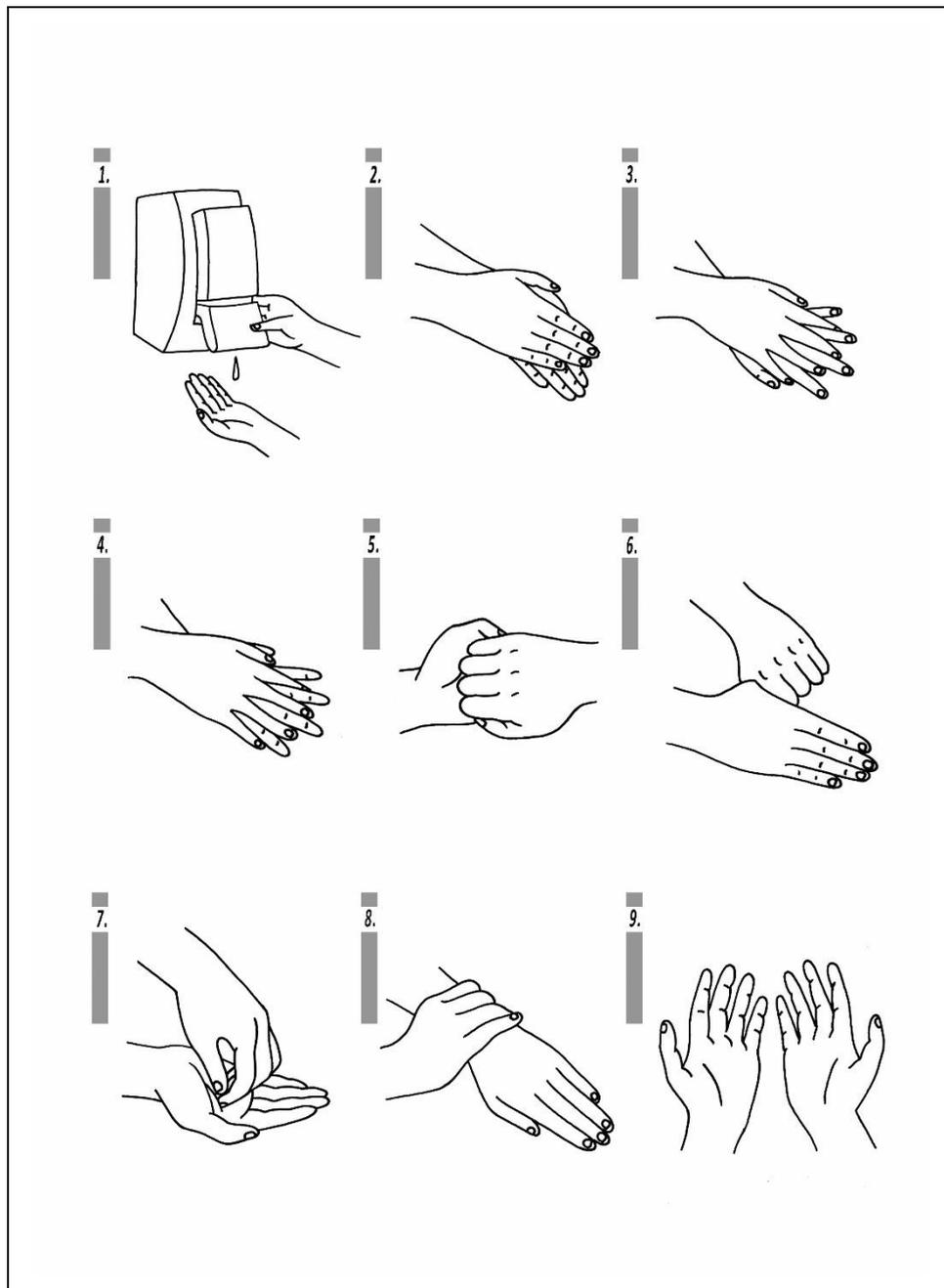


Figura 1 – Técnica de Higienização Simples das Mãos com Água e Sabão

Na higienização com preparações alcoólicas, como as de gel alcoólico a 70% ou de solução alcoólica a 70%, com 1-3% de glicerina, os movimentos são iguais aos da higienização simples das mãos. Após aplicar na palma da mão quantidade suficiente do produto para cobrir todas as superfícies das mãos, devem-se realizar os movimentos de cada etapa e finalizá-los quando as mãos secarem, sem auxílio do papel toalha. Ressalta-se que o gel alcoólico a 70% ou de solução alcoólica pode substituir a higienização das mãos (água e sabão/sabonete), quando as mãos não estiverem visivelmente sujas (oleosidade, poeira, suor mais sujidade), após uma higienização simples recente. Observe as imagens:

