

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CURSO DE DOUTORADO EM ENFERMAGEM
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: FILOSOFIA, SAÚDE E SOCIEDADE**

VERA LÚCIA DE OLIVEIRA GOMES

**A INTERPRETAÇÃO DO CUIDADO DE ENFERMAGEM À CRIANÇA EM
CRECHES, PELA ÓTICA DE PIERRE BOURDIEU**

Florianópolis, abril de 2004.

VERA LÚCIA DE OLIVEIRA GOMES

**A INTERPRETAÇÃO DO CUIDADO DE ENFERMAGEM À CRIANÇA EM
CRECHES, PELA ÓTICA DE PIERRE BOURDIEU**

Tese apresentada ao Programa de Doutorado em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para obtenção do título de Doutora em Enfermagem - Área de Concentração: Filosofia, Saúde e Sociedade.

Orientadora: Dr^a. Vânia Marli Schubert Backes

Florianópolis, abril de 2004.

G633i Gomes, Vera Lúcia de Oliveira

A interpretação do cuidado de Enfermagem à criança em creches,
pela ótica de Pierre Bourdieu / Vera Lúcia de Oliveira Gomes – Florianópolis : UFSC/PEN, 2004.

197 p.

Orientador: Vânia Marli Schubert Backes

Tese (Doutorado) – Programa de Pós-graduação em Enfermagem –
Universidade Federal de Santa Catarina, 2004.

1. Educação Infantil. 2. Cuidado da criança. 3. Enfermagem
pediátrica. – Tese. I. Backes, Vânia Marli Schubert. II. Universidade
Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-graduação em Enfermagem.
III. Título.

CDU 616-083-053.2

Bibliotecária responsável: Maria da Conceição de Lima Hohmann. CRB 10/745

VERA LÚCIA DE OLIVEIRA GOMES

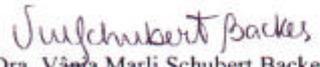
**A INTERPRETAÇÃO DO CUIDADO DE ENFERMAGEM À CRIANÇA EM
CRECHES, PELA ÓTICA DE PIERRE BOURDIEU**

Esta tese foi aprovada em sua forma final pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC para obtenção do título de Doutor em Enfermagem – Área de Concentração: Filosofia, Saúde e Sociedade.

Florianópolis, 16 de abril de 2004


Dra. Maria Itayra Coelho de Souza Padilha
Coordenadora do Programa

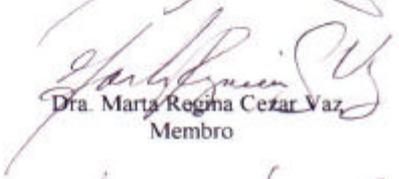
BANCA EXAMINADORA:


Dra. Vânia Marli Schubert Backes
Presidente

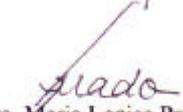

Dra. Hedi Crescência Heckler Siqueira
Membro


Dra. Rosita Saupe
Membro


Dra. Maria Itayra Coelho de Souza Padilha
Membro


Dra. Marta Regina Cezar Vaz
Membro


Dra. Maria da Graça Corso da Motta
Membro Suplente


Dra. Maria Lenise Prado
Membro Suplente

AGRADECIMENTO

*Por ter conseguido
concluir esta investigação e
conseqüentemente o Curso de
Doutorado, sinto necessidade
de agradecer essencialmente
a Deus ...*

pois, foi Ele que me inseriu no cenário das creches a cuidar crianças, que geraram minhas infinitas dúvidas e incitaram-me a pesquisar;

foi Ele que me deu condições de conquistar uma vaga neste curso, tão reconhecido no cenário nacional e internacional por sua qualidade formal e política;

foi Ele que colocou em minha difícil, mas prazerosa trajetória de doutoranda, a Dra. Maria Itayra Coelho de Souza Padilha, que na função de coordenadora do Programa de Pós-graduação em Enfermagem, soube, com competência e carinho, compreender, auxiliar, consolar e conduzir;

foi Ele que me concedeu a orientação da Dra. Vânia Marli Schubert Backes, que soube tão bem acolher, confiar, respeitar, questionar, sugerir e entusiasmar;

foi Ele que me aproximou da Dra. Marta Regina de Cezar Vaz, colega que com muita propriedade, indicou-me o referencial de Pierre Bourdieu, pelo qual me apaixonei, além de envolver-se em todo meu processo de doutoramento;

foi Ele que me possibilitou ser acolhida com tanto carinho pelas colegas doutorandas Maristela Stamm, Valéria Faganello Madureira e Edilza Maria Ribeiro, nos períodos de afastamento da família, de saudade, enfim de fragilidades;

foi Ele que me permitiu criar juntamente com as colegas doutorandas Adriana Dora da Fonseca, Maria Elizabeth Cestari e Maira Buss Thofern um grupo de reflexão, no qual entre dúvidas e lanches surgiu minha questão de pesquisa;

é Ele que me mantém como docente no Departamento de Enfermagem da Fundação Universidade Federal do Rio Grande – FURG, em meio a tantos colegas que direta ou indiretamente participaram deste processo;

mas principalmente, é pela vontade de Deus que me mantenho unida ao Wilson, meu amigo, meu companheiro, meu amor, cuja participação ao longo desse curso foi inigualável;

é também pela vontade Dele, que temos o Matheus e a Lara, filhos queridos, que nas minhas ausências se revelaram mais maduros, mas responsáveis, mais carinhosos, mais dedicados, enfim são eles que nos impulsionam a querer viver mais e melhor.

Por tudo isso, obrigada meu DEUS.

RESUMO

GOMES, Vera Lúcia de Oliveira. A interpretação do cuidado de Enfermagem à criança em creches, pela ótica de Pierre Bourdieu, 2004. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

Neste estudo, objetivou-se correlacionar a produção científica de Enfermagem acerca do cuidado à criança em creches, com o capital científico, cultural, social, econômico e simbólico que tal produção confere no campo da Enfermagem. Para tanto, analisaram-se as teses e dissertações produzidas no Brasil no período de 1993 a 2002, utilizando-se a corrente interpretacionista e a abordagem qualitativa. Adotaram-se as concepções bourdieusianas como referencial teórico-filosófico e a hermenêutica dialética proposta por Minayo (1999), como referencial metodológico. Coletaram-se os dados por meio de consulta ao catálogo “Informações sobre pesquisas e pesquisadores em Enfermagem divulgado pelo CEPEn (2001)” e acessando a página da ABEn Nacional. Duas (0,7%) das teses e oito (0,9%) das dissertações referiam-se a essa temática, o que demonstrou sua pequena representatividade no universo da produção científica dos cursos de mestrado e doutorado em Enfermagem. Empregou-se como recurso técnico a análise de conteúdo na modalidade temática, adotando-se os critérios de relevância e repetição para a seleção das categorias empíricas. Nessa etapa, procurou-se apreender o cuidado de Enfermagem à criança em qualquer de suas dimensões. As categorias analíticas campo, *habitus* e capital foram selecionadas a priori. Da categoria campo, evidenciou-se que a produção científica analisada atende aos pressupostos que regem o campo da Enfermagem e está predominantemente fundamentada em referenciais e teorias de outros campos do saber. Da categoria *habitus*, apreendeu-se que o cuidado à criança em creches interfere na incorporação de *habitus* primários. Dessa forma, as creches constituem espaços privilegiados de promoção de saúde pela possibilidade de contato diário com a família e prolongado com a criança, o que oportuniza uma complementaridade das ações realizadas na creche e no lar. Apreendeu-se, ainda, que, dependendo da proposta pedagógica da instituição, podem ser gerados nas crianças *habitus* indicativos de submissão ou de cidadania. As manifestações do *habitus* de classe efeturaram-se por meio da capacitação para o cuidado, para o autocuidado, e para o cuidado de si. Na categoria capital, a falta de clareza quanto as funções da creche demonstrou dificultar a construção de capital científico específico para atuação neste cenário. Investigando-se as qualidades formal e política na produção científica analisada, identificou-se que, embora haja algumas fragilidades metodológicas, a qualidade política se fez presente. Exteriorizou-se pelo compromisso da Enfermagem com a promoção de saúde e qualidade de vida em nível individual e coletivo, bem como com as políticas públicas visando a intensificar a articulação dos campos da saúde e da educação. Constatou-se, ainda, a falta de um eixo político que representasse o compromisso profissional, social e ético da Enfermagem, com as crianças que frequentam creches.

Palavras-chave: Educação Infantil, Cuidado da criança, Enfermagem pediátrica.

ABSTRACT

GOMES, Vera Lúcia de Oliveira. The interpretation of nursing care to child in day nurseries, according to Pierre Bourdieu, 2004. Thesis (Nursing Doctorate) - Nursing Post Graduation Course, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

In this study, it was objectified to correlate the scientific production in Nursing about childcare in day nurseries, with the scientific, cultural, social, economic and symbolic capital in relation to Nursing field. It was analyzed the thesis and dissertations produced in Brazil in the period from 1993 to 2002, using the interpretationist and qualitative approaches. It was adopted the bourdieusian conceptions as a theoretical and philosophical referential and the dialectic hermeneutic proposed by Minayo (1999) as a methodological referential. The datum were collected in the catalogue called: "Information about researches and researchers in Nursing presented by CEPEn (2001)" and accessing the ABEn Nacional home page. Just two of the thesis (0.7%) and eight of the dissertations (0.9%) referred to this subject, showing the small proportional representation in the universe of scientific production of master and doctorate courses in Nursing. The analysis of the content in the thematic modality was used as a technical resource using the relevance and repetition criteria to select the empirical categories. In this phase, the nursing care to child was the point to be understood in all dimensions. The analytic categories field, habitus, and capital were firstly selected. From the field category was concluded that the analyzed scientific production follows the presuppositions that guide the Nursing field and it is mainly founded in references and theories from other knowledge fields. From the habitus category was concluded that childcare at day nurseries interferes in the incorporation of primary habitus. Then, the day nurseries are privileged spaces in health promotion as they have the possibility of daily contact with the family and a long contact with child, which permits a complement in the day nursery and home activities. It was concluded that, depending of the pedagogic proposal of the institution, it is possible to generate habitus indicating submission and citizenship. The manifestations of class habitus were made by capacitating for caring, for self-caring and for the self-caring. From the capital category, the lack of clearness in relation to the day nurseries functions showed to represent a difficulty to build the specific scientific capital to act in this area. It was identified that, after investigating the formal and political qualities in the analyzed scientific production, although the methodological fragility, there was a political quality. It was showed by the Nursing compromise with the promotion of health and life quality in individual and collective levels, also with public politics aiming to increase the articulation of health and education fields. The lack of a political axle representing the professional, social and ethical compromise of Nursing with children in day nurseries.

Key-words: Child Education, Childcare, Pediatric nursing.

RESUMEN

GOMES, Vera Lúcia de Oliveira. La interpretación del cuidado de Enfermería al niño en guarderías, bajo la óptica de Pierre Bourdieu, 2004. Tesis (Doctorado en Enfermería) – Curso de Postgraduación en Enfermería, Universidad Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

Este estudio, tuvo como objetivo correlacionar la producción científica de Enfermería a cerca de niños en guarderías, con el capital científico, cultural, social, económico y simbólico que tal producción confiere en el campo de la Enfermería. Para alcanzar este objetivo, se analizaron las tesis y disertaciones realizadas en el Brasil en el período de 1993 a 2002, utilizando la corriente interpretacionista y el abordaje cualitativo. Se adoptaron las concepciones bourdieusianas como referencial teórico-filosófico y la hermenéutica dialéctica propuesta por Minayo (1999), como referencial metodológico. Fueron reunidos los datos através de consulta al catalogo “Informaciones sobre investigaciones e investigadores en Enfermería divulgado por el CEPEn (2001)” y accedendo la página de la ABEn Nacional. Dos (0,7%) de las tesis y ocho (0,9%) de las disertaciones se referían a esa temática, lo que demostro su pequeña representatividad en el universo de la producción científica de los cursos de maestría y doctorado en Enfermería. Se utilizo como recurso técnico el análisis de contenido en la modalidad temática, adoptandose los criterios de relevancia y repetición para la selección de las categorías empíricas. En esta etapa, se procuro aprehender el cuidado de Enfermería al niño en cualquiera de sus dimensiones. Las categorías analíticas campo, *habitus* y capital fueron seleccionadas a priori. De la categoría campo, aparecio en evidencia que la producción científica analizada atiende los presupuestos que rigen el campo de la Enfermería y está predominantemente fundamentada en referenciales y teorías de otros campos del saber. De la categoría *habitus*, se aprehendio que el cuidado al niño en guarderías interfiere en la incorporación de *habitus* primarios. De esta manera, las guarderías constituyen espacios privilegiados de promoción de salud por la posibilidad de contacto diario con la familia y prolongado con el niño, lo que da la oportunidad a una complementación de las acciones realizadas en la guadería y en el hogar. Se aprehendio, todavía que, dependiendo de la propuesta pedagógica de la institución, pueden ser generados en los niños *habitus* indicativos de sumisión o de ciudadanía. Las manifestaciones del *habitus* de clase se efectuaron por medio de la capacitación para el cuidado, para el autocuidado y para el cuidado de si. En la categoría capital, la falta de claridad referente a las funciones de la guardería demostro dificultar la construcción de capital científico específico para la actuación en este escenario. Investigandose las calidades formal y política en la producción científica analisada, se identifico que, aunque existan algunas fragilidades metodológicas, la calidad política se hizo presente. Se exteriorizo por el compromiso de la Enfermería con la promoción de salud y calidad de vida a nivel individual y colectivo bien como con las políticas públicas buscando intensificar la articulación de los campos de la salud y de la educación. Se constato también, la falta de un eje político que representase el compromiso profesional, social y ético de la Enfermería, con los niños que frecuentan guarderías.

Palabras clave: Educación infantil, Cuidado del niño, Enfermería pediátrica.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	11
1 CONTEXTUALIZAÇÃO DA QUESTÃO DE PESQUISA: UMA TRAJETÓRIA DE COMPREENSÃO DO ESTRANHAMENTO	13
2 REVISÃO DE LITERATURA: A INFÂNCIA DE VELADA A (RE)VELADA	27
2.1 O reconhecimento da infância.....	27
2.2 A criança e a infância: do Brasil Colonial ao Republicano.....	29
2.3 Formação profissional para o cuidado e a educação da criança em creches	37
2.4 A enfermagem e o cuidado À CRIANÇA em creches	41
3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICO-FILOSÓFICA: PIERRE BOURDIEU, UM REFERENCIAL PARA O CAMPO DA ENFERMAGEM	44
3.1 Concepções bourdieusianas acerca de campo, habitus e capital e sua aplicação no campo da enfermagem	44
3.1.1 Dados biográficos	44
3.1.2 A noção de campo e sua relação com a Enfermagem.....	46
3.1.3 A noção de <i>habitus</i> e sua relação com a Enfermagem.....	51
3.1.4 A noção de capital e sua relação com a Enfermagem.....	54
3.2 Historicizando a enfermagem pela ótica de Bourdieu.....	61
3.2.1 Período pré-profissional.....	62
3.2.2 Período Profissional - Enfermagem Moderna.....	63
4 REFERENCIAL METODOLÓGICO: UM CAMINHO DE PENSAMENTO PARA COMPREENDER E INTERPRETAR O CUIDADO DE ENFERMAGEM À CRIANÇA EM CRECHES	79
4.1 Hermenêutica-dialética.....	79
4.2 processo da pesquisa	87
4.2.1 Fonte dos dados	87
4.2.2 Coleta dos dados	88
4.2.3 Análise dos dados	89
4.2.3.1 Ordenação dos dados.....	89
4.2.3.2 Classificação dos dados.....	90
4.2.3.3 Análise final	93
5 RESULTADOS E DISCUSSÕES: APREENSÃO, COMPREENSÃO E INTERPRETAÇÃO DO CUIDADO DE ENFERMAGEM À CRIANÇA EM CRECHES	95
5.1 ANÁLISE DESCRITIVA DAS TESES E DISSERTAÇÕES ACERCA DO CUIDADO DE ENFERMAGEM À CRIANÇA EM CRECHES, PRODUZIDAS NO CAMPO DA ENFERMAGEM	95
5.2 CORRELAÇÃO DAS CATEGORIAS ANALÍTICAS CAMPO, <i>HABITUS</i> E CAPITAL, COM AS CATEGORIAS EMPÍRICAS APREENDIDAS	103
5.2.1 O campo da Enfermagem e a produção científica acerca do cuidado à criança em creches	104
5.2.1.1 Correlação da produção científica com os pressupostos que regem o campo da Enfermagem.....	104
5.2.1.2 Correlação da produção científica com os referenciais teóricos que a fundamentaram	109

5.2.2	O cuidado de Enfermagem à criança em creches, como elemento estruturante na incorporação de <i>habitus</i>	121
5.2.2.1	A influência da família e da creche na incorporação de <i>habitus</i> primários	122
5.2.2.2	Manifestações do <i>habitus</i> de classe na produção científica acerca do cuidado de Enfermagem à criança em creches	127
5.2.3	O capital produzido no campo da Enfermagem, acerca do cuidado à criança em creches	133
5.2.3.1	O cenário de produção e as produtoras do capital	135
5.2.3.2	Correlação entre os objetos/objetivos das investigações e as linhas de pesquisa consolidadas no campo da Enfermagem.....	147
5.2.3.3	As qualidades formal e política da produção científica acerca do cuidado de Enfermagem à criança em creches	169
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	183
	REFERÊNCIAS	187
	APÊNDICE	196

APRESENTAÇÃO

Neste estudo, analisei a produção científica representada pelas teses e dissertações produzidas no Brasil, no período de 1993 a 2002. Com ele pretendi, à luz das concepções de Pierre Bourdieu, compreender e interpretar o cuidado de Enfermagem à criança em creches. Para tanto, estruturei-o em seis capítulos.

O primeiro, caracterizei como “uma trajetória de compreensão do estranhamento”, pois, para contextualizar o objeto estudado, foi necessário um resgate de minha trajetória acadêmica e profissional. Recordei passagens divertidas, sofridas e enriquecedoras que me induziram a estranhar o até então vivido, compreendê-lo, mesmo que parcialmente, e a relacionar parte de minha prática com *habitus* incorporados ao longo de minha trajetória de vida. O mais significativo foi a compreensão de que é possível mudar.

No segundo capítulo, elaborei uma revisão de literatura nomeada como “a infância - de velada a (re)velada”. Nele discorro sobre as diferentes percepções acerca da criança e da infância, ao longo da história. Na realidade, com ele transito do total desconhecimento verificado na Idade Média, quando a infância era velada, à doutrina da proteção integral, que garante revelar ou melhor consagrar os direitos da criança e do adolescente por meio do ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente. Descrevo ainda como ocorria o cuidado à criança em cada fase.

No terceiro capítulo, intitulado “Pierre Bourdieu, um referencial para o campo da Enfermagem”, apresentei alguns dados biográficos de Bourdieu e sua obra. Enfoquei principalmente as noções de campo, *habitus* e capital, relacionando-as com o campo da Enfermagem. Posteriormente, efetuei uma releitura da história da Enfermagem, adotando os conceitos desse pensador.

No quarto capítulo, descrevi o processo desenvolvido para adotar a hermenêutica-dialética como “um caminho de pensamento para compreender e interpretar o cuidado de Enfermagem à criança em creches”. Iniciei apresentando as concepções de Gadamer acerca de hermenêutica e de Habermas, acerca de dialética. A seguir expus, como método de pesquisa, a Hermenêutica-dialética proposta por Minayo. Finalizei, apresentando detalhadamente as diversas etapas do processo operacionalizado nesta pesquisa.

No quinto capítulo, denominado “apreensão, compreensão e interpretação do cuidado de Enfermagem à criança em creches”, procurei apresentar e discutir os resultados tanto da análise efetuada em extensão, quanto da análise em profundidade, das teses e dissertações que compõem a amostra deste estudo.

Dediquei o sexto e último capítulo para tecer algumas considerações acerca da produção científica referente ao cuidado à criança em creches, dando ênfase à qualidade política da referida produção e destacando as contribuições do presente estudo.

1 CONTEXTUALIZAÇÃO DA QUESTÃO DE PESQUISA: UMA TRAJETÓRIA DE COMPREENSÃO DO ESTRANHAMENTO

Em 1977, sete meses após minha graduação em Enfermagem¹, assumi como docente em um curso no interior do Estado do Rio Grande do Sul. Naquela época, as Escolas de Enfermagem, contratavam recém-formad@s², pois era muito reduzido o número de profissionais enfermeir@s, e implantar cursos de graduação em Enfermagem era uma prioridade nacional. Durante minha formação acadêmica, os estágios eram realizados predominantemente em um “hospital-escola”, considerado modelo por seu quadro de pessoal qualitativa e quantitativamente bem-dimensionado, adequado suprimento de recursos materiais e por seu equipamento moderno e bem-utilizado. Essa instituição caracterizava-se pela excelente qualidade da assistência de Enfermagem prestada à clientela, tendo sido o primeiro hospital no Estado a implantar o processo de Enfermagem. Assim, ao assumir o cargo de docente, com o entusiasmo e a inexperiência de recém-formada, tencionava transmitir @s alun@s tudo o que aprendera sobre assistência de Enfermagem. Talvez, inconscientemente, desejasse até mesmo trazer para a situação presente o contexto no qual havia ocorrido minha formação profissional. No entanto, comparar aquele contexto com o do hospital do interior onde eu passara a atuar com @s alun@s do curso de graduação, era angustiante, por vezes imobilizante. Minha atuação limitava-se a narrar longas histórias sobre a excelência do local onde me formara, ministrar detalhadíssimas aulas teóricas e ensinar a prática por meio da repetição, passo a passo, de procedimentos de Enfermagem em nível hospitalar.

Por ter muita afinidade com crianças e reconhecendo as peculiaridades e a fragilidade características da infância, optei por aprimorar meus conhecimentos e

¹ A letra maiúscula para grafar o termo Enfermagem, está sendo usada com a intenção de conferir destaque à profissão, à escola, ao campo e ao capital de Enfermagem, incluindo nesse último, o cuidado de Enfermagem em qualquer de suas dimensões.

² Neste trabalho o sinal @ está sendo usado para referir os gêneros masculino e feminino. A incorporação deste sinal à minha escrita, ocorreu por sugestão da Prof^a Dr^a Miriam Grossi, ministrante da disciplina Introdução aos Estudos de Gênero, oferecida pelo Programa de Pós-graduação em Antropologia Social-UFSC em julho de 2003.

dedicar-me exclusivamente a essa área. Em 1979, especializei-me em Pediatria e Puericultura na então Escola Paulista de Medicina. Em 1982, concluí, nessa mesma escola, o curso de Mestrado. Esse curso dava uma atenção especial à Pediatria Social, que, segundo Robert Debré, seu fundador, constitui uma atitude interior que acompanha o gesto preventivo e curativo do profissional em relação à criança. A Pediatria Social procura visualizar a criança sadia ou doente no seu contexto e se contrapõe à fragmentação da medicina em múltiplas especialidades (MANDER; MASSE; MANCIAUX, 1977). Cuidar de crianças, com esse enfoque, foi uma vivência de grande importância em minha vida pessoal e profissional. Refleti intensamente sobre o conceito de assistência global à criança. Entendi que, para a prestação de uma assistência global, além do aspecto físico é indispensável o conhecimento de fatores psicológicos, econômicos, socioculturais e ambientais que incidem sobre a criança, a família e a comunidade. Em 1973, Eduardo Marcondes, um dos primeiros especialistas brasileiros a abordar essa temática, definia como meta da pediatria social a promoção da saúde da criança, “[...] a fim de realizar seu desenvolvimento integral e culminar em um adulto normal, feliz e socialmente útil” (MARCONDES, 1973, p. 23). Hoje, o padrão de normalidade é muito questionado, e a visão utilitarista cedeu lugar à busca da plena realização da criança como pessoa, capaz de participar de sua vida e do seu desenvolvimento. É importante reconhecer que, desde a mais tenra idade, a criança interage com os adultos por meio do choro, do riso, do olhar, enfim, pelas manifestações de conforto e desconforto, de prazer e desprazer. Nesse sentido, acredito que seja indispensável, assegurar às crianças, desde o pré-natal, estendendo-se à família, à creche, à pré-escola e à escola, entre outras instituições, as condições indispensáveis ao pleno desenvolvimento de seu potencial. No entanto, como bem esclarece o UNICEF (2001, p. 1), “não há receitas prontas para garantir à criança boas condições de saúde, educação, convívio familiar e comunitário, além de assistência com a participação da família, da sociedade e dos governos municipais, estaduais e federal”.

Retornando do Curso de Mestrado, assumi a disciplina de Enfermagem Pediátrica, que vinha se desenvolvendo exclusivamente no âmbito hospitalar. Como

docente dessa disciplina, convivi com o processo saúde-doença em inúmeras e antagônicas situações. Algumas delas com êxito, desfrutando da alegria de presenciar o completo restabelecimento de crianças portadoras de patologias até então tidas como incuráveis. Em outras situações, e com maior frequência, presenciei internações hospitalares e até mesmo óbitos por diarreia, desnutrição, maus-tratos, verminose e tantas outras doenças evitáveis.

Ao longo de todos esses anos, supervisionei acadêmicos do curso de graduação em Enfermagem. Sempre procurei transmitir-lhes a concepção de que é impossível cuidar de crianças doentes sem pensar em saúde. É impossível buscar a saúde sem pensar em educação. No entanto, por muito tempo, para mim, educar consistia em indicar uma série de orientações que as mães deveriam seguir. Essas orientações faziam parte do plano de cuidados de Enfermagem, que era embasado nas dúvidas verbalizadas pelas mães, na idade das crianças e nos problemas identificados por meio da anamnese e do exame físico. O “pacote” de orientações contemplava habitualmente aspectos referentes à alimentação, higiene, imunizações, recreação, prevenção de acidentes, medidas preventivas e tratamento da patologia que motivara a internação. Salientava que essas orientações deveriam ser fornecidas em ambiente tranquilo, com atitude cordial, com segurança, usando vocabulário conhecido pelas mães. Era de fundamental importância certificar-se de que elas haviam compreendido a mensagem. Tudo parecia perfeito. Assim eu aprendera, assim eu ensinava. Passados alguns anos, percebi que, embora todos esses aspectos fossem necessários, eles não estavam sendo suficientes para evitar as reinternações. Comecei, então, a questionar-me. Por que as mães não seguiam orientações tão simples? Será que eu estava me fazendo entender? Por que elas concordavam comigo e agiam de maneira diferente? Essas questões me desestabilizavam. Como eu podia ser tão eficiente para participar com êxito do tratamento de doenças até então incuráveis e, por outro lado, ser incapaz de prevenir situações tão corriqueiras?

Pouco a pouco, através de meus estudos, fui obtendo algumas respostas. Em Freire encontrei inúmeros pontos que me levaram a refletir sobre minha prática, entre os quais saliento:

Quando tentamos um adentramento no diálogo como fenômeno humano, se nos revela algo que já podemos dizer ser ele mesmo: *a palavra*. Mas ao encontrarmos a palavra, na análise do diálogo, como algo mais que um meio para que ele se faça, se nos impõe buscar, também, seus elementos constitutivos. Esta busca nos leva a surpreender, nela, duas dimensões: ação e reflexão, de tal forma solidárias, em uma interação tão radical que, sacrificada, ainda que em parte, uma delas, se ressentiu, imediatamente, a outra. Não há palavra verdadeira que não seja práxis. Daí dizer que a palavra verdadeira seja transformar o mundo (FREIRE, 1987, p. 77).

A partir daí, fui constatando que, para transformar a realidade com a qual convivia em meu ambiente de trabalho, era necessário modificar meu modo de cuidar. Era indispensável reconhecer que a ênfase que estava sendo dada à “ação” estava minimizando a “reflexão”, impossibilitando assim o diálogo e, conseqüentemente, mantendo inalterado o viver das pessoas. Naquela época, minhas inquietações começaram a ser entendidas, mas não resolvidas. Seguindo minhas leituras, tive a oportunidade de refletir sobre a concepção bancária da educação. Percebi o valor da problematização e tomei conhecimento da metodologia construída por Freire para alfabetização de adultos. Na concepção bancária da educação, criticada por Freire, “[...] o conhecimento é um dom concedido por aqueles que se consideram como possuidores àqueles que eles consideram que nada sabem” (FREIRE, 1980, p. 79). Através dela, educar é apenas o ato de depositar, transferir, transmitir valores e conhecimentos. Esse fato nega a educação e o conhecimento como processo de busca e mantém o distanciamento entre educador(a) e educand@, exatamente o que vinha ocorrendo com meu processo de cuidar e ensinar.

Exemplificando a contradição que se evidencia através da concepção bancária da educação, Paulo Freire (1980) indica elementos que esclarecem como ocorre a relação entre @s educador@s e @s educand@s. Estes elementos podem ser transpostos para a realidade da Enfermagem, sem que com isso fiquem descaracterizados ou percam seu sentido. Assim, adaptada à relação enfermeir@ e

cliente, na busca da educação em saúde, na concepção bancária da educação, observaríamos as seguintes práticas e atitudes:

- a- @ enfermeir@ educa, @s clientes são educad@s;
- b- @ enfermeir@ sabe tudo, @s clientes nada sabem;
- c- @ enfermeir@ fala, @s clientes escutam docilmente;
- d- @ enfermeir@ estabelece a disciplina, @s clientes são disciplinad@s;
- e- @ enfermeir@ escolhe e prescreve sua opção, @s clientes aparentemente as seguem;
- f- @ enfermeir@ atua, @s clientes têm a ilusão de atuar, graças à ação d@ enfermeir@;
- g- @ enfermeir@ confunde a autoridade do conhecimento com sua própria autoridade profissional, que ela/ele opõe completamente à liberdade d@s clientes;
- h- @ enfermeir@ é o sujeito do processo de cuidar; @s clientes, meros objetos de cuidado, não lhes cabendo criticar, questionar, nem mesmo argumentar.

Indubitavelmente, essa modalidade de inter-relação gera um distanciamento entre enfermeir@ e cliente, dificultando ou mesmo impedindo a problematização e a busca compartilhada do conhecimento, tão necessários ao processo educativo.

Até o ano de 1997, a disciplina Enfermagem Pediátrica, na qual eu desempenhava a docência, tinha o enfoque exclusivamente hospitalar. Em decorrência das amplas discussões acerca da nova Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional n. 9394/96 - LDBEN/96; das diretrizes curriculares dos cursos de graduação e da política de saúde que vinha intensificando o enfoque na atenção básica, sentimos a necessidade de ampliar a abordagem do cuidar/cuidado à criança para outros cenários além do hospitalar. Com o objetivo de dar maior ênfase à Atenção Primária em Saúde, metade das 150 horas destinadas à prática da disciplina passou a ser utilizada em uma

instituição de Educação Infantil³ que atende a aproximadamente 100 crianças carentes na periferia da cidade do Rio Grande/RS. Inúmeros foram os fatores que levaram à escolha dessa Instituição. Entre eles, saliento a possibilidade de prestar cuidado às crianças em diferentes faixas etárias e, conseqüentemente, em diferentes estágios do desenvolvimento; operacionalizar projetos de extensão universitária, articulando-os ao ensino e à pesquisa e proporcionar @s acadêmic@s do curso de Enfermagem o contato direto com uma comunidade carente. Do ponto de vista emocional, percebi, já na primeira visita à Instituição, o desafio que se vislumbrava. A aparência geral das crianças era de pobreza. Usavam roupas e calçados inadequados aos seus tamanhos, muitas estavam sujas, com cabelos despenteados e sem brilho. Dentro desse contexto, chamou-me a atenção a receptividade das mesmas. Embora não me conhecessem, corriam para mim pedindo um abraço, um beijo, ou simplesmente me tocando e sorrindo. Imaginei que essas manifestações fossem decorrentes de carência afetiva e de imediato me senti cativada. Estava aceito o desafio. Eu seria a docente responsável pela prática da disciplina de Enfermagem Pediátrica naquele local.

Inicialmente, compreendi que era necessário conhecer melhor aquela realidade. Optei por conhecê-la, desenvolvendo uma pesquisa convergente assistencial. Trentini e Paim (1999, p. 35), ao discorrerem sobre essa modalidade de estudo, referem que “embora a pesquisa e a prática assistencial tenham características próprias, nada impede que a enfermeira pesquise um fenômeno e pratique assistência de Enfermagem ao mesmo tempo”. Para definir o objeto da referida pesquisa, tomei como parâmetro os Indicadores Básicos de Saúde de Crianças e Mulheres de Rio Grande/RS, divulgados por César e Horta em 1997. Os autores detectaram que uma em cada quatro crianças com até cinco anos de idade apresentava desnutrição. Outro dado significativo referia-se às três mil e quinhentas crianças com algum grau de desnutrição agendadas no programa Leite é Vida, realizado pela Secretaria Municipal de Saúde daquele

³ Segundo Resolução 04/2000 do Conselho Municipal de Educação do Rio Grande/RS, a instituição de educação infantil atende a crianças de zero a seis anos de idade. Pela Lei das Diretrizes e Bases da Educação Nacional - LDBEN/96, a educação infantil é oferecida em creches e pré-escolas, cabendo à creche o desenvolvimento integral da criança até os três anos de idade. A pré-escola destina-se às crianças de quatro a seis anos. Tais instituições devem complementar a ação da família e da comunidade.

município. Esses dados permitiram-me inferir que o problema nutricional deveria estar presente também na Instituição em estudo.

Engajada no processo de municipalização das ações de saúde que vinha sendo desenvolvido, priorizando a atenção primária e ciente de que um dos objetivos da Pró-Reitoria de Extensão da FURG é “estimular maior participação de professores, estudantes e funcionários em projetos que impliquem a busca de soluções para os problemas sociais, relacionando-os com atividades de ensino e pesquisa” (FURG, 2000), elaborei um projeto de extensão universitária. Este foi desenvolvido em três etapas, a saber: avaliação pondero-estatural, através da qual constatei que das 85 crianças avaliadas, 40% apresentavam algum grau de desnutrição (Gomes e Fonseca, 1999); introdução da multimistura como suplemento alimentar, e reavaliação pondero-estatural após cinco meses. Essa estratégia, além de atender a uma prioridade, possibilitou-me vivenciar o dia-a-dia da instituição. Nesse período, inúmeras situações, por destoarem demasiadamente do que para mim era habitual, causaram-me estranhamento. Uma delas ocorreu em uma das primeiras semanas de atividade, quando um surto de pediculose acometeu as crianças. Cuidadoras, acadêmic@s e docente uniram-se para combater o parasita. A Secretaria Municipal de Saúde forneceu o medicamento necessário para tratar esse tipo de parasitose. Em farmácias e drogarias @s acadêmic@s obtiveram sob forma de doação os pentes finos. Examinamos a cabeça de cada uma das crianças. Seguindo as orientações do fabricante, aplicamos o medicamento e redigimos um folheto explicativo, versando sobre a conduta a ser adotada em âmbito domiciliar. Reunimos, então, os pais e mães para abordar o problema. Percebi que, durante a conversa, um pai se manteve atônito, olhar fixo em mim. Ao término ele perguntou: “É sobre piolho que a senhora está falando, dona?” Respondi que sim, e ele replicou: “Então, não se preocupe, isso é da natureza da criança”. E saiu despreocupadamente com o filho nos braços. O espanto e a indignação de imediato me paralisaram. Posteriormente, problematizando a situação com @s acadêmic@s, questionávamo-nos sem encontrar respostas: por que nossas percepções eram tão diferentes das percepções daquele pai? Como uma infestação por piolhos, em criança, podia ser encarada como banal, até mesmo natural?

Outro aspecto causador de estranheza foi a padronização do cuidar, parecendo que as crianças eram homogêneas. Para exemplificar essa constatação, basta relatar as atividades ocorridas em um dia na instituição. No período compreendido entre 7 horas e 8h30, as crianças chegavam acompanhadas por suas mães ou responsáveis, muitas vezes por um(a) irmã(o) um pouco mais velh@, alun@ da escola de ensino fundamental incompleto que funciona no mesmo prédio. Algumas chegavam felizes, outras choramingando, e havia ainda aquelas que protestavam chorando vigorosamente. No entanto, todas eram tratadas da mesma maneira: separadas de suas mães ali mesmo no portão e encaminhadas ao refeitório. Segundo opinião das cuidadoras, “é normal criança chorar, com o tempo elas se habituem”. Chegando ao refeitório, ficavam sentadinhas até a hora da primeira refeição, que era servida às 8h30. Durante essa espera, que para algumas era superior a uma hora, nenhuma atividade era proposta. Para mantê-las disciplinadas, esperando, as repreensões eram constantes, segundo as cuidadoras, “só gritando as crianças atendem”. Tal argumentação era expressa com muita naturalidade. As cuidadoras pareciam convencidas de que essa era a melhor, ou talvez a única maneira de cuidar.

Retomando a rotina diária, algumas crianças aceitavam a refeição e até repetiam com prazer. Outras preferiam não se alimentar. Para as cuidadoras, “não havia problema, poderiam ter comido em casa ou, ainda, poderiam estar sem apetite”. Logo após, eram levadas ao banheiro. Em fila indiana, cada uma colocando as mãos nos ombros d@ coleguinh@ que estava em sua frente, iam em trenzinho, cantando “piuí... tic tac piuí... tic tac”. Posteriormente, eram encaminhad@s à sala de aula, onde realizavam atividade livre. Algumas turmas apenas aguardavam a hora do almoço, outras espalhavam brinquedos pela sala e assim se distraíam.

O almoço era servido às 11h30 e transcorria de maneira semelhante à refeição da manhã. Após, iam em trenzinho para o banheiro e seguiam para a sala de dormir, onde permaneciam, com ou sem sono, deitadas até as 14h30. Naquele momento, enfileiradas, voltavam ao banheiro cantando seu “piuí... tic tac...” Recebiam o lanche da tarde e sentavam-se em torno da sala de aula, esperando que alguém viesse buscá-

las. É evidente que a disciplina durante o período de espera era conseguida às custas de constantes repreensões. A saída ocorria às 18 horas. No entanto, era comum alguns pais chegarem às 19 ou mesmo às 20 horas.

Dessa forma, os dias se passavam em aparente harmonia. O cuidado das crianças limitava-se a alimentação, hidratação e higiene, por vezes precária, bem como à supervisão de algumas brincadeiras realizadas por iniciativa das próprias crianças e à disciplina, obtida por meio de constantes repreensões.

Para mim, a falta de estímulo era um problema evidente e constante. No entanto, a naturalidade com que as práticas de cuidado eram manifestadas, demonstrava que as cuidadoras não agiam intencionalmente. Aquela modalidade de cuidar parecia ser a única alternativa conhecida. Tentando modificá-la, iniciei, juntamente com @s acadêmic@s, um programa de estimulação psicomotora por meio de recreação. Para isso, providenciamos brinquedos pedagógicos, toca-discos, discos e livros de histórias infantis. As cuidadoras, ao receberem o material que seria utilizado nas atividades recreativas, verbalizaram: “Pena que essas crianças não sabem dar valor!” “Amanhã, tudo vai estar quebrado!” Frente a essa atitude de aparente desinteresse surgiram alguns questionamentos: estariam essas cuidadoras resistindo à mudança? Estariam elas achando correto e adequado o processo de cuidar que vinha sendo realizado na instituição? Estariam elas achando desnecessário o brincar? Na concepção das cuidadoras, cuidar não inclui o brincar?

Por que o conformismo, a desatenção, a falta de estímulo, a monotonia, a castração da curiosidade, a ausência de ousadia e a crença na fatalidade se faziam tão presentes no dia-a-dia das cuidadoras? Por que as cuidadoras não investiam nas crianças? Será que elas não sabiam que as crianças têm um imenso potencial a ser desenvolvido? Por que atitudes consideradas naturais em outros grupos de mesma faixa etária eram percebidas como indisciplina ou mesmo transgressão nessas crianças?

Tentando delinear o perfil das cuidadoras, identifiquei que a maior parte morava nas imediações da creche e tinha filh@s ou sobrinh@s freqüentando a instituição. Não recebiam capacitação para o cuidado; no entanto, algumas, por serem mães, referiam e demonstravam habilidade, enquanto outras eram inexperientes. No que se refere à escolaridade, das oito funcionárias que atuavam diretamente com as crianças, seis tinham o segundo grau incompleto e duas, o primeiro grau incompleto. Por se tratar de uma instituição filantrópica, mantida fundamentalmente às custas de doações, os salários eram baixos, equivalentes a um salário mínimo, e a jornada de trabalho era de 44 horas semanais. Esses aspectos tornavam o trabalho pouco atrativo, o que dificultava e, às vezes, até impossibilitava a seleção. Dessa forma, a situação se arrastava parecendo não ter solução. Era difícil até mesmo planejar a prática assistencial.

Em meio a tanta inquietação, encontrei nas concepções do sociólogo francês Pierre Bourdieu, subsídios para entender, mesmo que parcialmente, a situação que vinha vivenciando naquela instituição e que vivenciara no início de minha vida profissional. A “[...] essa disposição regrada para gerar condutas regradas e regulares, à margem de qualquer referência a regras” o autor chama de *habitus* e complementa referindo que “[...] nas sociedades onde o trabalho de *codificação* não é muito avançado, o *habitus* é o princípio da maior parte das práticas” (BOURDIEU, 1990, p. 84).

No entanto, não devemos associar a noção de *habitus* apenas a situações negativas. Do ponto de vista conceitual, a noção de *habitus* é aplicável às mais diversas relações d@ agente⁴ com o mundo e em diferentes contextos sociais, fazendo-se presente tanto em sociedades primitivas quanto nas modernas e bem-desenvolvidas. Assim, na política, no esporte, na religião, na escola e na família, entre outros, a formação de *habitus*, princípio gerador de nossas escolhas e de nossa conduta,

⁴ Na obra de Bourdieu, o termo agente é empregado referindo-se a sujeitos que atuam e que sabem, "dotados de um *senso prático*, [...] de um sistema adquirido de preferências, de princípios de visão e de divisão (o que chamamos de gosto), de estruturas cognitivas duradouras (que são essencialmente produto da incorporação de estruturas objetivas) e de esquemas de ação que orientam a percepção da situação e a resposta adequada" (BOURDIEU, 1997, p. 42).

antecede as práticas. Na realidade, as práticas surgem naturalmente, em consequência de uma relação dialética entre uma determinada situação e um *habitus*. Este é fruto da história de vida de cada um@, sendo “[...] entendido como um sistema de disposições duráveis e transponíveis que, integrando todas as experiências passadas, funciona a cada momento como uma *matriz de percepções, de apreciações e de ações*” (BOURDIEU, 1994, p. 65, grifo do autor).

A cultura inculcada na escola o autor designa por *habitus escolástico*, bem como designa por *habitus dominado* aquelas questões de gênero, etnia, cultura e língua, ou seja, as questões carregadas de estigma e preconceito. Ao abordar o *habitus dominado*, Bourdieu (1999a, p. 51) o explica como “[...] relação social somatizada, lei social convertida em lei incorporada, não são das que se podem sustar com um simples esforço de vontade, alicerçado em uma tomada de consciência libertadora”.

Analisando minha vida acadêmica e profissional sob essa nova ótica, é possível perceber que, *habitus* incorporados desde a infância nortearam minha prática de cuidado. Lembro-me de que quando criança, conhecia meus pais pelos olhos, aprendi em tenra idade o que era certo e o que era errado. Aprendi que, na escola, a professora era a segunda mãe. Ela sempre tinha razão. Concluí meu curso colegial e superior em plena ditadura militar (1976), período que se caracterizou pela “educação bancária”, além da rigorosa disciplina.

Durante meu processo de graduação como enfermeira, @s docentes priorizavam o saber prático. A quase totalidade da carga horária dos estágios era consumida no contexto hospitalar, o que requeria exatidão, desenvoltura e muita habilidade. A abordagem de pesquisa adotada durante a minha Pós-graduação em nível de Especialização e Mestrado era positivista. Paraphraseando Comte, Richardson (1999, p. 33) refere que “o espírito positivo estabelece as ciências como investigação do real, do certo, do indubitável e do determinado”. Dessa forma, o *habitus* por mim incorporado, mesmo sem ter a consciência dessa incorporação, levou-me a inúmeras certezas. Assim, tinha a convicção de que sabia o que era certo, sabia o que e como ensinar, sabia o que era bom para @ paciente e para @ alun@ e eu fazia, frente a cada

situação-problema, o que era necessário, ou seja, “a única coisa a ser feita”. É essa necessidade, essa coação das condições e dos condicionamentos, descobertos no íntimo d@s agentes sociais, que caracteriza o *habitus*. Através da noção de *habitus*, o autor quis “insistir nas *capacidades geradoras* das disposições, ficando claro que se trata de disposições adquiridas, socialmente construídas” (BOURDIEU, 1990, p. 25).

Analisando o cotidiano da Instituição na qual eu passara a atuar e fixando o olhar nas práticas de cuidado realizadas, era evidente que elas provocavam em mim, além de estranhamento, um intenso mal-estar. Mesmo não percebendo por parte das cuidadoras a intenção de bloquear o desenvolvimento infantil, de inibir a iniciativa ou mesmo de castigar as crianças, tais práticas eram, por mim, interpretadas como “descuido”, pois desestimulavam o desenvolvimento das potencialidades infantis. É importante salientar que as cuidadoras agiam com naturalidade, como se estivessem adotando a conduta mais correta, ou seja, “a única a ser adotada, naquela situação”.