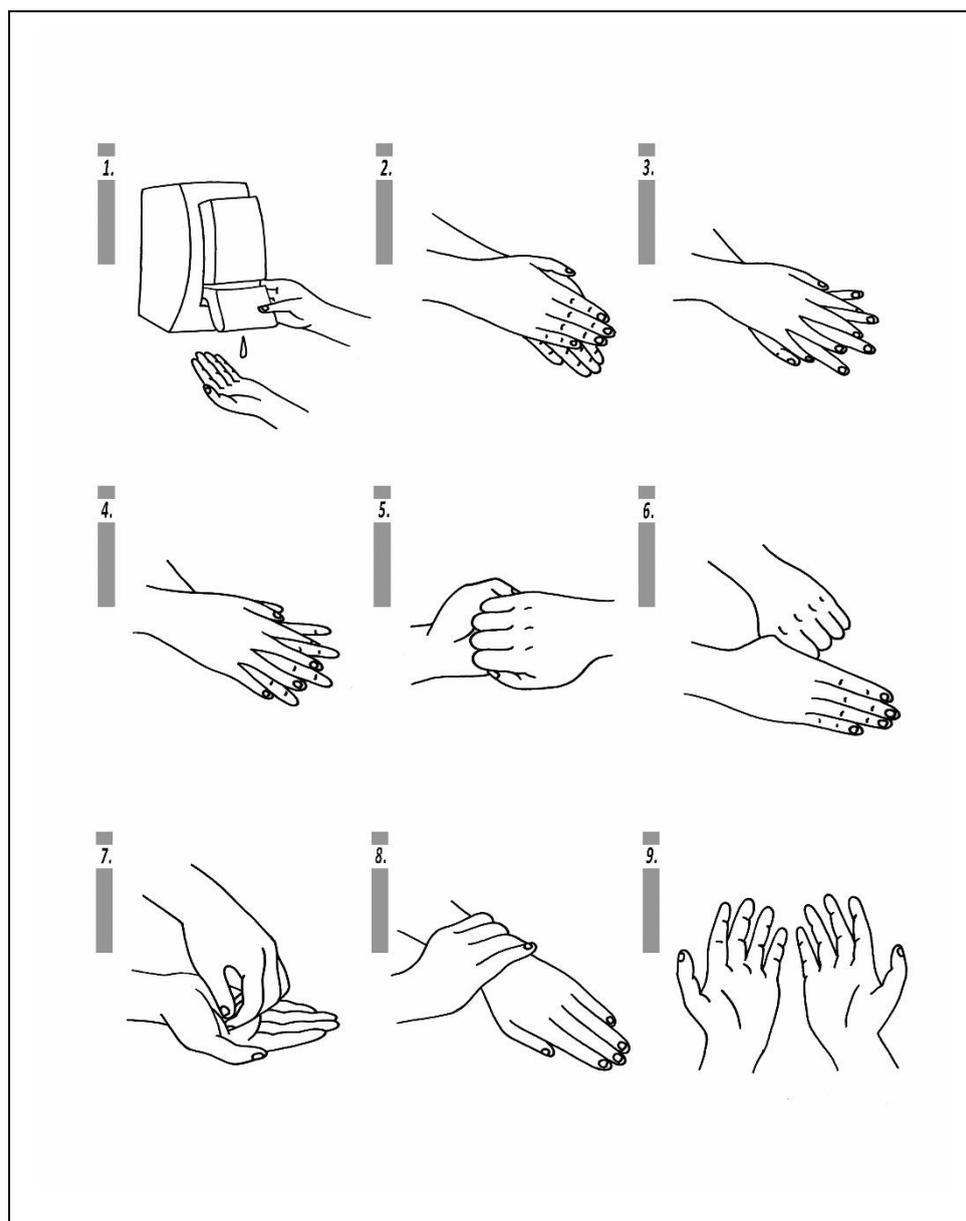


Figura 2 – Técnica de Higienização das Mãos com preparações alcoólicas

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Fundamentados nas bases tecnológicas selecionadas para a elaboração do manuscrito, os autores valeram-se das evidências neuropsicofisiológicas para justificar e fomentar a discussão sobre a necessidade do intercruzamento dos saberes da saúde e da educação no planejamento do ensino e do cuidado, na educação infantil. Os autores concordam que a discussão ainda é incipiente no cenário da saúde e da educação, assim como as intervenções. Estas acontecem de forma pontual, muitas vezes por mobilização de um ou outro profissional, em caráter filantrópico, de curso ou projeto de extensão. Salienta-se que as atividades educativas e de cuidado são indissociáveis, principalmente, na primeira infância. Espera-se que os leitores deste ensaio se sensibilizem com o tema e reflitam sobre suas práticas com o intuito de operacionalizar e traduzir em termos de comportamento os aspectos indicados pelas políticas públicas.

REFERÊNCIAS

BOWDEN V. R.; GREENBERG C. S. *Procedimentos de enfermagem pediátrica*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. 750p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Resolução RDC nº. 50, de 21 de fevereiro de 2002*. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. Brasília: Diário Oficial da União. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/legis/resol/2002/50_02rdc.pdf>. Acesso em: 25 out. 2020.

_____. *Lei Federal nº 11.114, de 16 de maio de 2005*. Altera o art. 6º, 30, 32 e 87 da Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996, com o objetivo de tornar obrigatório o início do ensino fundamental aos seis anos de idade. Brasília; 2005. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11114.htm>. Acesso em: 25 out. 2020.

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

_____. Ministério do Trabalho e Emprego. *Saiba tudo sobre o trabalho infantil*. Brasília: Ministério do Trabalho e Emprego, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas estratégicas. *Impacto da violência na saúde das crianças e adolescente: prevenção de violências e promoção da cultura de paz*. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

GUEDES-PINTO, A. C. *Odontopediatria*. 7. ed. São Paulo: Santos, 2003.

SOUSA, F. C.; SANTANA, H. T. Higienização das mãos. In: Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa/MS). *Segurança do paciente - higienização das mãos*. Brasília: Ministério da Saúde, p. 57-67. 2008.

VALENZUELA, P. M. et al. Pediatría ambiental: um tema emergente. *J. Pediatr.*, Rio de Janeiro; Porto Alegre, v. 87, n. 2, p. 89-99, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572011000200003&lng=pt>. Acesso em: 25 out. 2020.

YAMAMOTO R. M., CAMPOS JÚNIOR, D. *Manual prático de atendimento em consultório e ambulatório de pediatria*. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Pediatria, 2011. 115 p. Disponível em: <<http://www.sbp.com.br/pdfs/ManPraticaAtend.pdf>>. Acesso em: 25 out. 2020.