Essa diferença de percepções frente a uma mesma realidade, Bourdieu (1990, p. 101) ilustra referindo:

O encontro de dois grupos muito afastados é o encontro de duas séries causais independentes. Entre pessoas de um mesmo grupo, dotadas de um mesmo *habitus*, logo, espontaneamente orquestradas, tudo é evidente, mesmo os conflitos: elas se compreendem com meias-palavras, etc. Mas com *habitus* diferentes, surge a possibilidade do acidente, da colisão, do conflito ...

Essa citação explica também a aparente indiferença de muitos pais e mães no que se refere ao cuidado prestado @s filh@s. Após um dia inteiro de separação, no momento do retorno ao lar, ao receberem su@s filh@s nada questionavam, algum@s não demonstrando nem sequer afetividade. Como relata o autor, elas se compreendem por meias-palavras. Hoje, tais situações continuam me provocando mal-estar, porém minha percepção mudou. Hoje consigo compreender que muitas dessas mães, pais e cuidadoras foram cuidad@s dessa forma, que incorporaram ao longo da infância e juventude essa modalidade de cuidar e as reproduzem com su@s filh@s e demais crianças, pois o *habitus* por el@s incorporado constitui a matriz para suas percepções, apreciações e ações. Nesse sentido, Bourdieu (1994, p. 73) explica que “o *habitus* é a

mediação universalizante que faz com que as práticas sem razão explícita e sem intenção significativa de um agente singular sejam, no entanto, ‘sensatas’, ‘razoáveis’ e objetivamente orquestradas”. Compreendi, ainda, que após um dia inteiro de trabalho, ou à procura dele, é difícil manter-se animad@, questionador(a), afetiv@, compreensiv@, entre outras qualidades que esperamos encontrar nas mães e pais.

É importante salientar que o fato de ter encontrado algumas explicações para a conduta das mães, pais e cuidadoras em relação às crianças, não significa que perceba tais condutas como adequadas e imutáveis. Por outro lado, sabendo que a estruturação do *habitus* inicia-se muito precocemente, ou seja, nos primeiros momentos, meses, anos de vida, fica evidente que instituições como a família, a creche e a pré-escola desempenham papel preponderante na sua formação.

Na tentativa de melhor instrumentalizar-me para operacionalizar o projeto de ensino, pesquisa e extensão a ser implementado, optei por efetuar uma revisão bibliográfica. Acreditei que na área referente ao cuidar/cuidado de crianças em creches, a bibliografia disponível fosse ampla e atualizada. Acreditei, ainda, que encontraria publicadas situações vivenciadas por enfermeir@s docentes e assistenciais, em creches públicas e privadas, bem como diferentes abordagens e intervenções de Enfermagem para uma diversidade de problemas. Na realidade, pressupunha que a produção científica acerca da atuação da Enfermagem em creches fosse representativa da referida atuação. De igual forma, pressupunha que as creches constituíssem um significativo espaço para a prestação de cuidados de Enfermagem à criança. No entanto, a escassez do material encontrado levou-me a perceber a premência de pesquisas nessa área de conhecimento, bem como a acreditar que a Enfermagem atue pouco nesse espaço. Assim, em conformidade com a crença de Bourdieu (1997, p. 203) de que “[...] faz parte do trabalho científico colocar questões sobre a própria natureza do olhar científico”, proponho-me a investigar: como se expressa, na produção científica da Enfermagem, o cuidado à criança em creches?

Meu objetivo ao realizar este estudo foi correlacionar a produção científica da Enfermagem acerca do cuidado à criança em creches, com o capital cultural,

científico, social, econômico, e simbólico que essa temática confere no campo da Enfermagem.

À luz das noções de campo, *habitus* e capital, que integram o referencial teórico de Pierre Bourdieu, e respondendo à questão norteadora, pretendo construir subsídios para defender a seguinte tese: A Enfermagem dispõe de capital científico para cuidar crianças em creches e uma das formas de expressá-lo é por meio de sua produção científica. O estabelecimento de relações entre a produção científica e o interesse que move o campo da Enfermagem, permite inferir sobre o quanto de capital simbólico essa temática confere a suas investidoras⁵.

⁵ O termo investidora está sendo usado para designar as enfermeiras que investiram na produção de conhecimento científico acerca do cuidado à criança em creches, incorporando capital ao campo da Enfermagem. Como sinônimos de investidora, ao longo deste trabalho, estou empregando os termos autora, pesquisadora e investigadora.

2 REVISÃO DE LITERATURA: A INFÂNCIA DE VELADA A (RE)VELADA

Neste capítulo, apresento as diferentes percepções acerca da infância ao longo da história, indo do seu total desconhecimento, verificado na Idade Média, à doutrina da proteção integral, consagrada pelo Estatuto da Criança e do Adolescente/ECA (1990). Nesse percurso enfoco as diferentes abordagens do cuidado à criança. Com base nas atuais concepções de cuidar/cuidado e na Lei das Diretrizes e Bases da Educação Nacional - LDBEN n. 9394/96, finalizo abordando o cuidado à criança em creches.

2.1 O RECONHECIMENTO DA INFÂNCIA

Os clássicos estudos de Philippe Ariès apontam as diferentes percepções, abordagens e cuidados dispensados às crianças e à infância ao longo do processo histórico, deixando evidente que, embora a criança fizesse parte dessa história, a infância inexistia, pois ela resulta de uma construção social. Ariès (1981) denuncia a ausência da infância no século XII, ao descrever a deformação com que eram produzidas as imagens das crianças nos livros sagrados e na arte medieval. Seus corpos eram expressos sem características infantis. Os pintores daquela época retratavam as crianças como verdadeiros homens em escala reduzida. Essa forma de arte se manteve até o século XIII, estando documentada, entre outras obras, no livro dos Salmos de São Luiz, de Leyde. Esse livro mostra Ismael momentos após o nascimento, com os músculos abdominais e peitorais semelhantes aos de um adulto. Tais representações nos levam a crer que a infância representasse apenas um período de transição, não despertando maior interesse (ARIÈS, 1981).

Nos séculos XIV e XV, as crianças eram representadas sob a forma de anjo adolescente. Dessa época também são as obras que retratam o cotidiano da infância de Jesus e Maria. As representações da infância religiosa gradativamente cedem espaço à infância leiga. Aparecem, assim, as obras que apresentam cenas da criança com sua família, seus companheiros, entre adultos, acompanhando ritos, aprendendo profissões e na escola. Foi a partir dessa época que a criança começou a ser vista como “engraçadinha”. No entanto, tal percepção limitava-se à criança com dois ou três anos. “A partir dessa idade, a criança jogava os mesmos jogos e participava das mesmas brincadeiras dos adultos, quer entre crianças, quer misturada aos adultos” (ARIÈS, 1981, p. 92).

A precocidade com que a criança era introduzida no mundo dos adultos pode ser identificada no comentário de Sarmiento (2001, p. 14):

[...] casava-se logo que se atingia a puberdade, trabalhava-se logo que a robustez física permitia o exercício da produção nos campos ou a aprendizagem nas oficinas, ia-se para a guerra assim que se pudesse desempenhar uma qualquer função militar, de pajem a tambor, reinava-se em qualquer idade, logo que morresse o suserano, vivia-se no mundo dos adultos assim que se sobrevivesse às doenças e moléstias que dizimavam uma em cada duas crianças.

Embora reconheça o surgimento de uma nova tendência, o autor demonstra que a indiferença em relação à criança, conseqüência inevitável da demografia da época, persistia. A morte era uma ocorrência banal, talvez natural no grupo infantil. Um bom exemplo disso é uma cena datada de 1622, na qual “vemos uma vizinha, mulher de um relator, tranquilizar assim uma mulher inquieta, mãe de cinco ‘pestes’, e que acabara de dar à luz: ‘Antes que eles te possam causar muitos problemas, tu terás perdido a metade, e quem sabe todos’” (ARIÈS, 1981, p. 56). A partir dessa descrição, podemos inferir que o surgimento do retrato da criança morta no século XVI tenha representado um importante marco para a história dos sentimentos dos adultos em relação ao grupo pediátrico. A partir do século seguinte, cada família queria ter o retrato de suas crianças. No século XIX a fotografia substituiu a pintura, mas o sentimento se manteve. Outra mudança significativa ocorrida a partir do século XVII foi o uso da escola como meio de educação. A criança deixou de ser misturada aos adultos para ser

“[...] mantida à distância numa espécie de quarentena, antes de ser solta no mundo. Essa quarentena foi a escola, o colégio. Começou então um longo processo de enclausuramento das crianças (como dos loucos, dos pobres e das prostitutas) que se estendeu até nossos dias [...]” esse enclausuramento é chamado de escolarização (MAISON-LAFFITTE, 1973, p. 11).

Referindo-se ainda à infância na sociedade medieval, Maisons-Laffitte (1973, p. 10) resume dizendo:

A duração da infância era reduzida a seu período mais frágil, enquanto o filhote do homem ainda não conseguia bastar-se; a criança então, mal adquiria algum desembaraço físico, era logo misturada aos adultos, e partilhava de seus trabalhos e jogos. De criancinha pequena, ela se transformava imediatamente em homem jovem, sem passar pelas etapas da juventude, que talvez fossem praticadas antes da Idade Média e que se tornaram aspectos essenciais das sociedades evoluídas de hoje.

2.2 A CRIANÇA E A INFÂNCIA: DO BRASIL COLONIAL AO REPUBLICANO

Para discorrer sobre a evolução do cuidado à criança e das diferentes políticas de proteção à infância desenvolvidas ao longo dos anos, é necessário ter presente a grande diversidade social, econômica e cultural que caracteriza nosso país. Em decorrência dessa diversidade, a criança brasileira vive ou sobrevive em uma multiplicidade de contextos. Dessa forma, o que é passado para algumas regiões e grupos sociais constitui o presente para outros. O mesmo ocorre no que se refere à legislação que vigora em algumas localidades, ou mesmo em raras instituições, sendo completamente desconhecida ou inexecutável em outras. Assim, coexistem condições completamente adversas ao crescimento e desenvolvimento infantil e outras, que satisfazem na íntegra as necessidades da criança.

A história da criança brasileira abandonada é quase tão antiga quanto a própria História do Brasil. Inicialmente, o descaso e a omissão expressos sob a forma de falta de recursos por parte das municipalidades, originaram uma assistência completamente

informal e caótica. Assim, a maior parte das crianças abandonadas era criada por famílias “caridosas”, que posteriormente as utilizavam “[...] como mão-de-obra familiar suplementar, fiel, reconhecida e gratuita; desta forma, melhor do que a escrava” (MARCILIO, 1999, p. 52). Tais crianças, denominadas “filhos de criação”, não desfrutavam legalmente nenhum direito.

Coexistindo com essa modalidade de assistência, havia a roda dos excluídos, também conhecida como roda dos expostos. Originária da Itália, a sistemática da roda dos expostos foi amplamente utilizada em Portugal, vindo posteriormente para o Brasil.

O nome da roda provém do dispositivo onde se colocavam os bebês que se queriam abandonar. Sua forma cilíndrica, dividida ao meio por uma divisória, era fixada no muro ou na janela da instituição. No tabuleiro inferior e em sua abertura externa, o expositor depositava a criancinha que enjeitava. A seguir, ele girava a roda e a criança já estava do outro lado do muro. Puxava-se uma cordinha com uma sineta, para avisar à vigilante ou rodeira que um bebê acabava de ser abandonado e o expositor furtivamente retirava-se do local, sem ser identificado (MARCILIO, 1999, p. 55).

No Brasil colonial, três rodas foram instaladas, sendo a primeira em Salvador, no ano de 1726; a segunda no Rio de Janeiro, em 1738 e a terceira em Recife, no ano de 1789. Um trecho referente à instalação da primeira roda dos expostos, transcrito da Ata da Mesa da Santa Casa de Misericórdia da Bahia, datado de 1844, nos dá a idéia do tratamento dispensado às crianças.

O objetivo era o de “evitar-se o horror e a deshumanidade que então praticavam com alguns recém-nascidos, as ingratas e desamorozas mães, desassistindo-os de si, e considerando-as a expor as crianças em varios lugares imundos com a sombra da noite, e de quando amanhecia o dia se achavão mortas, e algumas devoradas pelos cães e outros animais, com laztimoso sentimento da piedade catholica, por se perderem aquelas almas pela falta do Sacramento do baptismo” (MARCILIO, 1999, p. 58).

Pelo menos duas reflexões precisam ser extraídas do texto acima. Uma refere-se à situação da mulher como única responsável pelo abandono da criança, não havendo sequer menção à figura paterna como alternativa ao cuidado da criança. A outra diz respeito ao forte sentimento religioso expresso por meio da alusão à perda da alma, como consequência da impossibilidade de batizar a criança morta. Esse mesmo

sentimento mantinha o cuidado como um gesto caritativo, um autêntico dever cristão. Cabe ressaltar que, influenciados pelos conceitos e representações da infância apregoados na Europa e Estados Unidos, no Brasil as ações dirigidas à criança "tinham como base dois pensamentos dominantes: *'a salvação da alma da criança'* e a *'criança como chave para o futuro'*" (RIZZINI, 1997, p. 156). Referindo-se a esse último, a autora argumenta:

A imagem da criança como barro a ser moldado, para o bem ou para o mal, presta-se para justificar a necessidade de investir em sua educação. O canal de entrada é a família, porém logo se investe na criação de instituições capazes de fragmentar o poder atribuído à família. A escola ocupará um papel fundamental nesse sentido, já no século XVI. Outras instituições e medidas de intervenção mais claramente coercitivas surgirão para lidar com as famílias pobres, cuja relação com a Igreja e o Estado se dava em outras bases, ou seja, de submissão pela dependência ou pela força (RIZZINI, 1997, p. 160).

Após a Independência do Brasil em 1822, foi aprovada a chamada Lei dos Municípios. Essa lei, datada de 1828, estabeleceu parceria entre as Santas Casas de Misericórdia e a Assembléia Legislativa, cabendo a esta subsidiar as Obras de Misericórdia. Com a Lei dos Municípios, a roda dos expostos foi oficializada, e as Misericórdias passaram a servir ao Estado. Dessa forma, o caráter caritativo e assistencialista cede espaço à filantropia, associando-se o poder público e o privado (MARCILIO, 1999).

No Rio Grande do Sul, foram criadas três rodas de expostos com o mesmo espírito filantrópico e utilitarista. A de Porto Alegre teve seu início em 1837, a da cidade do Rio Grande em 1838 e a de Pelotas em 1849.

Em meados do século XIX, com base no progresso científico e em princípios morais, inicia-se na Europa uma campanha para extinção das rodas. Estas passam a ser percebidas como um verdadeiro atentado à moralidade, incentivando uniões ilícitas que geravam filhos ilegítimos, anonimamente abandonados. Era sabido, ainda que, frente à escassez de recursos, pais abandonavam seus filhos nas rodas, originando grandes aglomerados de crianças, o que feria os princípios de higiene.

No Brasil, o movimento de extinção das rodas ocorreu gradualmente e surgiu em consequência das elevadas taxas de mortalidade. Esse fato foi descrito pelo Dr José Maria Teixeira, em livro premiado pela Academia Brasileira de Medicina do Rio de Janeiro. O autor afirma que enquanto nas classes abastadas a mortalidade infantil relativa às crianças criadas no domicílio era de 70 a 80 por 1000, entre as crianças que davam entrada nas rodas e eram entregues a amas mercenárias, a mortalidade atingia taxas de 240 a 750, podendo chegar a 900 por 1000 (RIZZINI, 1997). Juristas começaram a discutir novas leis de proteção à infância, no entanto, a roda dos expostos persistiu até 1950, quando as duas últimas foram fechadas em Salvador e São Paulo. Durante todo esse período, crianças continuaram sendo doadas a famílias; no entanto, o estatuto da adoção só foi instituído em 1916, com o primeiro Código Civil (MARCILIO, 1999).

Outras instituições também se incumbiram da proteção à criança desamparada. Documentação referente aos Ofícios da Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro, datados de 1850-1857, registram o aviso enviado por D Pedro II em 1851 à Santa Casa, expondo seu desejo em concretizar a ação benemérita de fundar um estabelecimento para asilo de meninas desvalidas que não fossem órfãs (PADILHA, 1998).

A diferença de tratamento dispensada a meninos e meninas naquela época pode ser apreendida por meio da transcrição do compromisso (estatuto) da Irmandade do Bom Jesus dos Passos, que funcionava na cidade de Florianópolis desde 1828. Referindo-se aos expostos, a Irmandade se comprometeu a tratá-los com desvelo e caridade,

[...] socorrendo-os até que fossem engajados para aprenderem arte, ou officio, fazendo as possíveis diligencias para que desde a idade de 6 annos freqüentassem as aulas de primeiras letras. Comprometteo-se a Irmandade arranjar as expostas ao serviço de famílias honestas, promovendo-lhes casamentos, e agenciar-lhes dotes, ou esmolos para princípio de um estabelecimento (MARCÍLIO, 1999, p. 63).

Uma breve análise do nome escolhido para as instituições de proteção à infância desamparada retrata o caráter assistencialista, filantrópico e utilitarista que

predominava na época e que se manteve até os anos sessenta do século XX. Assim, temos a Casa dos Educandos Artífices, criada no Maranhão em 1855, o Instituto dos Menores Artesãos, criado no Rio de Janeiro em 1861, o Asilo para a Infância Desvalida, fundado em Niterói no ano de 1882, e ainda as chamadas colônias agrícolas “orphanológicas”, criadas na Bahia, Fortaleza e Recife.

Monarcha (1999, p. 119) comenta que, com a implantação do regime republicano, houve

[...] uma súbita valorização da criança, representando-a como herdeira da República, alegorizada esta na figura da mulher amorosa e abnegada. Para esse ponto de vista, cabe ao Estado exercer o papel de preceptor dos novos, subtraindo-os do âmbito do privado, familiar e afetivo e conduzindo-os para o âmbito do público, social e político.

Até esse momento, criar filhos era obrigação exclusiva da mulher. Em recente estudo sobre família, Bruschini (1997, p. 61) “[...] fornece provas de que todas as sociedades se organizam em torno da divisão sexual de trabalho”. Como uma construção social, essa divisão define como feminina a esfera doméstica, ligada à reprodução e à criação de filhos, cabendo ao elemento masculino a esfera pública. Esse estudo apresenta, ainda, as concepções de Juliet Mitchel, autora de um dos clássicos da corrente feminista. Essa autora afirma que a condição da mulher precisa ser vista de forma mais ampla, e destaca as quatro estruturas-chave da condição feminina, que são: a produção, a reprodução, a sexualidade e a socialização de crianças. É “[...] a combinação concreta das quatro estruturas que produz a unidade complexa da posição da mulher na sociedade” (MITCHEL apud BRUSCHINI, 1997, p. 58). Dessa forma, na visão de Mitchel, a atitude revolucionária correta seria conciliar a entrada de mulheres no mercado de trabalho, com políticas coerentes de reprodução, de sexualidade e de socialização das crianças, salientando que essas precisam ainda ser liberadas de forças coercitivas.

No que se refere à socialização das crianças, a creche surgiu como uma alternativa ao abandono que vinha se verificando nas casas dos expostos. A primeira creche brasileira para filhos de operários foi inaugurada em 13 de novembro de 1898,

na Companhia de Tecidos Corcovado, no Rio de Janeiro. O regulamento dessa creche garantia matrícula aos filhos de todos os operários efetivos e não apenas das mães trabalhadoras. Outras creches foram fundadas junto a indústrias, entre elas: a Companhia de Tecidos Aliança, em 1904; a da Vila Operária Maria Zélia, em 1918 e a Votorantim, em 1925. No entanto, a criação de creches era um assunto polêmico. Até então, as crianças eram abandonadas ou cabia naturalmente à mãe a responsabilidade pela educação. Dessa forma, até mesmo autores que preconizavam as creches as caracterizavam como “um mal necessário” (KUHLMANN JUNIOR, 2001). Apesar disso, são evidentes os avanços ocorridos no Brasil durante o século XX. Na realidade, eles constituem legítimas conquistas das mulheres, numa tentativa, muitas vezes inconsciente, de conciliar a função de mãe com a de profissional. O primeiro marco registrado em nossa história é, sem dúvida, a Consolidação das Leis do Trabalho, aprovada em 1943. Em seu artigo 389, no parágrafo 1º, assegura que “os estabelecimentos em que trabalhem pelo menos 30 (trinta) mulheres com mais de 16 (dezesesseis) anos de idade, terão local apropriado onde seja permitido às empregadas *guardar* sob vigilância e assistência os seus filhos no período de amamentação” (grifo meu).

O termo *guardar*, relacionado aos filhos das trabalhadoras, demonstra o enfoque assistencialista que predominava na época. Além disso, a *guarda* das crianças pela empresa era assegurada unicamente durante o período de amamentação, após o qual dependeria da generosidade dos empregadores. É evidente que a legislação vigente, naquela época, tinha como foco a mãe como trabalhadora, pois se limitava a normatizar aspectos exclusivamente referentes às instalações, provavelmente atendendo apenas à necessidade de sobrevivência das crianças.

O art. 399 da mesma lei assegura que “o Ministro do Trabalho e Previdência Social conferirá diploma de *benemerência* aos empregadores que se distinguirem pela organização e manutenção de creches e de instituições de proteção aos menores em idade pré-escolar, desde que tais serviços se recomendem por sua *generosidade* e pela eficiência das respectivas instalações” (grifo meu).

Na segunda metade da década de setenta, as mulheres assumem um papel mais ativo e começam a reivindicar creches, “[...] entendendo-as como um desdobramento de seu direito ao trabalho e à participação política” (CAMPOS, 1999, p. 122). Posteriormente, reivindicam a transformação das creches em espaço educacional, reconhecendo-as como um direito da criança e não apenas da mãe trabalhadora ou da família pobre, enfoques que, nesses programas, tradicionalmente eram responsáveis pelo desrespeito às peculiaridades infantis. Dessa posição, advém para a nova Constituição Federal de 1988 a proposta de que a creche seja entendida como uma extensão do direito universal à educação ao cidadão-criança na faixa etária de zero a seis anos.

Pela primeira vez, o item creche é abordado no capítulo referente à Educação, ficando legalmente definida sua função educativa. Até então, as creches eram vinculadas aos órgãos governamentais de serviço social, o que reforçava a educação compensatória e assistencialista, que, como bem retrata Kuhlmann Júnior, oferecia uma educação pobre para os pobres.

A pedagogia das instituições educacionais para os pobres é uma pedagogia de submissão, uma educação assistencialista marcada pela arrogância que humilha para depois oferecer o atendimento como dádiva, como favor aos poucos selecionados para o receber. Uma educação que parte de uma concepção preconceituosa da pobreza e que, por meio de um atendimento de baixa qualidade, pretende preparar os atendidos para permanecer no lugar social a que estariam destinados. Uma educação bem diferente daquela ligada aos ideais de cidadania, de liberdade, igualdade e fraternidade (KUHLMANN JÚNIOR, 2001, p. 182-183).

Apregoando o exercício da cidadania plena, é sancionada a Lei Federal n. 8069/90, que dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente - ECA. Esse Estatuto constituiu importante marco para a população jovem, ao substituir a antiga Doutrina da Situação Irregular, que centrava os problemas na criança, pela Doutrina da Proteção Integral, que busca facultar à criança e ao adolescente “desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social em condições de liberdade e dignidade”. No que se refere à primeira infância, em seu artigo 54, inciso IV, o ECA menciona que compete ao Estado assegurar o “atendimento em creche e pré-escola às crianças de

zero a seis anos de idade”. Esse direito, no entanto, só foi assegurado em 1996, através da Lei n. 9394, Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional” LDBEN/96. De acordo com essa lei, a Educação Infantil constitui a primeira etapa da educação básica, tendo como finalidade o desenvolvimento integral das crianças até seis anos de idade, complementando, assim, a ação da família e da comunidade. Para crianças com idade até três anos, a educação infantil é oferecida em creches ou entidades equivalentes. As pré-escolas são destinadas às crianças com idade entre quatro e seis anos. A LDBEN/96 define ainda que “a União incumbir-se-á de estabelecer em colaboração com os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, competências e diretrizes para a Educação Infantil [...]” (art 9/IV). Referindo-se a esse artigo, Craidy (2001) explica que cabe às Secretarias Municipais de Educação o credenciamento, a supervisão e a orientação das creches e pré-escolas, porém essas devem atuar em colaboração com os sistemas de saúde e assistência social, para garantir um atendimento educativo e qualificado. Arent nos ajuda a refletir acerca da necessidade de uma educação com qualidade, que permita vislumbrar a inclusão social, quando menciona que, entre outras funções,

a educação é, também, onde decidimos se amamos nossas crianças o bastante para não expulsá-las de nosso mundo e abandoná-las a seus próprios recursos, e tampouco arrancar de suas mãos a oportunidade de empreender alguma coisa nova e imprevista para nós, preparando-as em vez disso com antecedência para a tarefa de renovar um mundo comum (ARENTE, 1993, p. 247).

É inegável que a regulamentação da LDBEN/96 constituiu um significativo avanço na área de Educação Infantil em nosso país. No entanto, para torná-la realidade, ou melhor, para que seus propósitos de cuidado e educação à criança de zero a seis anos sejam atendidos é indispensável que além de ações conjuntas e integradas nas políticas municipais, estaduais e federal de cuidado à criança, haja preparo e comprometimento por parte das cuidadoras/educadoras.

2.3 FORMAÇÃO PROFISSIONAL PARA O CUIDADO E A EDUCAÇÃO DA CRIANÇA EM CRECHES

O *cuidado e a educação* das crianças em creches, após a promulgação da LDBEN/96, vêm sendo apontados como dimensões indispensáveis e indissociáveis que devem complementar as ações da família e da comunidade. A fusão dos conceitos de cuidado e educação, na tentativa de criar um novo enfoque para a educação infantil, vem sendo abordada tanto explicitamente, através de documentos oficiais como o Referencial Curricular Nacional para a Educação Infantil (1998) e artigos publicados em periódicos especializados como os de Machado (2000), Osteto (2000), Kuhlmann Júnior (2001), quanto implicitamente, conforme Bondioli (1998) e Campos (1999).

No entanto, apesar dos avanços teóricos, a cisão entre o cuidar e o educar é um fato presente em nosso país. Referindo-se a essa dicotomia, Cerisara (1999) comenta que a menção aos termos cuidar e educar como indissociáveis está sendo efetuada na tentativa de sinalizar com algum avanço na compreensão do lugar, do valor e do status que as práticas de cuidado precisam assumir na educação infantil. Cruz (1996) refere que essa cisão pode ser identificada por meio da tendência, ainda dominante, de relacionar creches com cuidado e pré-escola com educação. Nesse sentido, Campos (1999, p. 125-126) esclarece:

Muitas vezes, as novas concepções são absorvidas superficialmente pelo discurso, mas nem por isso integram a prática adotada por órgãos locais de supervisão e pelos profissionais que se ocupam diretamente de crianças. Talvez uma das razões que contribuam para essa dificuldade seja o fato de que as prescrições legais, assim como as pedagógicas, apareçam para a maioria das pessoas como destituídas de história, deduzidas de princípios abstratos e não como conquistas que decorrem de longas e penosas disputas na sociedade, vividas por pessoas de carne e osso. No caso da educação da criança pequena, a inclusão das creches no sistema educacional não garante, por si só, a superação de uma tradição que sempre considerou esse atendimento como 'mal menor' justificável somente para as crianças da pobreza. [...] Não há nada mais revelador dessa mentalidade do que os currículos geralmente adotados nas escolas de formação de professores para a educação infantil.

No que se refere a esses profissionais, a LDBEN/96 estabelece, em seu artigo n. 62, como formação mínima para o exercício do magistério na educação infantil, a oferecida em nível médio, na modalidade Normal; estabelece, ainda, em suas disposições transitórias, que as creches e pré-escolas existentes, ou que venham a existir, deverão, no prazo de três anos, integrar-se a esse sistema de ensino. O impacto real dessa legislação na educação infantil é difícil de ser dimensionado, mesmo considerando-se que ela está em vigor há oito anos. Na maioria das creches, “não há exigências com relação à qualificação profissional do pessoal que cuida e interage com as crianças, e a ênfase é colocada nas atividades de higiene, sono e alimentação, distanciando-se da proposta pedagógica que se espera para promover o desenvolvimento infantil” (CARMO, 1996, p. 44-45). A autora enfatiza ainda que, frente à atual concepção de creche, torna-se necessário um programa multidisciplinar de formação de recursos humanos, que busque desenvolver todas as potencialidades da criança. Dados divulgados pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância – UNICEF (2001) evidenciam que, no Brasil, as matrículas das crianças em creches só começaram a ser coletadas no Censo Escolar de 1997 e que tanto o número quanto a escolaridade de docentes só começaram a ser apurados em 1999. Dessa forma, ficam inviabilizados os estudos comparativos entre o período anterior e o posterior à legislação vigente.

Abordando a escassez de trabalhos referentes à educação infantil, Strenzel (2000) afirma que, das trezentos e oitenta e sete pesquisas desenvolvidas no período compreendido entre 1983 e 1998, apenas catorze tinham como sujeitos crianças com idade entre zero e três anos. Constatação semelhante é feita por Campos (1997, p. 120), ao declarar que “as pesquisas sobre o impacto das creches são em número muito menor do que aquelas sobre pré-escola”. Além disso, a autora destaca que, enquanto as pesquisas referentes à pré-escola procuram medir seus efeitos positivos, as referentes às creches procuram constatar os efeitos negativos que elas poderiam provocar nas crianças. Dessa forma, fica evidente a carência de estudos que subsidiem a educação infantil na faixa etária de zero a três anos. Outro vazio de conhecimento é detectado quando tentamos identificar a adequação das profissionais às funções de cuidar e

educar crianças em creches. Nesse sentido, alguns aspectos precisam ser analisados: quem são ou deveriam ser as cuidadoras? Quais funções deveriam ser desempenhadas pelas cuidadoras? Qual deveria ser a formação das cuidadoras? Esses aspectos são de fundamental importância no sentido de garantir à criança de zero a três anos de idade o direito a um atendimento de qualidade, que possibilite o despertar de suas potencialidades e que fundamentalmente reconheça a criança como agente social a ser respeitado desde o início de sua existência e, portanto, com direito a participação.

Com relação à formação das cuidadoras, as autoras apresentam diferentes abordagens, enquanto Rossetti-Ferreira (1998) defende a formação continuada do educador como um elemento essencial para proporcionar cuidado e educação com qualidade à criança, Ostetto (2000, p. 20) menciona que “seria muito complicado defender, prioritariamente, o nível universitário para o educador de creches e pré-escolas quando, no Brasil, nem o ensino médio é uma realidade para tais educadores”. A autora segue expondo sua crença de que, se houvesse um mínimo comum para atuação em pré-escolas, este seria a formação em magistério de ensino médio. Delineando o perfil da profissional de educação infantil, Campos (1994) comenta que a opinião de autores converge para que a formação mínima seja o ensino médio, acompanhada por permanente educação em serviço. Minha experiência com educação infantil, em instituições públicas ou filantrópicas, demonstra que há poucas profissionais habilitadas com esse nível de ensino, que se dedicam à pré-escola. Nas creches, essa escassez é mais evidente. Nas raras ocasiões em que estagiárias ou professoras com formação em magistério ou pedagogia atuam, elas se dedicam às crianças com dois ou três anos de idade, ficando @s recém-nascid@s⁶ e lactentes⁷ sob responsabilidade de outras profissionais. Frente a essas situações, são pertinentes e oportunos os questionamentos de Ostetto (2000, p. 17) ao indagar: “quem é o profissional de educação infantil? É a pajem, a babá, a atendente, o monitor, o professor, é outra coisa...? Quem é esse sujeito? [...] Que jeito deverá ter sua formação”?

⁶ Recém-nascidos – crianças de 0 a 28 dias.

⁷ Lactentes – crianças de 29 dias a 2 anos inclusive (MARCONDES, 1991).

Ao abordar o aspecto referente às funções que precisam ser desempenhadas pelas cuidadoras nas creches, é necessário considerar que, durante os três primeiros anos de vida, a criança passa por um fantástico processo de crescimento e de desenvolvimento. É inquestionável que, desde o nascimento, a criança é capaz de interagir no meio em que se encontra. Inicialmente, essa interação é evidenciada por manifestações inespecíficas de conforto e desconforto que gradativamente vão sendo identificadas pelos adultos, como fome, dor, saciedade, fralda suja entre outros. Assim, em decorrência do acelerado desenvolvimento neuromotor, as crianças vão evoluindo da total dependência, evidenciada por reações quase exclusivamente reflexas, comunicação através do choro inarticulado e pequenos períodos de vigília, que caracterizam o viver d@ recém-nascid@, à intensa atividade manifestada através da desenvoltura motora, de linguagem e aptidões sociais, que caracterizam a criança aos três anos. Como conseqüência, é evidente que os conhecimentos, habilidades e atitudes necessárias para cuidar de um@ recém-nascid@ divergem completamente dos conhecimentos necessários para cuidar de uma criança com três anos de idade.

Estranhamente, textos sobre educação infantil referem-se às crianças de zero a três anos, como se elas constituíssem um grupo homogêneo. Nesse sentido, essa faixa etária é citada, como se as crianças nela inseridas estivessem no mesmo estágio de desenvolvimento. Assim, inúmeras são as atividades adequadas especificamente às crianças com dois ou três anos que são descritas como apropriadas à faixa de zero a três. Além disso, a maioria dos projetos realizados em creches elege como sujeito as crianças com dois ou três anos, ficando a descoberto crianças de menor idade. Ainda mais, a terminologia utilizada em trabalhos científicos referentes às creches e na própria LDBEN/96 não está adequada ao grupo de recém-nascid@s e lactentes. Assim, as expressões professor, docente e até atendimento escolar são freqüentes. Mas como imaginar uma criança com poucos meses de vida sob os cuidados de um@ docente, de um@ professor@ ou recebendo atendimento escolar? Como imaginar que quem atua junto a crianças com poucos meses de idade está no exercício do magistério? Em conseqüência desses questionamentos, outros se tornam necessários, como por exemplo: Como está ocorrendo o processo de capacitação d@s profissionais

legalmente habilitad@s a cuidar e educar essas crianças? O que significa educar, quando se fala em crianças recém-nascidas e lactentes?

2.4 A ENFERMAGEM E O CUIDADO À CRIANÇA EM CRECHES

Na área de educação, parece evidente que o enfoque do termo cuidar limita-se ao aspecto físico, estando associado fundamentalmente à higiene, alimentação e sono da criança. Para referir-se à atenção integral @s autor@s mencionam os termos cuidar e educar como indissociáveis.

No campo da Enfermagem, o cuidar está sendo percebido como um processo mais abrangente. Silva (1995) assegura que o cuidado de Enfermagem destaca-se tanto por suas bases humanísticas e holísticas quanto pela articulação da ciência, arte e espiritualidade. Em seus estudos, a autora aborda o cuidado como um momento de encontro e de troca, descrevendo-o sob duas dimensões primordiais, ou seja, a dimensão instrumental ou técnica e a dimensão afetiva ou expressiva. Apoiada em evidências empíricas, a autora afirma que diferenças culturais interferem na intensidade, forma e valorização dessas dimensões. Vale enfatizar que, no Brasil, elas estão de tal forma interligadas que não podem ser entendidas separadamente. Na dimensão instrumental, a autora relaciona o cuidado ao fazer com habilidade e conhecimento, com qualidade e competência; enfim, ao saber fazer. Essa dimensão requer conhecimento técnico-científico da Enfermagem, bem como atualização constante. A dimensão afetiva ou expressiva está relacionada às “[...] formas de demonstrar afeto, de estar presente por inteiro e de valorizar o outro” (SILVA, 1998, p. 75). Exemplificando, a afetividade pode ser expressa por pequenas demonstrações de carinho ou mesmo gestos sutis como um toque, o tom de voz, um olhar ou um sorriso. No entanto, o cuidar com afetividade não pode ser eventual, esse cuidar requer uma atitude constante de interesse e compromisso para com o bem-estar d@ outr@. O cuidar com afetividade envolve “o estar presente”. Nesse sentido, a simples presença

física não basta, da mesma forma que executar mecanicamente as tarefas não satisfaz. Estar presente significa estar ali, com @ outr@, observando e ouvindo atentamente, para agir de forma reflexiva, com conhecimento técnico-científico e afetividade. Enfim, estar presente implica valorizar @ outr@, implica respeitar as diversidades de credo, raça, sexo, idade e situação socioeconômica. Compreendendo a diversidade, estaremos nos predispondo a compreender que diferentes condições e trajetórias de vida geram diferentes *habitus*, o que requer abordagens e cuidados individualizados.

Com essa conotação, o cuidado à criança em creches precisa ser revisto. É indispensável que se distinga o simples procedimento técnico do verdadeiro cuidado. Enquanto o primeiro atende unicamente ao bem-estar físico, o segundo vai além. Para executá-lo, é indispensável perceber a criança como agente social em processo de crescimento e desenvolvimento, pertencente a uma família, possuidora de uma trajetória de vida e integrante de um contexto social. Sob essa ótica, a cuidadora precisa utilizar cada instante, cada ação, cada contato, para proporcionar à criança estimulação visual, olfativa, gustativa, tátil, auditiva, bem como proporcionar sua socialização. A cuidadora precisa ter conhecimentos técnicos e científicos para explorar o imenso cabedal de potencialidades de cada criança, desde o seu nascimento.

As reflexões tecidas ao longo deste texto apontam para a premência de significativas reformulações no cuidado às crianças em creches. A simples referência ao grupo etário de zero a três anos não contempla as necessidades dessas crianças, pois não dá o indispensável destaque às peculiaridades d@s recém-nascid@s e lactentes. Perceber essas crianças como pessoas plenas, em franco processo de crescimento e desenvolvimento, é condição essencial para bem atendê-las e proporcionar-lhes um bom início de vida. Tal postura requer conhecimentos e habilidades específicos adquiridos através de capacitação formal. Estamos convictas de que enfermeir@s são profissionais que, historicamente, vêm sendo preparad@s para prestar cuidados integrais e individualizados à criança. Quando falamos em cuidado individualizado, estamos nos referindo àquele conjunto de atitudes e ações que são realizadas no transcurso do processo de cuidar e que levam em consideração o grau de maturidade e

as necessidades específicas de cada criança, com vistas a desenvolver ao máximo seu potencial, prevenir intercorrências e proporcionar-lhe um viver mais feliz e saudável. Atualmente, os cursos de formação profissional capacitam para promoção, proteção, manutenção e recuperação da saúde em nível individual e coletivo. O processo de cuidar para @s profissionais de Enfermagem está, em diversos graus de complexidade, fundamentado no saber, no fazer e no sentir e voltado ao atendimento das necessidades de saúde d@ paciente/cliente/comunidade nas diferentes fases do ciclo vital desde a sua concepção (LINDOSO, 2000).

Cabe destacar, no entanto, que, sendo a creche um cenário pouco utilizado pela Enfermagem brasileira para a prática de cuidado, ela não pode ser comparada ao hospital, assim como as educadoras não podem compará-la à escola. Montandon (2001) relatando pesquisa realizada por Leavitt (1991) em seis creches nos Estados Unidos, comenta que se surpreendeu com a rigidez de horários, a arbitrariedade das regras e o ritualismo das pessoas que ali trabalham. A autora complementa afirmando que essa atitude reifica as crianças, sendo herança de teorias em desuso, desnecessárias aos cuidados coletivos de crianças pequenas.

É evidente, ainda, que as creches não podem ser consideradas semelhantes aos lares das crianças. Na realidade, as creches constituem um espaço coletivo para o cuidado de crianças presumidamente saudáveis. Nelas, em ambiente afetivo e acolhedor, deve-se com competência técnica e científica proporcionar a todas e a cada uma das crianças condições para o pleno desenvolvimento de suas potencialidades.

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICO-FILOSÓFICA: PIERRE BOURDIEU, UM REFERENCIAL PARA O CAMPO DA ENFERMAGEM

Início este capítulo apresentando resumidamente a biografia de Pierre Bourdieu. A seguir, discorro sobre campo, *habitus* e capital, conceitos que permearam toda a sua obra, e os aplico à Enfermagem. Finalizando, faço uma releitura da história da Enfermagem sob a ótica bourdiesiana.

3.1 CONCEPÇÕES BOURDIESIANAS ACERCA DE CAMPO, HABITUS E CAPITAL E SUA APLICAÇÃO NO CAMPO DA ENFERMAGEM

3.1.1 Dados biográficos



Filósofo por formação, o sociólogo francês Pierre Bourdieu (☆1930 - †2002) foi um dos intelectuais mais influentes de sua época. Procedente de uma família de camponeses do sudoeste da França, Bourdieu teve uma notável trajetória de ascensão no sistema educacional. Por meio de um desempenho meritocrático, desfrutou de bolsas de estudo, desde o ensino primário até o superior.

Bourdieu iniciou sua carreira acadêmica como assistente na Faculdade de Letras de Argel, em 1958. No período compreendido entre 1964 e 1980, foi diretor de estudos na École des Hautes Études em Sciences Sociales de Paris (ORTIZ, 1994). A distinção que lhe fora conferida no campo acadêmico, ao longo de sua trajetória universitária, possibilitou-lhe manter-se como titular da cadeira de Sociologia no conceituado Collège de France, desde 1981 até sua aposentadoria, e a dirigir a revista *Actes de la Recherche em Sciences Sociales*, desde 1975 (LOYOLA, 2002).

Posicionando-se de forma ferrenha contra o capitalismo, Bourdieu criticou os privilégios garantidos e transmitidos por instituição. É autor de alguns dos mais polêmicos livros de sociologia, entre eles, o *Homo academicus* (1984), *A miséria do mundo* (1993), *A dominação masculina* (1998), e *La distinción* (1979). Esse último foi considerado pela Associação Internacional de Sociologia “[...] um dos dez trabalhos mais importantes de Sociologia produzidos no século XX” (LOYOLA, 2002, p. 89).

Criticado pela complexidade de seus textos, por vezes herméticos, e pelo uso de uma linguagem abstrata, Bourdieu declara-se um autor de difícil entendimento. Segundo ele, a estratégia de utilizar um estilo legível e fácil é perigosa, pois “[...] a falsa clareza é com frequência obra do discurso dominante”, e continua afirmando que “produzir um discurso simplificado e simplificador sobre o mundo social significa inevitavelmente fornecer armas às manipulações perigosas desse mundo”. O autor declara-se ainda “convicto de que, tanto por razões científicas quanto por razões políticas, é preciso assumir que o discurso pode e deve ser tão complicado quanto exige o problema a ser tratado” (BOURDIEU, 1990, p. 69).

Esse pensador realizou pesquisas nas áreas de cultura, política, educação, mídia, literatura, entre outras. O conhecimento e o reconhecimento de sua obra ganharam o mundo. No Brasil, principalmente a partir dos anos 70, sua obra foi amplamente discutida, criticada e utilizada pela comunidade científica. Em suas pesquisas, Bourdieu elegeu como objetos sociedades tribais como a cabília; sistemas de ensino, interessando-se tanto pelas instituições escolares quanto pelas universitárias; processo de reprodução, por meio do qual apresentou o sistema de ensino como o elemento central na reprodução de práticas e de representações. Em sua obra, Bourdieu critica a igualdade de oportunidades e de escolhas apregoada pelo sistema de ensino. Segundo esse autor, a escola, ao tratar formalmente, de modo idêntico em direitos e deveres, agentes sociais diferentes, privilegiaria aquel@s que, por sua bagagem familiar, já são privilegiad@s. Partindo dessas considerações, tornou evidente que o desempenho escolar não dependia simplesmente de dons individuais, mas da origem social d@s alun@s, e posicionava-se afirmando:

Ao atribuir aos indivíduos esperanças de vida escolar estritamente dimensionadas pela sua posição na hierarquia social, e operando uma seleção que - sob as aparências da equidade formal - sanciona e consagra as desigualdades reais, a escola contribui para perpetuar as desigualdades, ao mesmo tempo em que as legitima (BOURDIEU, 2002a, p. 58).

O autor critica o mito do dom, rompendo com explicações fundamentadas em aptidões inatas e desvendando as condições socioculturais que permitiram o desenvolvimento desse mito. Bourdieu (2002a, p. 9) ainda desmonta os mecanismos pelos quais “[...] o sistema de ensino transforma as diferenças iniciais - resultado da transmissão familiar da herança cultural - em desigualdades de destino escolar”. Outros aspectos por ele analisados referem-se aos critérios de classificação e às lógicas de distinção. Bourdieu manteve-se atento aos fenômenos de percepção social, de produção simbólica e de relações informais de poder tais como as relações de gênero. Ao longo de sua obra, o autor formulou conceitos fundamentais para a análise e interpretação de múltiplas temáticas. Assim, os conceitos de campo, *habitus* e capital, entre outros, são empregados de forma mais ou menos articulada, mas nunca isoladamente, nos mais diversos campos de conhecimento.

3.1.2 A noção de campo e sua relação com a Enfermagem

Bourdieu aborda a noção de campo entendendo-o como campo de forças e de lutas simultaneamente, no qual o campo de lutas visa a transformar o campo de forças (BOURDIEU, 1994). Estabelecendo relação entre as noções de Bourdieu e a Sociologia, Loyola (2002) menciona que, à semelhança de um campo magnético, cada campo é dotado de uma gravidade específica, capaz de impor sua própria lógica aos agentes que nele se inserem. Dessa forma, campo é o local onde se manifestam relações de poder, ou ainda, onde ocorre uma luta concorrencial em torno de interesses específicos que caracterizam uma determinada área. Para Bourdieu, como produto histórico, o campo gera o interesse, que na realidade é tanto condição quanto produto de seu funcionamento. Assim, é o interesse o que estimula as pessoas, que as faz

concorrer, rivalizar e lutar (BOURDIEU, 1990). Com essa concepção, o autor analisou campos muito diferentes entre si, como o campo religioso, o campo da alta costura, o campo do poder, o campo artístico, o campo científico, e mencionou: “Estes, em consequência das particularidades das suas funções e do seu funcionamento (ou, mais simplesmente, das fontes de informação respectivas), denunciam de maneira mais ou menos clara propriedades comuns a todos os campos” (BOURDIEU, 2000, p. 67). Reafirma assim sua hipótese de que há homologias estruturais e funcionais entre os diferentes campos. Peci (2003, p. 32), estudiosa da obra de Bourdieu, resume assegurando que “toda vez que se analisa um novo campo, serão descobertas propriedades específicas, mas, ao mesmo tempo, serão reconhecidos mecanismos universais”. Cabe destacar que propriedades valorizadas em um campo podem ser desprovidas de valor em outro. Os elementos relativamente invariantes e fundamentais na definição de campo foram extraídos da obra de Pierre Bourdieu e publicados por Lahire em seu artigo intitulado “*Reprodução ou prolongamentos críticos?*”. Considerando-os essenciais para a compreensão da noção de campo, esses elementos foram transcritos integralmente:

- Um campo é um microcosmo incluído no macrocosmo constituído pelo espaço social (nacional) global.
- Cada campo possui regras do jogo e desafios específicos, irredutíveis às regras do jogo ou aos desafios dos outros campos (o que faz ‘correr’ um matemático – e a maneira como ‘corre’ – nada tem a ver com o que faz ‘correr’ – e a maneira como ‘corre’ – um industrial ou um grande costureiro).
- Um campo é um ‘sistema’ ou um ‘espaço’ estruturado de posições.
- Esse espaço é um espaço de lutas entre os diferentes agentes que ocupam as diversas posições.
- As lutas dão-se em torno da apropriação de um capital específico do campo (o monopólio do capital específico legítimo) e/ou da redefinição daquele capital.
- O capital é desigualmente distribuído dentro do campo e existem, portanto, dominantes e dominados.
- A distribuição desigual do capital determina a estrutura do campo, que é, portanto, definida pelo estado de uma relação de força histórica entre as forças (agentes, instituições) em presença no campo.
- As estratégias dos agentes entendem-se se as relacionarmos com suas posições no campo.

- Entre as estratégias invariantes, pode-se ressaltar a oposição entre as estratégias de conservação e as estratégias de subversão (o estado da relação de força existente). As primeiras são mais freqüentemente as dos dominantes e as segundas, as dos dominados (e, entre estes, mais particularmente, dos ‘últimos a chegar’). Essa oposição pode tomar a forma de um conflito entre ‘antigos’ e ‘modernos’, ‘ortodoxos’ e ‘heterodoxos’ ...
- Em luta uns contra os outros, os agentes de um campo têm pelo menos interesse em que o campo exista e, portanto, mantêm uma ‘cumplicidade objetiva’ para além das lutas que os opõem.
- Logo, os interesses sociais são sempre específicos de cada campo e não se reduzem ao interesse de tipo econômico.
- A cada campo corresponde um *habitus* (sistema de disposições incorporadas) próprio do campo (por exemplo o *habitus* da filologia ou o *habitus* do pugilismo). Apenas quem tiver incorporado o *habitus* próprio do campo tem condição de jogar o jogo e de acreditar na importância desse jogo.
- Cada agente do campo é caracterizado por sua trajetória social, seu *habitus* e sua posição no campo.
- Um campo possui uma autonomia relativa: as lutas que nele ocorrem têm uma lógica interna, mas o seu resultado nas lutas (econômicas, sociais, políticas...) externas ao campo pesa fortemente sobre a questão das relações de força internas (LAHIRE, 2002, p. 47-48).

Enfocando especificamente o campo científico, Bourdieu compara-o a qualquer outro campo social e, portanto, “com suas relações de força e monopólios, suas lutas e estratégias, seus interesses e lucros, mas onde todas essas *invariantes* revestem formas específicas” (BOURDIEU, 1994, p. 122). O autor considera que, no campo científico, todas as práticas atendem a um determinado interesse e estão orientadas para a aquisição de autoridade científica, definida como indissociabilidade entre capacidade técnica e poder social. Assim, o interesse por uma atividade científica, uma questão de pesquisa, uma área de atuação, tem sempre uma dupla face, a política e a epistemológica, da mesma forma que as estratégias utilizadas para satisfazer tais interesses. Reconhecendo a inseparabilidade entre conflitos epistemológicos e políticos, o autor exemplifica assegurando que “[...] uma pesquisa sobre o poder no campo científico poderia perfeitamente só comportar questões aparentemente epistemológicas”, e mesmo assim estaria contemplando os aspectos políticos (BOURDIEU, 1994, p. 124).

Percebendo a Enfermagem sob essa ótica, podemos dizer que ela constitui um campo, inserido no contexto nacional e global. Adequando o campo da Enfermagem ao linguajar de Pierre Bourdieu, é possível reconhecer que em cada país e, em alguns casos, em cada estado da federação, a Enfermagem possui uma *estrutura estruturada*⁸, que lhe é peculiar, na qual estão definidas as categorias profissionais, currículos mínimos, diretrizes curriculares, legislação específica, órgãos de classe e código de ética. São as regras do jogo.

Na Enfermagem brasileira, estão legalmente instituídas, com competências e habilidades definidas, três categorias profissionais, que são: @ enfermeir@, com nível de ensino superior; @ técnico@ de enfermagem, com nível médio, e @ auxiliar de enfermagem, com nível fundamental. A formação básica do ensino superior, médio ou fundamental, associada aos diferentes graus de complexidade dos conteúdos curriculares e a proporcionalidade de distribuição da carga horária entre teóricas e práticas, entre outros fatores, garantem uma distribuição desigual de capital entre @s agentes sociais.

A estrutura objetiva, ou seja, a estrutura estruturada do campo da Enfermagem impossibilita que técnico@s e auxiliares de enfermagem ocupem cargos diretivos, bem como o Código de Ética da Enfermagem impede sua atuação sem a supervisão d@ enfermeir@. Dessa forma, a posição de dominante e dominad@ é definida legalmente, porém lutas internas pela autoridade e poder ocorrem, sendo aparentemente mais evidentes entre @s enfermeir@s. É relativamente comum técnico@s e auxiliares de enfermagem concluírem o curso de graduação em Enfermagem e, a partir daí, adotarem estratégias de lutas por uma posição simbolicamente mais reconhecida. Entre @s enfermeir@s docentes, a autoridade científica é conferida pelos títulos de pós-graduação, publicações, participação em eventos, enfim, pela trajetória universitária de cada um(a). Por outro lado, entre @s enfermeir@s assistenciais, a autoridade científica

⁸ Para esclarecer o sentido das expressões bourdieusianas, estrutura estruturada e estrutura estruturante, é útil saber que nas concepções do autor, “há leis, segundo as quais as estruturas [estruturadas, o jogo e as regras do jogo] tendem a se reproduzir [por serem estruturantes] produzindo agentes dotados do sistema de disposições capazes de engendrar práticas adaptadas às estruturas e, portanto, em condições de reproduzir as estruturas” (BOURDIEU, 1999b, p. 296).

é conferida pelo saber cuidar, que inclui o domínio tecnológico, o saber educar e o saber administrar. Para tanto, @s enfermeir@s precisa refletir sua prática, associando-a à teoria. Cursos de especialização, complementados por constante atualização, discussões em grupos, elaboração de rotinas lhes conferirão as condições necessárias ao desempenho profissional. O interesse por cursos de pós-graduação em nível de mestrado e doutorado entre @s enfermeir@s assistenciais é mais reduzido que entre @s docentes e, na quase totalidade dos casos, @s que os fazem almejam a docência.

Dessa forma, embora o saber teórico e prático em Enfermagem sejam indissociáveis, as relações e estratégias para a conquista da autoridade científica diferem entre @s enfermeir@s docentes e @s assistenciais. Resumindo, o campo da Enfermagem constitui um campo científico no qual as relações e estratégias d@s agentes sociais que o compõem são, à semelhança de outros campos científicos, direcionadas para a obtenção de autoridade, reconhecimento, prestígio e legitimidade. É a trajetória social de cada agente, incluindo sua origem social, familiar e o capital cultural institucionalizado, que lhe conferirá maior ou menor autoridade científica. Assim, fica evidente que é “[...] a partir da distribuição desigual de um *quantum* social que determina a posição que um agente específico ocupa em seu seio. Bourdieu denomina esse *quantum* de ‘capital social’” (ORTIZ, 1994, p. 21).

A competição científica que se verifica no campo científico pressupõe e produz uma modalidade específica de interesse direcionado para “a conquista do monopólio da autoridade científica, na qual competência técnica e poder simbólico se confundem inextricavelmente” (BOURDIEU, 2001, p. 134). No entanto, essa competição se distingue das que ocorrem nos demais campos sociais tanto pela forma organizada com que se reveste quanto pelas finalidades almejadas. Pode-se exemplificar referindo que, no campo científico, o empenho em acumular saberes, entendidos como competência técnica e conhecimento científico, funcionam como instrumentos de ampliação do capital simbólico, e os conflitos intelectuais são também conflitos de poder (BOURDIEU, 2001).

No campo científico como um todo, na maioria das vezes são @s pesquisador@s que, possuindo maior autoridade científica, ocupam posições socialmente reconhecidas como dominantes. Os demais agentes do referido campo, com escasso capital, ocupam a posição de dominad@s. Classificação semelhante é perceptível no campo científico da Enfermagem. Nele, detêm maior autoridade científica @s docentes pesquisador@s, portador@s do título de doutor(a) ou com pós-doutoramento, no outro extremo localizam-se @s enfermeir@s recém-formad@s, que procuram identificar áreas de interesse que lhes possibilitem fazer carreira docente ou conquistar um bom emprego.

3.1.3 A noção de *habitus* e sua relação com a Enfermagem

Habitus e campo são dialeticamente relacionados, pois “o *habitus*, que é o princípio gerador de respostas mais ou menos adaptadas às exigências de um campo, é produto de toda a história individual [...]” (BOURDIEU, 1990, p. 131).

É fundamentalmente a historicidade que distingue o hábito do *habitus*. Enquanto o hábito é tido por algo espontâneo, repetitivo, mecânico e automático, podendo ser considerado um costume que se adquiriu pela repetição de certos atos, o *habitus* é incorporado ao longo da trajetória de vida do indivíduo, constituindo “[...] aquilo que se adquiriu, mas que se encarnou no corpo de forma durável [mas não imutável] sob a forma de disposições permanentes”; o *habitus* é ainda algo que se inscreve quase geneticamente, assumindo a aparência de algo inato ou mesmo natural (BOURDIEU, 1983, p. 105).

Em entrevista versando sobre a doxa e a vida cotidiana, realizada no Instituto de Artes Contemporâneas de Londres em 1991, Eagleton pergunta a Bourdieu: “Será que as pessoas não podem de algum modo ser mais críticas, ou até mais céticas em relação [aos] valores e crenças e mesmo assim continuar a se pautar neles?” Bourdieu

responde com um exemplo extraído do dia-a-dia, que nos possibilita avaliar a influência do *habitus* na vida e na esperança de vida d@s agentes:

Quando se pergunta a uma amostra de indivíduos quais são os fatores de bom desempenho na escola, quanto mais se desce na escala social, mais eles acreditam em talentos ou dons naturais, mais acreditam que os que alcançam êxito são dotados de capacidades intelectuais inatas. Quanto mais aceitam sua própria exclusão, mais acreditam que são burros, mais dizem: 'É, eu não era bom em inglês, eu não era bom em francês, eu não era bom em matemática' (BOURDIEU; EAGLETON, 1996, p. 268-269).

Com a noção de *habitus*, Bourdieu valoriza a dimensão de um aprendizado passado. Segundo ele, a ação de estruturas sociais tais como a família, com seus valores e crenças, incidindo sobre o comportamento de crianças, desde a primeira infância, leva, por meio de um aprendizado quase natural, à incorporação dos *habitus* primários. Assim, no convívio familiar, com aprovações, censuras, lições de moral, elogios, prêmios, entre outras influências, as crianças vão construindo seus gostos mais íntimos, seus trejeitos, suas aspirações, sua auto-imagem, sua auto-estima, enfim, vão incorporando os *habitus* primários que estarão no princípio das experiências escolares. Resumindo, os *habitus* primários servirão de base à recepção e inculcação da mensagem pedagógica institucional ou escolar. Esta, se incorporada, mesmo que parcialmente, constituirá os *habitus* secundários. Da mesma forma, os *habitus* secundários, inculcados pela ação da escola, estarão no princípio da percepção e da apreciação das demais experiências do indivíduo, incluindo a capacitação e o desempenho profissionais. São, portanto, as disposições adquiridas pela experiência de cada agente social, ao longo de sua trajetória de vida, que servem de base para suas percepções, apreciações e ações (BOURDIEU, 1994).

Considerando que, para integralizar o capital científico no campo da Enfermagem, são indispensáveis tanto conhecimentos teóricos quanto práticos, considero oportuno tecer alguns comentários a respeito do conhecimento praxiológico. Enfocando, mais uma vez, a posição de Bourdieu (1994), esse conhecimento tem como objeto não somente as relações objetivas do mundo social, entendidas como estrutura, mas também, e talvez principalmente, as relações dialéticas entre tais estruturas e as disposições adquiridas nas quais elas se atualizam e tendem a se

reproduzir, efetivando assim o processo de interiorização da exterioridade e de exteriorização da interioridade. Em outras palavras, é por meio da relação dialética entre o *habitus* d@s agentes e as estruturas, que se tornam possíveis as transformações no *habitus*, entendido como a interioridade; nas estruturas, entendidas como a exterioridade; ou em ambos.

Seguindo esse raciocínio, o cuidado humano, que constitui a essência da Enfermagem, deve resultar da relação dialética entre as instituições nas quais @s profissionais atuam, os *habitus* d@s profissionais e os *habitus* d@s clientes. Com referência às instituições, é necessário considerar toda a hierarquia administrativa, implementação de plano de cargos e salários, implantação de rotinas, estabelecimento de convênios, entre outros, enfim toda a estrutura estruturada que predetermina o comportamento d@s profissionais. Com referência aos *habitus*, tanto d@s clientes quanto d@s enfermeir@s, é preciso lembrar que eles são incorporados desde a infância, sendo influenciados pela cultura, raça, credo, situação social e econômica entre outros fatores. No que se refere @s enfermeir@s, tais *habitus* são mantidos ou transformados pela profissionalização. Considerando que não existem duas biografias iguais, não pode haver dois *habitus* idênticos, há sim, classes de experiências semelhantes às quais o autor chama de *habitus* de classe (BOURDIEU, 1983). Cabe salientar que historicamente os cursos de capacitação em Enfermagem se desenvolvem mantendo uma posição predominantemente tecnicista e uma rígida disciplina. Provavelmente, em decorrência disso, a capacidade de organização, o rigor técnico, a presteza para seguir normas e rotinas, a fixação em prescrições, bem como a constante necessidade de higienização tanto do ambiente quanto do corpo d@s clientes constituam algumas das ações que caracterizam os *habitus* de classe manifestos no campo da Enfermagem.

Resumindo, @s profissionais, ao interiorizarem a exterioridade, estão assimilando a estrutura mantida nos cursos que freqüentam ou instituições nas quais trabalham; ao exteriorizarem sua interioridade, estão manifestando, através de apreciações e ações, seus próprios *habitus*. É por meio da relação dialética entre o

habitus e a estrutura que a realidade pode ser transformada; caso contrário, por serem os *habitus* produto daquela estrutura, apenas a conservariam ou a reproduziriam. Fica assim evidente que os *habitus* são estruturas estruturadas e estruturantes.

Na tentativa de explicar a homologia que se estabelece entre os *habitus* d@s agentes de um mesmo grupo, Bourdieu (1994, p. 79-80) os considera como

[...] sistema subjetivo mas não individual de estruturas interiorizadas, esquemas de percepção, de concepção e de ação, que são comuns a todos os membros do mesmo grupo ou da mesma classe e constituem a condição de toda objetivação e de toda a percepção, fundamos então a concertação objetiva das práticas e a unicidade da visão do mundo sobre a impessoalidade e a substituibilidade perfeita das práticas e das visões singulares.

Com essa perspectiva, o autor explica que entre os membros de um grupo ou classe instaura-se um ajuste ou uma combinação de práticas e visões coletivas. No entanto, mesmo sendo culturalmente inculcados, os *habitus* e as estruturas não são imutáveis. Para Bourdieu, romper com esses sistemas requer a retomada de sua história social, é necessário pensar “[...] em todas essas coisas que se tornaram tão comuns, logo, tão evidentes que ninguém lhes presta atenção” (BOURDIEU, 2000, p. 37).

3.1.4 A noção de capital e sua relação com a Enfermagem

À semelhança do uso coloquial ou da linguagem dos economistas, Pierre Bourdieu usa o termo capital para designar um bem concreto, objetivo, um haver, uma riqueza, algo que pode ser aplicado, de que se lança mão quando oportuno ou necessário. Nesse caso, o termo por ele utilizado é capital econômico. Em nosso meio, a maior parcela da população tem escassez ou é desprovida desse tipo de capital. Metaforicamente, o autor refere-se ainda a outras categorias abstratas de capital que, em decorrência dos *habitus*, são incorporadas, e cita o capital social, o capital cultural, o capital científico e o capital simbólico (BOURDIEU, 2000). Dessa forma, os agentes

sociais não são movidos apenas por interesses econômicos, mas também por outros interesses como os culturais, científicos, sociais, e religiosos, tendo por objetivo a obtenção de prestígio, poder e distinção nos respectivos campos.

A denominação de capital social, conforme já foi dito, o autor aplica a um *quantum* social que determina a posição de um agente no campo social. Capital social, portanto, envolve toda a trajetória de vida de um agente social, porém mais especificamente é “[...] o conjunto de relacionamentos sociais influentes mantidos pela família, além do capital cultural institucionalizado, formado basicamente por títulos escolares” (NOGUEIRA e NOGUEIRA, 2002, p. 21). Explicando melhor, Bourdieu (2002a) emprega a noção de capital social principalmente para designar uma rede de relações permanentes e úteis, vinculadas a um grupo de indivíduos que possuem em comum propriedades identificáveis por observadores, por elementos do grupo ou por eles mesmos. Essa rede de relações é “produto do trabalho de instauração e de manutenção que é necessário para produzir e reproduzir relações duráveis e úteis, aptas a proporcionar lucros materiais ou simbólicos” (BOURDIEU, 2002a, p. 68).

O volume de capital social possuído por um agente depende tanto da extensão da rede de relações que ele pode mobilizar quanto do volume de capital possuído pelos demais integrantes do grupo ao qual está vinculado, seja capital econômico, científico, cultural, enfim, qualquer tipo de capital que lhe proporcione capital simbólico. O autor comenta, ainda, que essa rede de relações não se estabelece de forma espontânea e duradoura por meio de um ato institucional. Utilizando o grupo familiar para exemplificar, refere que é pela definição da genealogia das relações de parentesco que se caracteriza a formação social, e menciona os detentores de capital social herdado, sob forma de um sobrenome importante. No campo da Enfermagem, o que caracteriza o capital social é o resgate de nossas origens, associado à competência técnico-científica, incluindo tanto os cursos de graduação e pós-graduação reconhecidos pelo MEC, quanto o número e titulação dos profissionais, à organização político-profissional, à produção científica, à relação com instâncias governamentais, entre elas os poderes Executivo, Legislativo e Judiciário e com outros campos do saber.

Juntamente com o capital econômico, o capital social, na maioria das situações, serve de meio para a inculcação do capital cultural. Esse termo foi empregado por Bourdieu inicialmente com o objetivo de romper com a visão corrente de que o sucesso ou o fracasso escolar advém de aptidões naturais. Com a noção de capital cultural, o autor chama a atenção para a transmissão doméstica do capital cultural, apresentando-a como

[...] o mais oculto e determinante socialmente dos investimentos educativos [...] o rendimento escolar depende do capital cultural previamente investido pela família e [...] o rendimento econômico e social do certificado escolar depende do capital social - também herdado - que pode ser colocado a seu serviço (BOURDIEU, 2002a, p. 73-74).

O autor descreve ainda o capital cultural em três estados, a saber: o estado incorporado, o estado objetivado e o estado institucionalizado.

Estado incorporado: essa forma de capital requer um investimento pessoal, um gasto de tempo, pois resulta de um trabalho de inculcação. Comparando-a com o bronzamento, Bourdieu (2002a, p. 74) menciona que “essa incorporação não pode efetuar-se por procuração”, e complementa afirmando que “o trabalho de aquisição é um trabalho do ‘sujeito’ sobre si mesmo”. No entanto, sua interiorização está diretamente relacionada ao capital cultural incorporado pela família. Assim, para algumas crianças, a totalidade do tempo de socialização constitui oportunidade para incorporação de capital cultural.

Estado objetivado: do ponto de vista material, o capital cultural objetivado, expresso sob forma de livros e obras de arte, pode ser transmitido ou adquirido, e essa transmissão pressupõe o envolvimento de capital econômico. No entanto, a apropriação do significado desses bens ou das condições necessárias para desfrutá-los fazem parte do capital cultural. Bourdieu (2002a) ilustra essa afirmação referindo que, para adquirir uma máquina, o capital econômico é suficiente; operá-la requer capital cultural pessoalmente incorporado ou obtido por meio da alocação dos serviços de agentes detentores do capital científico e tecnológico específicos. Resumindo, a apropriação do capital cultural objetivado pode ser material e/ou simbólica.

Estado institucionalizado: consiste no reconhecimento, por meio de certificados ou diplomas, do capital cultural possuído por determinado agente social. O diploma “[...] confere a seu portador um valor convencional, constante e juridicamente garantido no que diz respeito à cultura” (BOURDIEU, 2002a, p. 78). Na perspectiva desse autor, o diploma permite o estabelecimento de taxas de conversão entre o capital cultural e o econômico, assegurando o valor numérico de determinado capital escolar. Na realidade, para ele o investimento escolar só tem sentido se um mínimo dessa conversão for garantida. Lembra ainda que os benefícios oriundos dos diplomas dependem em parte de sua raridade.

Com a denominação de capital simbólico, o autor refere-se a todo o prestígio, mérito, consagração ou mesmo celebridade, outorgados a um agente, por ele almejado ou mesmo perseguido (BOURDIEU, 1990, 1994, 2000). Assim, o acúmulo de capital, seja ele cultural, social, científico ou econômico, confere a seu detentor um *quantum* de capital simbólico. Referindo-se a esse fato, Bourdieu (1990, p. 133) explica “[...] que a lógica da acumulação de capital simbólico está presente até nos setores mais racionalizados do campo econômico”.

É por meio da distribuição dos diferentes tipos de capital, mas principalmente do econômico e cultural, que se determina a estrutura do espaço social. Para Bourdieu, o espaço social se organiza de acordo com duas dimensões fundamentais. Na primeira, e sem dúvida a mais importante, o autor dá um enfoque quantitativo, referindo que os agentes ou grupos se distribuem no espaço social de acordo com o volume global de capital, incluindo o econômico, cultural, social, científico, simbólico, enfim todo tipo de capital possuído. Assim, os agentes ou grupos com capital equivalente se mantêm próximos no espaço social; por outro lado, quanto maior a diferença no montante de capital possuído pelos agentes, maior sua distância no espaço social. Como exemplos o autor cita os grupos de empresários e os dos operários não qualificados. Na segunda, o autor dá um enfoque qualitativo, valorizando a estrutura do capital; nesse caso enfoca o peso relativo do capital econômico e do cultural. Para demonstrar as distâncias sociais advindas da dimensão qualitativa, o autor cita os professores que,

relativamente mais ricos em capital cultural, opõem-se aos empresários, relativamente mais ricos em capital econômico. Finalizando, Bourdieu acrescenta que as oposições originárias da quantidade ou qualidade do capital acumulado, são o fundamento de diferenças nas disposições, e conseqüentemente, nas tomadas de posição (BOURDIEU, 1997).

Para relacionar de forma mais concreta as dimensões do capital com as posições ocupadas pelos agentes no espaço social, é útil considerar a historicidade, ou seja, a evolução temporal do volume e estrutura do capital no conjunto do patrimônio. Talvez seja oportuno e ilustrativo imaginar alguns aspectos da conduta dos agentes em situações rotineiras. Assim, a postura, a maneira de vestir, de portar-se à mesa, de interagir socialmente, de expressar seus gostos, as oportunidades de êxito escolar ou em processos seletivos, expressam tanto os *habitus* quanto os diferentes tipos de capital e os campos em que foram incorporados. Dessa maneira, são facilmente identificáveis os descendentes de famílias nobres decadentes, que tiveram acúmulo de capital social, econômico e cultural e num determinado momento passaram a dispor apenas de capital cultural, da mesma forma que se reconhecem os chamados novos-ricos, ou seja, aqueles agentes que ao longo de suas vidas foram desprovidos tanto de capital econômico quanto sociocultural e subitamente se vêem com uma fortuna. É comum esses agentes aspirarem a uma nova posição no espaço social; no entanto, a exteriorização de suas disposições, percepções e ações, denunciam sua origem humilde, destoando das do grupo no qual pretendem se integrar.

Referindo-se às especificidades do capital científico, expresso por meio da autoridade científica, Bourdieu (1994) reafirma que ele pode ser acumulado, transmitido, ou ainda reconvertido em outras espécies de capital. Para esse autor, o capital científico é resultante da maximização do lucro científico, ou melhor, é resultante do reconhecimento dos pares concorrentes.

No campo científico, o capital científico começa a ser acumulado a partir das primeiras conquistas acadêmicas. No Brasil, os estudantes de graduação que almejam ascensão nesse campo, considerando os critérios vigentes, concorrem a bolsas de

iniciação científica, engajam-se em projetos de pesquisa e extensão, apresentam trabalhos em eventos científicos e publicam artigos em periódicos especializados. Tais estudantes estão cômni@s da importância de um *curriculum vitae* bem-construído para a conquista de vagas, tanto em cursos de pós-graduação quanto para sua inserção no mercado de trabalho. No que se refere a cursos de pós-graduação no país, interessam-se por aqueles reconhecidos pelo Ministério da Educação – MEC os quais, conferem @s egress@s um capital científico institucionalizado e, portanto, simbolicamente legítimo.

@s pesquisador@s de carreira, ou seja, aquel@s profissionais que interagem há mais tempo no campo científico e que são detentor@s de títulos de doutorado e pós-doutorado, visando ao acúmulo de capital científico, investem principalmente na participação em bancas examinadoras, em comitês científicos, comissões científicas, grupos de pesquisa, associações científicas nacionais e internacionais, cargos administrativos e atividades de magistério em nível de pós-graduação. De igual forma, a autoria e co-autoria de livros, a publicação de artigos em periódicos especializados nacionais e internacionais ou em anais de congressos conferem @ pesquisador(a) maior autoridade científica. Constata-se que em sua trajetória @ pesquisador(a) direciona seu interesse fazendo constantes e contínuas escolhas em busca de um acúmulo de capital científico. Nesse sentido, a CAPES – Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, por meio de seu sistema de avaliação dos programas de pós-graduação no país, define critérios para quantificar o capital científico e, com isso, estabelece os parâmetros que @s pesquisador@s vinculad@s às várias áreas de conhecimento devem utilizar para avaliarem o seu capital e o de seus pares. O prestígio e o reconhecimento angariados pel@s docentes contribuem para novas oportunidades, como financiamento de projetos de pesquisa, intercâmbio com Instituições de Ensino Superior estrangeiras, entre outras vantagens.

Bourdieu (1994) assegura que, no campo científico, é inútil tentar distinguir os interesses intrínsecos do pesquisador, entendidos como as determinações do campo científico, dos interesses extrínsecos, ou seja, as determinações sociais propriamente

ditas. Em outras palavras, no campo científico, só é percebido como importante e interessante aquilo que pode ser percebido como importante ou interessante na opinião dos pares concorrentes. Nesse sentido, o autor afirma que “o pesquisador depende também de sua reputação junto aos colegas para obter fundos para pesquisa, para atrair estudantes de qualidade, para conseguir subvenções e bolsas, convites, consultas, distinções (como Prêmio Nobel, National Academy of Science etc.)” (BOURDIEU, 1994, p. 131). O autor assegura ainda, que “[...] o campo dos objetos de pesquisa possíveis tende sempre a organizar-se de acordo com duas dimensões independentes, isto é, segundo o grau de legitimidade e segundo o grau de prestígio no interior dos limites da definição” (BOURDIEU, 2002a, p. 36). No entanto, para evitar a conotação de uma ciência imanente, Bourdieu supõe que os investimentos científicos são precedidos de uma avaliação - “[...] consciente ou inconsciente - das chances médias de lucro em função do capital acumulado” (BOURDIEU, 1994, p. 125). Isso explica a tendência d@s pesquisador@s a concentrarem seus esforços em pesquisas que lhes tragam um lucro simbólico significativo. Por outro lado, o maciço investimento em uma determinada área tende a ocasionar uma baixa no seu lucro material e simbólico. Isso ocorre quando os resultados das pesquisas passam a ser repetitivos e a inclusão de dados novos, rara. Como consequência, ocorre a migração d@s pesquisador@s para outras áreas, o interesse se volta para outros objetos de pesquisa dotados de menor prestígio e menos competitivos, porém com a possibilidade de um achado inovador que possa conferir notoriedade. Há, portanto, no campo científico, objetos de pesquisa e áreas temáticas capazes de conferir @s pesquisador@s mais capital que outros.

No campo da Enfermagem, podemos constatar, por meio da análise da temática dos trabalhos apresentados em eventos científicos e publicados em periódicos científicos de grande circulação, que a maior concentração de pesquisas está na área hospitalar, seguida da ambulatorial e, finalmente, raros trabalhos em instituições como creches, escolas e casas geriátricas. Certamente são as pesquisas realizadas em nível hospitalar que conferem maior autoridade científica, despertam maior interesse n@s leitor@s, n@s editor@s de periódicos científicos e nos órgãos de fomento à pesquisa. Lançando o olhar para a trajetória da Enfermagem, podemos perceber que o

conhecimento foi construído sobre bases clínicas, seu ensino foi, e em grande parte das escolas ainda é, centrado no saber clínico, conseqüentemente, esse é o espaço que mais desperta interesse e confere maior capital. Além disso, o mercado de trabalho para @s profissionais de Enfermagem é predominantemente hospitalar. Dessa forma, a competência técnica para cuidar de clientes em condições patológicas ou de reabilitação lhes confere maior capital científico, sendo o cuidado prestado em nível de promoção da saúde menos valorizado simbolicamente. Nesse contexto, a autoridade científica conferida é diretamente proporcional ao grau de especialidade da área, à complexidade dos equipamentos e materiais utilizados, bem como à minúcia e ao detalhamento dos cuidados prestados @s clientes. Tal percepção desencadeou uma distribuição muito desigual de pesquisas no campo científico e, conseqüentemente, do saber na Enfermagem, originando áreas nas quais a pesquisa quase inexistente.

3.2 HISTORICIZANDO A ENFERMAGEM PELA ÓTICA DE BOURDIEU

À semelhança do que Bourdieu (2001) comenta sobre as ciências sociais, cremos que o campo da Enfermagem pode encontrar na historicização uma arma operacional para neutralizar, mesmo que teoricamente, os efeitos da naturalização, manifesta sob forma de *habitus*. Para esse autor, a incorporação da ordem escolástica pode limitar ou mesmo impor naturalmente pressuposições tais, que impeçam a tomada de consciência. Complementa referindo que “somente a crítica histórica, arma crucial da reflexividade, pode liberar o pensamento das constrictões que se exercem sobre ele quando, ao se entregar às rotinas do autômato, trata de construções históricas reificadas como se fossem coisas” (BOURDIEU, 2001, p. 222).

O autor ainda ilustra dizendo que o princípio da ação histórica não reside na consciência nem nas coisas, mas, sim, na relação entre a história objetivada nas coisas sob a forma de instituições (os instrumentos, o direito e as teorias científicas) e a história encarnada nos corpos sob a forma de *habitus*. Assim, procura demonstrar que,

na verdade, aquilo que costumeiramente chamamos de social é história. Para ele, “o inconsciente é história” (BOURDIEU, 1983, p. 59). Dessa forma, ao historicizar, poderemos estar criando a oportunidade de romper com a naturalização e ainda vislumbrar alternativas para assumir uma nova trajetória. Neste estudo, ao historicizar, poderemos até mesmo, estar desvendando maneiras para gerar, no campo da Enfermagem, o interesse pelo cuidado à criança em creches. É com essa perspectiva que descrevemos a trajetória da Enfermagem ao longo dos tempos. Para tanto, nos apoiamos nos estudos referentes ao desenvolvimento da profissão e do ensino de Enfermagem realizados por Almeida e Rocha (1986) e Meyer (1996) e dividimos a Enfermagem em dois períodos: o pré-profissional e o profissional, correspondendo esse último, à Enfermagem moderna.

3.2.1 Período pré-profissional

Esse período antecedeu a criação da Enfermagem moderna e reuniu dois momentos. No primeiro, há prevalência do modelo religioso, sendo a assistência prestada fundamentalmente por pessoas ligadas à Igreja. Na vigência desse modelo, o foco do cuidado era a salvação da alma do enfermo. No entanto, as cuidadoras, movidas pelos sentimentos de solidariedade, caridade, piedade e penitência apregoados pelo cristianismo, cuidavam com atenção e zelo, investindo também na sua própria salvação. O ato de cuidar independia da prática médica.

Outra autora que aborda aspectos históricos da Enfermagem no modelo religioso é Padilha (1998), que descreve a fundação da Companhia de Caridade em 1633, na França, pelo padre Vicente de Paulo e Mme. Luiza de Marillac. Essa instituição de beneficência constituía-se em uma organização de religiosas leigas. Do esboço de seu primeiro regulamento, podemos apreender o grau de presteza, disciplina e abnegação a que eram expostas suas seguidoras.

O treinamento deveria ser de poucas palavras, nenhuma explicação e o máximo de silêncio, interrompido por exercícios de catequese, cuidados domésticos e caridade. Um simples olhar, gestos, palmas, deviam “significar em sua brevidade a técnica de comando e a moral da obediência” (PADILHA, 1998, p. 52).

Analisando um trecho do projeto de regulamento elaborado por Marillac, sob denominação de "Projeto de regulamento para reunir moças ou servas dos pobres às Irmãs da Confraria da Caridade nas aldeias", é possível inferir que as Irmãs possuíam e reproduziam conhecimentos empíricos acerca do cuidado; esses constituíam seu capital científico. “[...] *Ensinarão as Irmãs de Caridade daquele lugar como se **deve assistir** a eles ensinando-lhes também a **preparar e administrar os medicamentos, curar as chagas ou outros males***” (PADILHA, 1998, p. 77, grifo da autora).

O segundo momento do período pré-profissional, conhecido como o período obscuro da Enfermagem, estendeu-se do final do século XVII até meados do século XIX. Caracterizou-se pela desvalorização da profissão, decorrente das condições inadequadas de trabalho e assistência e da laicização do cuidado de Enfermagem. Nesse período, principalmente nos países em que as religiosas foram afastadas por influência do protestantismo, entre eles a Inglaterra, a Enfermagem passou a ser exercida por mulheres despreparadas, socialmente marginalizadas e com conduta considerada inadequada à profissão. Loyola, (2003, p. 4) as descreve assegurando que “as nurses, no hospital, eram especialmente notórias por sua conduta imoral, sem nenhuma sobriedade, debochadas, a quem se ordenava, com pouquíssima confiança, a execução das mais simples ordens médicas”. Dessa forma, com a laicização do cuidado a Enfermagem perdeu muito do seu capital.

3.2.2 Período Profissional - Enfermagem Moderna

Um olhar atento para o período profissional, permite-nos relacioná-lo, desde seus primórdios, à evolução da construção do capital científico no campo da Enfermagem. Assim, à medida que o foco da Enfermagem foi se deslocando de um

objeto para outro, a Enfermagem foi se inserindo na ciência e se tornando mais científica. Identificamos nessa trajetória quatro focos de investigação e os relacionamos às quatro fases descritas por Almeida e Rocha (1986) e Meyer (1996). Todavia, enfatizamos que, no processo histórico, tais fases não se sucederam de forma linear, originando marcos. Na realidade, elas se sobrepuseram e ainda se sobrepõem.

Na primeira fase, tendo como precursora Florence Nightingale, o foco da investigação de Enfermagem centrou-se em “O QUE FAZER?” Na segunda, tentando conquistar o domínio técnico, a Enfermagem procurou definir “COMO FAZER?” Na terceira, a Enfermagem empenhou-se em fundamentar suas ações. Para tanto, baseou-se em princípios científicos e investigou “POR QUE FAZER?” Atualmente, dedica-se à pesquisa científica, na tentativa de construir uma resposta para a questão “QUAL O SABER PRÓPRIO DA ENFERMAGEM?”.

1ª Fase: A CONTRIBUIÇÃO DE FLORENCE NIGHTINGALE

Nessa fase, a Enfermagem procurou responder à indagação: O QUE FAZER? Foi a partir da segunda metade do século XIX, na Inglaterra vitoriana, que, sob a liderança de Florence Nightingale (☆1820 - †1910), a Enfermagem surgiu como profissão e como um campo do saber. Nightingale foi uma das mulheres mais notáveis e expressivas de nossa história. Atentando para sua trajetória de vida, percebemos o empenho em identificar quais ações relativas ao paciente e ao ambiente desencadeariam a manutenção e a recuperação da saúde. É também notável seu interesse em delinear, por meio da definição dos padrões morais, o perfil do profissional de Enfermagem. Assim, a configuração do campo da Enfermagem com seus interesses, seus jogos de poder, seus *habitus* de classe e a identificação do tipo de capital que requeria investimento, receberam significativa influência de Nightingale. Ainda hoje há reflexos dessa influência.

Possuidora de incomum capital social, econômico e científico para a época, dominava diversos idiomas, entre eles o grego e o latim, além de ter estudado artes, matemática, estatística, filosofia, história, política e economia. Crenças espiritualistas

nortearam sua trajetória de vida. A constante preocupação e o envolvimento com o sofrimento de seus semelhantes seriam, segundo registro em seu diário, decorrentes dos chamados de Deus. Após observar a prática da Enfermagem em hospitais de quase toda a Europa e realizar estágio no Instituto Kaiserswerth, na Alemanha, o qual, segundo Waldow (2001), treinava diaconisas para as atividades de Enfermagem, Florence começou sua trajetória como enfermeira. Em 1853 atuou como superintendente de Enfermagem na casa Gentleman, na Inglaterra. No ano seguinte, atuou como voluntária na epidemia de cólera em Londres (CARRARO; MADUREIRA; RADÚNZ, 1999).

Nightingale procurou mostrar que era possível e necessário um preparo formal e sistemático para a aquisição de capital no campo da Enfermagem. Segundo Padilha (1998), Nightingale inteirou-se do trabalho desenvolvido pelas Irmãs de Caridade de São Vicente de Paulo, inicialmente em Alexandria, onde conheceu o trabalho realizado nas escolas e hospitais, indo posteriormente para Paris, no Hôtel-Dieu.

Naquele local Florence Nightingale acompanhou o tipo de trabalho assistencial e administrativo realizado, suas regras, sua forma de cuidar dos doentes, fazendo anotações, gráficos e listas das atividades desenvolvidas, aplicando o mesmo questionário de levantamento de situação de trabalho, que já havia distribuído pelos hospitais da Alemanha e Inglaterra, tendo aprofundado seus estudos; a sua organização. Seus dons para a pesquisa e tomada de decisões facilitavam a análise de cada situação e obtinha dados para a futura implementação de um ensino de enfermagem, a partir das experiências que obtivera em cada local (PADILHA, 1998, p. 128-129).

Parafraseando Florence, Castro (1989) menciona que tal conhecimento deveria estar fundamentado na manutenção do organismo em condições de não adoecer ou ainda se recuperar de doenças. Com seu espírito humanitário, Florence não se limitou à saúde e à doença, mas enfatizou o interesse da Enfermagem pelo ser humano, estivesse ele saudável ou adoentado. Nas concepções nightingaleanas, ao invés de adotar uma conduta conformista, o ser humano, por meio da educação, poderia desvelar suas potencialidades e mudar sua situação (SILVA, 1995).

Em 1854, Florence prestou serviço às tropas inglesas na Guerra da Criméia, juntamente com trinta e oito voluntárias. Destacou-se tanto pela administração dos

hospitais de guerra quanto pela humanização dos cuidados dispensados aos soldados. Nessa ocasião, estabelecendo melhores condições sanitárias e tratamento dos feridos, conseguiu reduzir de 47,2% para 2,2% a taxa de mortalidade entre os soldados, num período de apenas seis meses. Essa experiência a fez pensar que precisaria encontrar uma forma de honrar a profissão de Enfermagem, "tornando-a uma profissão respeitável, dentro de padrões de conduta e de conhecimentos que todas as enfermeiras deveriam ter. Ela sabia que os hospitais também deveriam ser mudados" (BACKES, 2000, p. 92).

Florence adquiriu grande conhecimento acerca de construção e reforma de hospitais, apregoando que uma simples melhoria de construção e manutenção física poderiam diminuir as taxas de mortalidade. Além disso, ela conhecia a melhor maneira de distribuir a roupa limpa, de manter a comida quente, de posicionar as camas, entre outros aspectos indispensáveis ao adequado funcionamento de um hospital. Ao publicar o livro *Anotações sobre hospitais*, a autora "mostra ao mundo por que temiam ir ao hospital e como se poderia remediar os problemas" (BACKES, 2000, p. 92).

Em 1859, Florence publicou também *Notes of nursing*. Esse livro foi traduzido para o português em 1989, sob o título de *Notas sobre enfermagem: o que é e o que não é*. Por meio dele a autora procurou distinguir o saber da Enfermagem, do saber médico. Com base em suas sistemáticas observações, em dados estatísticos, em suas reflexões sobre o cuidado e na teoria miasmática⁹ vigente na época, ela enfoca os fundamentos da Enfermagem moderna. O reconhecimento de seu trabalho lhe rendeu, além de homenagens, um prêmio nacional de quarenta e quatro mil libras, as quais foram aplicadas na criação da primeira Escola de Enfermagem, no Hospital Saint Thomas, em Londres, no ano de 1860 (CARRARO; MADUREIRA; RADÜNZ, 1999).

Na realidade, foi graças a Florence Nightingale que a Enfermagem começou a ser considerada ciência e arte; foi graças a ela que a Enfermagem começou a ser ensinada de maneira formal e sistematizada. Foi com a difusão do Sistema

⁹ Segundo essa teoria, uma substância gerada fora do corpo, espalhando-se pelo ar, produziria doença (BIER, 1975).

Nightingale, para todo o mundo, que a Enfermagem se consolidou como profissão. Na perspectiva de Silva e Arruda (1993, p. 83), é na Enfermagem nightingaleana que vamos encontrar “os fundamentos básicos do conhecimento em enfermagem, bem como diretrizes para o seu processo de construção teórico-prática”. Como afirma Castro (1989), foi ela que lançou as bases da Enfermagem como profissão para o mundo inteiro.

Cabe ainda lembrar que, além do conhecido sentimento de religiosidade, Florence capacitou-se e atuou como enfermeira em plena era vitoriana, o mais longo reinado da História Inglesa (1837-1901), o qual ainda hoje é citado como sinônimo de respeitabilidade, puritanismo e intolerância. Interiorizando e exteriorizando tais valores, Florence veio disciplinar a Enfermagem, militando com seus *habitus* pela causa feminina (FONSECA, 2002). Se por um lado sua escola funcionava como clausura onde era exercido o controle da sexualidade e da religiosidade, por outro lado constituía uma opção ao matrimônio e maternidade, até então tidos como dons naturais da mulher. Considerando o momento histórico vivido por Florence, podemos avaliar quão avançados foram o seu discurso e a sua prática. É evidente que ambos eram decorrentes de uma relação dialética entre o contexto social, econômico, político e cultural da época e as disposições por ela adquiridas sob a forma de *habitus*. Assim, seu capital científico, social e cultural, com ênfase em sua formação religiosa, habilidade administrativa, experiência adquirida junto ao exército e a participação na luta pelos direitos da mulher, muito influenciaram na forma como ela conduziu tanto o ensino quanto a prática da Enfermagem. Essa relação dialética tende a se reproduzir, efetivando o que Pierre Bourdieu (1994) define como a interiorização da exterioridade e a exteriorização da interioridade.

A produção científica de Florence também foi ampla. Castro (1989) registra 147 escritos. Entre os mais conhecidos encontramos: *Notes on matters affecting the health, efficiency and hospital administration of the British Army* (1858); *Notes on hospitals* (1858) e *Life or death in India* (1874) (CANEDY, 1979).

O legado de Florence à Enfermagem faz com que a quase totalidade d@s profissionais, entre @s quais me incluo, a reconheça como um marco em nosso processo histórico e na luta pelos direitos da mulher. Alusão a esses aspectos encontramos em Silva (1989), Silva e Arruda (1993), Silva (1995), Padilha (1998), Backes (1999), Waldow (2001), Fonseca (2002).

Por outro lado, não podemos esquecer que historicizar requer, além do resgate de fatos heróicos, uma crítica reflexiva, na tentativa de romper com a naturalização e buscar novas possibilidades para a construção da nova história.

Mesmo reconhecendo o androcentrismo predominante em todas as relações sociais, acreditamos que grande parte da submissão evidenciada no campo da Enfermagem tem sua origem nos ensinamentos de Florence. Analisando o perfil da enfermeira delineado pela autora, percebemos que ele valorizava a modéstia, a delicadeza, a religiosidade e a devoção, atributos que no campo científico são desprovidos de capital simbólico. No entanto, vários deles ainda hoje se encontram incorporados n@s profissionais sob a forma de *habitus* de classe. Para Nightingale, a enfermeira deve

ser estritamente sóbria, honesta e, mais do que isso, ser uma mulher religiosa e devotada. Deve respeitar sua própria vocação, porque o precioso dom da vida agraciado por Deus muitas vezes está literalmente colocado em suas mãos. Deve ser observadora segura, direta e rápida, e ser uma mulher de sentimentos delicados e modestos (NIGHTINGALE, 1989, p. 138).

Fonseca (2002) comenta que uma das metas de Florence era tornar a Enfermagem um campo de prática socialmente reconhecido. Para tanto, criou uma escola com objetivos de treinar pessoal hospitalar e disciplinar a conduta das enfermeiras.

À seleção das candidatas, as qualidades morais tinham prioridade; durante o curso, a disciplina era rigorosa. O rigor da escola era justificado, uma vez que a imoralidade era caráter proverbial da profissão. Qualquer deslize, por pequeno que fosse, qualquer passo em falso, fariam cair a esperança da reforma da enfermagem e a elevação do seu *status* social seria retardado por muitos anos. O futuro da profissão dependia das alunas, das futuras enfermeiras. [...] o zelo religioso do Instituto das Diaconisas de Kaiserswerth, a disciplina militar dos hospitais de Scutari, o estilo de vida da

família Nightingale, tudo isso foi amalgamado e imposto às primeiras alunas da Escola de St. Thomas (ALCÂNTARA, 1963, p. 17 apud FONSECA, 2002, p. 78).

Naquela época, eram preparadas duas categorias de profissionais. As *lady-nurses*, provenientes de famílias abastadas, cujas funções eram ensino, supervisão e difusão do sistema nightingaleano, e as *nurses*, que em contra partida, após o término do curso, trabalhavam gratuitamente por um ano. A elas cabia o cuidado direto ao paciente (CARRARO; MADUREIRA; RADÜNZ, 1999). Analisando as competências das *lady-nurses* e das *nurses*, observamos que às primeiras, originalmente possuidoras de capital social, cultural e econômico, cabiam atividades e funções que requeriam reflexão, decisão, organização. Em relatório da escola de St. Thomas, datado de 1861, Florence registra: “Sem dúvida, aquelas que forem educadas, terão mais oportunidade para ocupar cargos de superintendência, não por serem ‘*ladies*’, mas por serem educadas” (NIGHTINGALE, 1861 apud FONSECA, 2002, p. 78). Evidentemente, tais cargos lhes conferiam capital científico, cultural e simbólico. Às *nurses*, desprovidas originalmente de qualquer espécie de capital, restava o cuidado de beira de leito, menos valorizado, manual, repetitivo, que só requeria destreza, e, por isso, tal ocupação as mantinha com pouco ou nenhum capital. Essa divisão de trabalho em manual e intelectual ainda é uma realidade na Enfermagem.

Outro aspecto que certamente influenciou e ainda influencia, diminuindo o capital simbólico da profissão, consiste no uso indiscriminado do termo enfermeira. Mesmo tendo inaugurado a Primeira Escola de Enfermagem seis meses após a publicação do livro *Notas sobre enfermagem*, Nightingale não o destina às enfermeiras profissionais ou às alunas da Escola de Enfermagem, e sim, ao grande público, em especial às mulheres, direcionando-o

[...] às mães de família, e portanto enfermeiras do lar, tendo ao seu cuidado crianças, velhos, doentes e incapazes; às professoras, que deveriam ensinar as “leis da saúde” às meninas, por sua vez futuras mães, professoras e enfermeiras; e às próprias enfermeiras, empregadas em residências ou em hospitais, estes destinados aos deserdados na nova economia (CASTRO, 1989, p. 4).

Encontramos, na citação acima, o termo enfermeira empregado tanto para adjetivar as mães de família, quanto para designar as antigas enfermeiras, fossem elas funcionárias de hospitais ou empregadas em residências. Em outro trecho a autora menciona: “[...] os soldados estão tão treinados na obediência que serão os mais obedientes e, portanto, os melhores enfermeiros, ao que se acrescenta o fato de que são sempre tão atenciosos para com seus companheiros” (NIGHTINGALE, 1989, p. 49). Ao nomear como enfermeir@s, agentes sociais dotad@s de capital social, econômico, cultural e simbólico tão diferenciados, a identidade da profissão fica comprometida. Tal atitude induz @s usuári@s dos serviços de saúde e a população em geral a confundir pessoal menos qualificado, como funcionári@s da portaria, da copa ou da limpeza dos hospitais, com @s enfermeir@s. Merece comentário ainda a alusão à mulher como cuidadora natural e, portanto, necessitando aprender as leis da saúde desde a meninice, para habilitar-se a cuidar adequadamente quando mãe, ou professora, ou enfermeira, provavelmente os únicos destinos vislumbrados para a mulher naquela época. Nesse sentido, a autora comenta que “todas as mulheres, ou pelo menos quase todas, na Inglaterra, assumem, em algum período da vida, a responsabilidade pessoal pela saúde de alguém, criança ou inválido - o que significa que todos exercem a enfermagem” (NIGHTINGALE, 1989, p. 11).

Além do aspecto inato, o cuidado era também desempenhado como gesto caritativo, conseqüentemente não requerendo remuneração, ou melhor, não conferindo às cuidadoras nenhum capital econômico.

A história da Enfermagem ainda registra com orgulho a atuação da brasileira, nascida na Bahia, Ana Justina Ferreira Néri (☆1814 - †1880), como voluntária na guerra do Paraguai (1864–1870), conflito ocorrido entre o Paraguai e a Tríplice Aliança: Brasil, Argentina e Uruguai. O abnegado cuidado prestado aos feridos rendeu a Ana Néri, ao final da guerra, o título de “Mãe dos Brasileiros”, além da condecoração com as medalhas Humanitária e da Campanha. Em 1923, foi conferido o nome de Ana Néri à primeira Escola de Enfermagem oficializada no Brasil (GERMANO, 1985). Essa escola, criada sob orientação da enfermeira norte-americana

Ethel Parsons, tinha como objetivo a formação de pessoal de alto nível técnico. Documentos encontrados nos arquivos da Escola Ana Néri comprovam que Ethel Parsons tentou identificar como *nurses* as egressas do curso. No entanto, o termo enfermeira foi o que prevaleceu. Reconhecendo a conotação negativa que tal denominação desfrutava na sociedade brasileira, as expressões *enfermeira diplomada* ou *enfermeira alto padrão* começaram a ser utilizadas para designar @s profissionais portador@s de diploma de nível superior (ALCÂNTARA, 1963 apud FONSECA, 2002).

À semelhança de Nightingale, a atuação de Ana Néri muito contribuiu para a inculcação da abnegação, da obediência e da dedicação como *habitus* de classe na Enfermagem. Naquela época tais virtudes eram condecoradas, hoje ainda são valorizadas. Criticando essa postura profissional, Germano (1985, p. 25) a ilustra comentando que “[...] o enfermeiro tem que ser alguém disciplinado e obediente. Alguém que não exerça crítica social, porém console e socorra as vítimas da sociedade”. A autora continua, referindo que sérias dificuldades profissionais advêm desse *habitus*, e cita as longas jornadas de trabalho, os baixos salários e a frágil organização política quase sem autonomia.

Analisando a relação médico e enfermeira, na perspectiva de Florence, o esperado ou mesmo o adequado seria uma relação de dominação, na qual o dominador seria o médico. Essa afirmação pode ser exemplificada com um trecho extraído do livro *Notas sobre enfermagem*, onde a autora refere que “seria um grande auxílio, ao invés de obstáculo, se os médicos soubessem fazer com que as enfermeiras obedecessem às suas ordens” (NIGHTINGALE, 1989, p. 145-146). Essa recomendação continua vigente em inúmeras instituições nas quais a dominação do médico em relação às enfermeiras, camuflada sob a denominação de liderança, é exercida de forma inquestionável e irrefutável.

2ª Fase: O DOMÍNIO DO FAZER TÉCNICO

Nessa fase, que nos Estados Unidos ocorreu nas primeiras décadas do século XX, e que em algumas localidades brasileiras ainda persiste, o foco do conhecimento de Enfermagem centrou-se no COMO FAZER? Nela, a maneira de executar a técnica era mais importante que o próprio cuidado ao doente (ALMEIDA e ROCHA, 1986).

Buscando contextualizar esse momento, encontramos subsídios em Collière (1999), ao afirmar que foram as descobertas ocorridas no final do século XIX, no campo da física e da química, que possibilitaram à medicina o progresso tecnológico indispensável ao avanço no diagnóstico e tratamento das doenças. Analisando ainda, a descrição histórica da microbiologia e da imunologia elaborada por Bier (1975), constatamos que trabalhos desenvolvidos por Pasteur e Kock muito influenciaram para mudar a história da ciência médica. Assim, destacamos a teoria microbiana da infecção, apresentada por Pasteur em 1878 à Academia de Ciências de Paris, as pesquisas sobre a osteomielite, relacionando-a com estafilococos, e a da infecção puerperal, relacionando-a com estreptococos. Outras descobertas tão extraordinárias quanto essas foram gradativamente sendo divulgadas e empregadas para desvendar os mistérios da doença, do diagnóstico e da terapêutica.

Em decorrência desses avanços científicos, Collière (1999, p. 77) refere:

O campo das actividades médicas amplia-se e utiliza técnicas cada vez mais elaboradas, a ponto de ser necessário, ao médico, delegar a pouco e pouco, as tarefas de rotina que tinha o costume de praticar (medir temperatura, exame das urinas), bem como os cuidados médicos mais usuais (cataplasmas, sinapismos, clisteres, etc.). Daí que venha a procurar a ajuda de um pessoal que se virá a chamar 'paramédico' para lhe preparar o material de que tem necessidade e efectuar os tratamentos curativos mais coerentes, que prescreve mas já não efectua.

Por outro lado, data dessa mesma época um significativo aumento no número de hospitais e leitos hospitalares, o que requereu treinamento de pessoal para atender à demanda. Segundo Meyer, (1996, p. 69) nesse momento “dá-se o encontro das práticas médica e de enfermagem no mesmo espaço geográfico - o do hospital - e no mesmo espaço social - o do doente.” O ensino da Enfermagem passou a centrar-se no “como fazer”, ficando para segundo plano a justificativa das ações. Talvez durante a primeira metade do século XX não houvesse a urgência de se perguntar o porquê (REED,

2000). Dessa forma, a competência centrava-se na habilidade manual associada à rapidez e à disciplina. Naquela época, era comum médicos incumbirem-se da profissionalização de suas auxiliares, inculcando-lhes qualidades de subalternidade. Ao longo de sua obra, Collière (1999) ilustra ricamente a relação médic@ e enfermeir@ daquela época. Dentre os exemplos citados, destacamos:

“[...] a arte da enfermagem não é mais do que executar o que decide a ciência do médico” (COLLIÈRE, 1999, p. 80).

“[...] tratar um doente é aplicar-se a prestar correctamente os cuidados prescritos pelos médicos” (op. cit., p. 84).

“A enfermeira é a mais modesta, mas talvez a mais preciosa colaboradora dos médicos, dos cirurgiões e parteiros dos hospitais” (op. cit., p. 84).

Podemos constatar que a Enfermagem existia à sombra da Medicina, sua função era servir e obedecer. Para isso moldava-se, adquirindo *habitus* que lhe permitiam fazer a única coisa a ser feita, ou seja, cumprir com perfeição e zelo sua nobre missão. Cabe ressaltar que, naquela época, a maior parte d@s funcionári@s do setor de Enfermagem eram antig@s pacientes e pessoas admitid@s para serviços gerais, @s quais eram promovid@s a enfermeir@s. Comentando as conseqüências advindas desse enorme contingente de pessoas que se denominavam enfermeir@s sem possuir o conhecimento e a educação para compreender o processo de Enfermagem, Reed (2000, p. 130) refere que, “sem esse conhecimento, o que aparentemente era percebido como ações de enfermagem pode constituir em imitações de enfermagem”. Para a autora, imitações enfocam mais “no quê, quando e como fazem algo” e menos no porquê.

No Brasil, à semelhança do que aconteceu em outros países como Estados Unidos, França e Portugal, o cuidado se manteve desvalorizado, e a atenção, limitada às ações curativas. Na ideologia da cura, as atenções se deslocaram do doente para a doença; o paciente deixou de ter uma identidade, reduzindo-se a um número de leito, e o ser reduziu-se a um órgão. Eram freqüentes as perguntas do tipo: “Como está o rim

do 220A?” A escala funcional de trabalho era preconizada, sua operacionalização dificultava e, em alguns casos, até impossibilitava a individualização do cuidado. O uso dessa modalidade de escala requeria que cada funcionári@ executasse um tipo de tarefa. Assim, enquanto um@ verificava os sinais vitais de tod@s @s pacientes, outr@ administrava os medicamentos. Essa prática ocasionava uma percepção segmentada e dificultava o estabelecimento de uma relação de confiança entre paciente e profissional de Enfermagem.

A habilidade e a destreza, associadas à capacidade de memorização, postura e senso de organização, eram aspectos indispensáveis à atuação profissional d@ enfermeir@. Manuais de procedimentos descreviam tanto o material necessário a cada técnica quanto as etapas de execução. Segundo Collière (1999), até a Segunda Guerra Mundial, os manuais eram descritos quase exclusivamente por médicos. Merece destaque a criação da *Revista Brasileira de Enfermagem*, no ano de 1932, originalmente com o nome de *Anais de Enfermagem*. Esse periódico, até hoje editado, constitui um marco em nossa história, um verdadeiro ato de coragem, pois surgiu num período em que o número de enfermeir@s era reduzido, segundo Germano (1985), menos de cem. Nessa época a Enfermagem não desfrutava de prestígio, era desprovida de capital social, científico, econômico e, conseqüentemente, simbólico.

3ª Fase: O ADVENTO DOS PRINCÍPIOS CIENTÍFICOS

Comparada às anteriores, essa fase foi relativamente curta, estendendo-se do final da década de 40 até meados da década de 60 do século XX. Nela, a Enfermagem investigou POR QUE FAZER? Procurando se tornar científica, a Enfermagem mais se aproximou do saber médico. Assim, princípios científicos de anatomia, fisiologia, microbiologia, física e química começaram a respaldar suas ações. A partir daí, (e mesmo tendo cursado Enfermagem de 1973 a 1976, assim eu aprendi) cada etapa de um procedimento era relacionada a um princípio científico que correspondia ao porquê de sua execução. Essa característica dava uma certa cientificidade ao trabalho da Enfermagem. Esses princípios, no entanto, eram transmitidos nas escolas apenas para a enfermeira, “reforçando o poder e a qualificação para o controle da prestação do

cuidado e legitimando, assim, a dicotomia gerência/execução [...]” (MEYER, 1996, p. 73-74).

Às técnicas de enfermagem que não possuíam uma teoria para fundamentá-las procurou-se agregar a teoria do objeto da enfermagem, trazida de outras áreas do conhecimento, tentando-se, desta maneira, construir os instrumentos que permitissem apreender o objeto, conhecê-lo, ou seja, possibilitar a dimensão intelectual do trabalho de enfermagem. Percebe-se que o caminho que se vai delineando é na direção do trabalho intelectual (ALMEIDA, ROCHA, 1986, p. 62).

A organização do trabalho em equipe foi introduzida nessa época. Princípios da Escola de Relações Humanas que voltavam a atenção para o trabalhador e para a satisfação deste com o trabalho, visando à maximização dos resultados, serviram de base para a nova modalidade de estruturação (ALMEIDA, ROCHA, 1986). No entanto, @s autor@s consultad@s não comentam se tal intento foi alcançado na Enfermagem; referem, apenas, que a adoção do trabalho em equipe ocorreu para suprir a escassez de pessoal. Nessa época o foco da Enfermagem desloca-se da tarefa para @ paciente. O cuidado de Enfermagem a partir desse momento deve satisfazer as necessidades biológicas, psicológicas e sociais d@ paciente, além de basear-se em princípios científicos.

É com muita propriedade que Meyer (1996, p. 74) sintetiza essa fase comentando: “A emergência de um saber cientificado reforça a autoridade da enfermeira e a hierarquização dentro da equipe de enfermagem, mas deixa intocadas a subordinação e a falta de autonomia que caracterizam a relação médico/enfermeira e instituição/enfermagem enquanto profissão”.

4ª Fase: A CONSTRUÇÃO DAS TEORIAS DE ENFERMAGEM

Atualmente, inúmeras teóricas, na tentativa de consolidar o capital científico da Enfermagem, vêm refletindo, pesquisando e construindo conhecimento para responder à questão: QUAL O SABER PRÓPRIO DA ENFERMAGEM?

Relembrando os primórdios da Enfermagem moderna, encontraremos em Nightingale a primeira tentativa de distinguir os saberes da Medicina dos saberes da

Enfermagem. Por essa razão, hoje Nightingale é considerada a primeira teórica da Enfermagem.

No final da década de sessenta do século XX, outr@s teóric@s, percebendo que o saber expresso pelos princípios científicos era também dependente e não possuía natureza específica, incumbiram-se de construir um corpo de conhecimentos próprio para a Enfermagem na tentativa de conferir-lhe o status de ciência (MEYER, 1996). As pioneiras na construção de teorias de Enfermagem foram as norte-americanas. Os argumentos de Dorothy Johnson muito contribuíram para incentivar tais construções. Segundo ela, uma profissão não pode existir por muito tempo sem explicitar seus fundamentos teóricos. Além disso, os fundamentos precisam ser testados e expandidos. A autora complementa, argumentando que a sociedade só daria autoridade e responsabilidades às enfermeiras se elas provassem que possuíam o conhecimento (MCKENNA, 1997).

Segundo Meleis (1991), teorias de Enfermagem foram construídas e muito auxiliaram a profissão a focar seus problemas e conceitos. A teoria de Rogers (1970) enfocou a interação do homem com o meio ambiente; a de Johnson (1980) desenvolveu a noção do ser humano como um sistema biológico e também abstrato de comportamento centrado em necessidades inatas. Levine (1967) e Oren (1971) propuseram teorias que percebem o ser humano em sua integralidade. Oren abordou a capacidade para o autocuidado. Com base na teoria das Necessidades Humanas Básicas de Maslow, a teórica brasileira Wanda de Aguiar Horta propôs uma teoria que utilizava o processo de Enfermagem como instrumento de trabalho. Outras teorias norte-americanas são conhecidas em nosso país, entre elas as de Roy, Rogers, Newman, Leininger, Watson e Parse.

Embora as teorias de Enfermagem inicialmente tivessem pouca aplicabilidade fora da academia, elas possibilitaram o desenvolvimento do pensamento crítico, desencadeando profundas modificações. O enfoque do cuidado centrado no doente e em alguns casos no órgão acometido, passou a centrar-se n@ cliente, percebid@ agora

como ser humano, possuidor de necessidades biológicas, psicológicas, sociais e espirituais.

Outros aspectos que passaram a ser considerados referem-se à aceitação da complexidade da Enfermagem; da inevitabilidade do uso de múltiplas teorias; a aceitação da necessidade de testes e corroboração de proposições de diferentes teorias antes de as descartar; e a idéia de que os conceitos e as teorias remanescentes da área, através de um efeito cumulativo, tornem-se as bases para o desenvolvimento de uma perspectiva específica (MELEIS, 1991).

São inegáveis os avanços da Enfermagem na busca de sua identidade. No entanto, permanecem como grandes desafios “a luta pelo reconhecimento da profissão de enfermagem, pela autonomia profissional e pelos direitos da mulher” (SILVA, 1995, p. 57). Fundamentada nas concepções bourdieusianas, o desafio consiste em adotar estratégias que permitam a incorporação de capital científico, cultural, social, econômico e simbólico ao campo de Enfermagem. A esses desafios, incluo a conquista de novos e promissores espaços para a implementação do cuidar/cuidado de Enfermagem; entre eles, as creches.

Nesse sentido, acredito que a abordagem hermenêutica dialética adotada no presente estudo poderá possibilitar a compreensão e a interpretação do cuidado à criança em creches, incitando o desvelamento, no campo da Enfermagem, do *saber de creche*, do *saber sobre creche* e do *saber em creche*.

Entendo que o *saber de creche* constitui o conhecimento teórico produzido acerca da história e evolução das creches, bem como das políticas de atenção à criança. O *saber sobre creche* representa o capital científico produzido acerca das crianças de zero a três anos de idade, em diversos campos do conhecimento, entre eles, o da saúde e da educação, além do conhecimento relativo ao campo da administração. Na realidade, é esse conjunto de conhecimentos que possibilita a implantação e funcionamento das creches.

Finalmente, *o saber em creches* inclui a dinâmica das relações entre @s agentes sociais inserid@s no contexto das creches. Nesse sentido, é indispensável reconhecer que a criança não representa apenas um ser receptivo e portador de necessidades. Ela não se limita a estar no contexto. Na realidade, desde o nascimento, a criança é um agente social que interage no contexto em que está inserida. Nesse processo interativo, a criança vai incorporando seus *habitus* primários, que certamente recebem influência dos *habitus* das cuidadoras, inclusive de seus *habitus* de classe.

Por outro lado, o contexto das creches precisa ser percebido como um ambiente que difere do hospital, difere da escola e difere do lar. É nesse cenário, com peculiares características, que percebo a necessidade de compartilhar o cuidado de Enfermagem à criança.

Tendo atuado como docente do curso de graduação em Enfermagem por mais de 25 anos, participado de inúmeros eventos científicos na área de pediatria e tendo ainda consultado a produção científica acerca do cuidado de Enfermagem à criança, considero inegável a existência, no campo da Enfermagem, de capital científico e competência técnica tanto para cuidar crianças em creches e ensinar-lhes o autocuidado, quanto para capacitar funcionárias de creches para a prestação de cuidados às crianças. Assim, estou convicta de que muito a Enfermagem tem para auxiliar na construção do “saber em creches”. Este saber poderá incitar, nas cuidadoras, a transformação da atual modalidade de cuidar, que se limita ao aspecto físico, para um cuidar que contemple tanto a dimensão técnica quanto a afetiva do cuidado. Nas crianças, tal saber poderá proporcionar a inculcação do *habitus* de cuidar de si, pois, sendo a creche um ambiente formativo, nada mais desejável do que transformá-la em um ambiente formador de *habitus* salutáveis de vida.

4 REFERENCIAL METODOLÓGICO: UM CAMINHO DE PENSAMENTO PARA COMPREENDER E INTERPRETAR O CUIDADO DE ENFERMAGEM À CRIANÇA EM CRECHES

No presente capítulo, apresento a abordagem metodológica e o processo da pesquisa desenvolvido neste estudo, para compreender e interpretar o cuidado de Enfermagem à criança em creches. Ao focar a hermenêutica-dialética, como abordagem metodológica, procuro no primeiro momento, apreender o significado dos conceitos de “hermenêutica” e de “dialética”. Posteriormente, delinheiro meu percurso pela intersecção de ambos e finalizo apresentando o processo da pesquisa por meio do detalhamento de suas etapas.

4.1 HERMENÊUTICA-DIALÉTICA

Da intersecção dos métodos hermenêutico e dialético originou-se a hermenêutica-dialética, que representa o caminho metodológico escolhido para buscar uma visão aproximada da realidade deste estudo. Antes de iniciar o meu percurso pela hermenêutica-dialética, busco uma compreensão dos termos hermenêutica e dialética.

A hermenêutica é a arte de compreender, interpretar e traduzir de forma clara signos obscuros. Surgiu com a função de fornecer aos profanos o sentido de um oráculo e progressivamente foi sendo introduzida no domínio das ciências humanas e da filosofia (BESSE, BOISSIÈRE, 1998).

Para Abbagnano (1982), hermenêutica consiste em qualquer técnica de interpretação, sendo o termo freqüentemente utilizado em referência à interpretação bíblica. Mora (2001, p. 331) explica que primeiramente, o termo hermenêutica,

significa “expressão (de um pensamento)”; daí, explicação e, sobretudo, interpretação do mesmo”. Atualmente, o vocábulo aproxima-se de seu sentido original, cuja procedência designa a arte ou a ciência de interpretação das escrituras sagradas. Com essa conotação, a hermenêutica foi desenvolvida já no século XVI.

Uma das mais expressivas contribuições a essa disciplina filosófica foi efetuada por Schleiermacher (☆1768 - †1834), ao elaborar uma hermenêutica aplicada aos estudos teológicos em seu texto *“hermenêutica e crítica com referência especial ao Novo Testamento”*. Para esse autor, a hermenêutica não mais se reduz a uma interpretação filológica. Com Schleiermacher, a hermenêutica deixa de ser apenas uma técnica de leitura direcionada à compreensão de obras antigas e religiosas, visando apenas à restituição de um texto, de uma palavra ou de um sentido considerado perdido ou obscurecido. Com ele a hermenêutica passa a abarcar todo o campo da expressão humana (BESSE, BOISSIÈRE, 1998).

Outro pensador que se destaca no estudo da hermenêutica é o filósofo alemão Wilhelm Dilthey (☆1833 - †1911). Para ele “o texto a interpretar é a própria realidade humana no seu desenvolvimento histórico. [Dessa forma, com o ato hermenêutico, deve ser possível resgatar]... do interior do texto a intenção que guiou o agente no momento em que ele tomava tal decisão e permitir assim alcançar a significação desta acção” (BESSE, BOISSIÈRE, 1998, p. 52-53).

Finalmente é em *Verdade e Método*, obra do filósofo alemão Hans Georg Gadamer (☆1900 - †2002), que a hermenêutica passa a ser mostrada como um modo de compreender as ciências do espírito e da história, pela possibilidade que oferece de interpretação dentro das tradições (MORA, 2001).

O novo sentido que Gadamer confere à hermenêutica é paralelo ao sentido que dá à compreensão, a qual se manifesta como um acontecer e, especificamente, como um acontecer da tradição ou transmissão. Por isso a hermenêutica é o exame de condições em que ocorre a compreensão. A hermenêutica considera, portanto, uma relação e não um determinado objeto, como é o caso de um texto. Como esta relação se manifesta na forma da transmissão da tradição mediante a linguagem, esta última é fundamental, mas não como um objeto a compreender e interpretar, e sim como um acontecimento cujo sentido cumpre penetrar (MORA, 2001, p. 333).

Dialética, genericamente, é o processo no qual “comparece um adversário para ser combatido ou uma tese para ser refutada e que supõe, portanto, dois protagonistas ou duas teses em conflito” (ABBAGNANO, 1982, p. 252). Filosoficamente, esse termo deriva de diálogo. A semelhança deste, há, na dialética, duas teses conflitantes, ou seja, duas razões, duas posições. Mora (2000, p. 182) comenta que por meio deste confronto de posições se verifica um acordo na discordância, “-sem o que não haveria diálogo – mas também uma espécie de sucessivas mudanças de posições, induzidas pelas posições ‘contrárias’”; tais mudanças vão gradativamente construindo o movimento histórico do objeto.

A dialética pode ser apreendida sob a forma de quatro diferentes significados, sendo cada um originário de uma doutrina. De acordo com Abbagnano (1982), o termo dialética é entendido, na doutrina platônica, como método da divisão; na aristotélica, como lógica do provável; na estoica, como lógica; e na hegeliana, como síntese dos opostos, sendo esses significados especificados a seguir.

Dialética como método da divisão: com essa conotação, a dialética procura num primeiro momento compor em uma única idéia aspectos dispersos, tornando-a comunicável a todos, para posteriormente dividi-la. Em outras palavras, as hipóteses das ciências seriam o ponto de partida para chegar aos princípios e destes às conclusões, voltando à divisão. “A dialética de Platão não é um método dedutivo ou analítico, mas indutivo e sintético, mais semelhante aos processos da pesquisa empírica [...] do que aos do raciocínio *a priori* ou de silogismo” (ABBAGNANO, 1982, p. 253).

Dialética como lógica do provável - Ainda segundo Abbagnano (1982), encontramos que na doutrina aristotélica, dialética é o processo racional que parte de premissas prováveis, ou seja, admissíveis. Para esse autor, a premissa dialética é a pergunta que apresenta a contradição como alternativa, fazendo assim uma certa referência ao diálogo. No que diz respeito a essa doutrina, Mora (2000, p. 184) assegura que Aristóteles a referia pejorativamente, entendendo-a como um saber do provável, ou ainda do aparente tomado por real. Para Aristóteles a dialética podia ser

definida como “discussão e não ciência; probabilidade e não certeza; ‘indução’ e não propriamente ‘demonstração’”.

Dialética como lógica – Durante as Idades Antiga e Média, a doutrina estoíca da dialética foi a mais difundida. Foi adotada por Cícero, que a entendia como “a arte que ensina a distribuir uma coisa inteira em suas partes, a explicar uma coisa oculta com uma definição, a esclarecer uma coisa obscura com uma interpretação, a entrever primeiro, a distinguir depois, o que é ambíguo e finalmente a obter uma regra com a qual se julgue o verdadeiro e o falso e se as conseqüências derivam das premissas assumidas” (ABBAGNANO, 1982, p. 254).

Dialética como síntese dos opostos – A concepção hegeliana de dialética é a mais usada por filósofos contemporâneos. Para Hegel, toda a realidade move-se por meio da tríade tese, antítese e síntese, de forma que a antítese e a síntese constituem a unidade e ainda a possibilidade de tornar verdadeiras uma e outra. A antítese pode ser vista como a alma da dialética. Pela própria dinâmica interna, a realidade social gera “seu contrário, ou as condições objetivas e subjetivas para sua superação. A antítese alimenta-se da estrutura do conflito social, tornando-se também marca estrutural da história, que caminha por antíteses” (DEMO, 1989, p. 91). O autor complementa sua idéia referindo que a clássica trilogia: tese, antítese e síntese, na realidade, constitui uma dualogia, pois a síntese é apenas a próxima tese.

A hermenêutica e a dialética foram estudadas por Gadamer e Habermas, respectivamente. Esses pensadores, na tentativa de encontrar o melhor argumento para sustentar a pretensa universalidade de suas posições metodológicas na Filosofia, dialogaram, criticaram e debateram sobre hermenêutica e dialética por mais de vinte anos. Ao longo de todo esse período, mantiveram um diálogo filosófico que naturalmente requeria crítica, réplica e tréplica, preservando, no entanto, o direito de um e outro dizer não. Gadamer e Habermas empenharam-se dessa forma, para produzir argumentativamente um consenso “[...] mas sem ter jamais a ilusão de que um dos dois pudesse reter a última palavra” (VALLS, 1987, p. 7).

Na perspectiva de Gadamer (1998, p. 262), “a disciplina clássica, que se ocupa da arte de compreender textos, é a hermenêutica”, incluindo-se como textos os livros, entrevistas, documentos, teses, dissertações, artigos entre outros. No entanto, é com sua célebre frase “*o ser que pode ser compreendido é linguagem*”, que Gadamer, (1998, p. 687) expressa a pretensa universalidade da hermenêutica. Para ele, a linguagem natural, do dia-a-dia, constitui o núcleo central da comunicação humana, cabendo à hermenêutica a compreensão do sentido dessa comunicação. O autor argumenta que a compreensão se verifica na linguagem e na historicidade, e que estas carregam em si uma infinidade de sentidos. Daí deduz que compreender pressupõe a disposição do agente de integrar-se na linguagem e na história, renunciando às certezas últimas. Nesse sentido, Minayo (2002, p. 85) comenta que “compreensão é, em princípio, entendimento, e compreender significa uns se entenderem com os outros”. Assegura ainda que esse processo de compreensão na maioria das vezes ocorre, pois os seres humanos fazem um movimento interior e relacional para se entenderem mutuamente. Nas situações em que o entendimento não ocorre, surge o estranhamento. Para Minayo, a tarefa hermenêutica se baseia na polaridade existente entre familiaridade e estranhamento.

Referindo-se à pretensa universalidade da dialética, Habermas (1987) deduz que a filosofia como crítica da ideologia é *possível e necessária*. *Possível*, porque a razão humana não tem simplesmente a capacidade de acolher e recolher o que lhe é estranho, ela pode recusar. Como força transcendental, a razão, segundo Habermas (1987), é ambivalente. Assim ele distingue a razão que confirma e une, da razão que contesta e dissocia. *Necessária*, porque a tradição cultural por meio da linguagem não é independente do trabalho e do poder. A tradição cultural que se evidencia pela linguagem está marcada pelo caráter ideológico das relações de poder.

Uma reflexão publicada por Minayo (2002) pode auxiliar na compreensão do sentido da crítica dialética, além de permitir a superação, no plano do pensamento, da “falsa polêmica” entre qualitativo e quantitativo, que acometeu a prática científica moderna e que culminou com a predominância no quantitativo. Por esse ângulo, todas

as qualidades são colocadas em um mesmo plano, de forma que a realidade se esgota em uma expressão matemática. Por outro lado, a dialética também procura a posição contrária que se limita a compreender a realidade por suas expressões qualitativas. Dessa forma, “a oposição entre ambas é dialética e complementar: a quantidade se apresenta sempre como uma distinção no interior da qualidade; e a qualidade está sempre presente nas quantidades, sendo a quantidade em si uma qualidade do objeto ou da realidade” (MINAYO, 2002, p. 96).

Abordando a dimensão dialética da avaliação, Demo (1988) refere-se à qualidade e à quantidade compreendendo-as como unidade de contrários, na qual cada uma tem sua razão de ser e embora uma necessite da outra, elas podem se repelir. “A quantidade não é uma dimensão inferior ou menos nobre da realidade, mas simplesmente uma face dela. E a qualidade não precisa inevitavelmente significar enlevo, espiritualidade, divindade” (DEMO, 1988, p. 15). A conotação de unidade de contrários fica bem evidenciada quando o autor se refere à qualidade de vida, enfocando a dimensão do “ser” e não do “ter”, porém entendendo esse último como necessário.

Não se pode fazer um projeto de superação da pobreza política sem superar também a pobreza sócio-econômica. Mas os horizontes possuem sua lógica própria. Na qualidade não vale o maior, mas o *melhor*; não o extenso, mas o *intenso*; não o violento, mas o *envolvente*; não a pressão, mas a *impregnação* (DEMO, 1988, p. 24, grifo do autor).

Da longa polêmica entre Gadamer e Habermas, na qual Gadamer defendia a universalidade da hermenêutica, e Habermas defendia a universalidade da crítica dialética, emergiram inúmeras contribuições para aproximação entre Filosofia e Ciências Sociais e entre teoria e prática transformadora (MINAYO, 1999). Além disso, o referido debate muito beneficiou as discussões acerca do método nas ciências sociais, pois, mesmo defendendo pontos de vista antagônicos, ambos os autores “[...] buscavam formas de conseguir objetividade e de abordar a práxis” (MINAYO, 1999, p. 218).

Refletindo sobre as concepções defendidas por Gadamer e Habermas, o professor Stein refere que a hermenêutica e a dialética podem ser consideradas complementares.

[...] ambas procuram apreender nosso tempo pela reflexão [...]. Apenas a reflexão crítica acentua a diferença, o contraste e a reflexão hermenêutica acentua a identidade. O método crítico se apresenta basicamente como um instrumento para detectar a ruptura do sentido, enquanto o método hermenêutico busca nos muitos sentidos a unidade perdida (STEIN, 1987, p. 102-103).

Buscando uma integração dialógica e crítica, Minayo (2002) aprofunda os estudos de Stein (1987) e apresenta a hermenêutica e a dialética como momentos necessários à produção da racionalidade nos processos sociais. Para ela o método dialético tem como pressuposto o hermenêutico. Além disso, a autora expõe outras aproximações entre a hermenêutica e a dialética, que permitem apontar sua intersecção como método de abordagem e de análise:

- ambas trazem em seu núcleo a idéia fecunda das condições históricas de qualquer manifestação simbólica de linguagem e de trabalho do pensamento;
- ambas partem do princípio de que não há observador imparcial, nem há ponto de vista fora da realidade do ser humano e da história;
- ambas superam a simples tarefa de serem ferramentas do pensamento, pois consideram o investigador parte da realidade que investiga;
- ambas questionam o tecnicismo como caminho capaz de realizar a compreensão e a crítica dos processos sociais;
- ambas se referem à práxis e desvendam as condicionantes da produção intelectual, marcada tanto pela tradição, pelos 'pré-juízos' como pelo poder, pelos interesses e pelas limitações do desenvolvimento histórico (MINAYO, 2002, p. 104-105).

Nesse sentido Habermas (1987, p. 18) nos adverte que

[...] a reflexão não trabalha na faticidade das normas transmitidas sem deixar vestígios. Ela é condenada a chegar depois, mas, ao olhar para trás, desenvolve uma força retroativa. Nós só podemos nos voltar para as normas interiorizadas depois de termos aprendido primeiro cegamente a segui-las sob um poder que se impôs de fora.

Relacionando as concepções de Habermas ao contexto deste trabalho, podemos inferir que a análise da produção científica da Enfermagem acerca do cuidado de

Enfermagem à criança em creches reflete, mesmo que parcialmente, as normas interiorizadas pel@s profissionais enfermeir@s, normas essas inculcadas ao longo do processo histórico-social e expressas sob a forma de *habitus* de classe. A concordância de Bourdieu com essa afirmação pode ser apreendida de um comentário por ele emitido a respeito das relações interpessoais, numa pesquisa em que o autor assinala que tais relações não se limitam apenas às relações entre indivíduos. Para ele, “é a posição presente e passada na estrutura social que os indivíduos trazem consigo em forma de ‘*habitus*’ em todo o tempo e lugar, que marca a relação” (BOURDIEU, 1973 apud MINAYO, 1999, p. 112).

Assim, teoricamente, para obter uma visão aproximada da realidade a ser pesquisada por meio do método hermenêutico-dialético, é necessário que coloquemos “[...] a fala em seu contexto para entendê-la a partir do seu interior e no campo da especificidade histórica e totalizante em que é produzida” (MINAYO, 1999, p. 231). Por analogia, para utilização do método hermenêutico-dialético no presente estudo, foi indispensável a realização de uma análise prévia dos escritos, na tentativa de apreender, a partir deles, e do contexto sócio-histórico em que foram produzidos, tanto as situações de descuido, quanto os diferentes aspectos do cuidado de Enfermagem à criança em creches. Assim, tentei apreender as inúmeras formas de cuidar e de descuidar, de capacitar para o cuidado, de organizar para o cuidado, de promover o autocuidado e de proporcionar a interiorização, por parte das crianças, do *habitus* de cuidar de si. Estas, entre outras formas de cuidar, constituem parte do capital científico da Enfermagem.

Finalmente, uma aproximação com o referencial teórico de Pierre Bourdieu resgatou a unidade, permitindo relacionar o cuidado de Enfermagem à criança em creches com o capital científico, cultural, social, econômico e, conseqüentemente, simbólico, decorrentes desse processo de cuidar.

4.2 PROCESSO DA PESQUISA

Turato (2003), após listar os aspectos que distinguem as metodologias qualitativas das quantitativas, argumenta evidenciando que a opção por uma ou por outra advém de fatores como o paradigma que fundamenta o estudo, o objeto, os objetivos, entre outros aspectos definidos nas etapas iniciais de um projeto. Considerando que a corrente epistemológica que fundamentou esta investigação foi a interpretacionista, adotei a abordagem qualitativa para buscar a apreensão, compreensão e interpretação do objeto em estudo. No entanto, ao longo do processo de análise, ilustrei com dados numéricos algumas das categorias apreendidas, procurando obter a complementaridade entre quantidade e qualidade, pois, conforme adverte Minayo (2002, p. 96), “a quantidade se transforma em qualidade. Nos processos de transformação, as mudanças são quantitativas e concomitantemente qualitativas”.

4.2.1 Fonte dos dados

Acreditando que o cuidado de Enfermagem à criança em creches está parcialmente refletido na produção científica acerca dessa temática, tive a intenção de utilizar como fonte de dados os artigos publicados na *Revista Brasileira de Enfermagem* – REBEn e as teses e dissertações produzidas nos programas de pós-graduação em Enfermagem no Brasil, no período compreendido entre 1993 e 2002. A escolha de periódicos veiculados pela Associação Brasileira de Enfermagem ABEn deveu-se à inegável respeitabilidade que essa Instituição desfruta entre os profissionais de Enfermagem. O comprometimento social, político e ético da ABEn a torna uma confiável referência para a Enfermagem brasileira. Por outro lado, seus periódicos estão acessíveis às diferentes categorias profissionais. Essa democratização, associada à cientificidade que permeia o processo de análise e seleção dos trabalhos por ela publicados, levou-me a crer que tais trabalhos fossem representativos da

produção científica acerca do cuidado de Enfermagem à criança em creches. No entanto, após leitura de todos os títulos e resumos, nenhum artigo enfocando esse tema foi encontrado. No caso das teses e dissertações, o fato de todas terem sido aprovadas por bancas examinadoras, compostas por perit@s na área, confere tanto autoridade científica às investigadoras quanto qualidade científica à produção.

4.2.2 Coleta dos dados

Para seleção das teses e dissertações referentes ao cuidado de Enfermagem à criança em creches, consultei o catálogo “INFORMAÇÕES sobre Pesquisa e Pesquisadores em ENFERMAGEM”. Este foi lançado em 2001, sob forma de CD-Rom pela ABEn, através de seu Centro de Estudos e Pesquisas em Enfermagem CEPEn. Complementei a busca acessando a página da ABEn Nacional. Nos últimos dez anos, foram defendidas no Brasil 291 teses para obtenção do título de doutor(a) e 917 dissertações para obtenção do título de mestre, destas duas teses e oito dissertações referiam-se à temática deste estudo. De posse da relação dos dez títulos, constatei que possuía, sob forma de livro, uma das teses que fora publicada dois anos após sua defesa, ou seja, em 1998. Os nove trabalhos restantes foram adquiridos na íntegra, por intermédio da secretaria da ABEn Nacional, via sedex. Dessa forma, a amostra deste estudo está constituída por duas teses e oito dissertações, concluídas no Brasil, entre os anos de 1993 e 2002. Avaliando a representatividade quantitativa desta produção científica percebi que é baixa, totalizando (0,7 %) das teses e (0,9 %) das dissertações. Esse dado demonstra o pequeno interesse que a temática vem despertando entre @s pesquisador@s no campo da Enfermagem.

Durante a seleção do material utilizado neste estudo, detectei que o termo pré-escolar, na área da saúde, tem conotação diferente da empregada na área da educação. Enquanto a LDBEN/96 define em seu artigo 30 que a educação infantil será oferecida em creches, para crianças com até três anos de idade e em pré-escolas, para crianças

com idade entre quatro e seis anos, a área da saúde emprega o termo pré-escolar referindo-se à criança de dois a seis anos de idade. Em decorrência disso, encontrei trabalhos realizados em creches, por pessoal da área da saúde, nos quais as autoras se referem às crianças com idade entre dois e três anos como pré-escolares. Esses foram incluídos na amostra. Dessa forma, integram este estudo trabalhos referentes ao cuidado à criança de zero a três anos de idade, em creches.

4.2.3 Análise dos dados

A análise das teses e dissertações que compõem a amostra deste estudo foi efetuada com base na proposta por Minayo (1999), a qual delinea um caminho de pensamento construído a partir das etapas de ordenação dos dados, classificação dos dados e análise final. É útil salientar que a seqüência dessas etapas não ocorreu de forma linear. No processo de análise, elas se sobrepuseram, originando momentos de avanço e inúmeros momentos de aparente retrocesso nos quais retomei etapas iniciais, na tentativa de melhor apreender, compreender e interpretar a realidade em estudo.

4.2.3.1 Ordenação dos dados

Inicialmente, elaborei um levantamento da totalidade das teses e dissertações produzidas no campo da Enfermagem entre os anos de 1993 e 2002, a seguir, relacionei-o com o número de teses e dissertações referentes ao cuidado à criança em creches. Esse dado me permitiu avaliar a representatividade da temática em estudo, no campo científico da Enfermagem. Posteriormente, construí um banco de dados, elaborando, para cada tese e cada dissertação, um arquivo contendo dados de identificação e aspectos do trabalho como um todo. Para nomear os arquivos, utilizei

numeração arábica, seguindo a ordem cronológica da data de sustentação de cada uma das dez pesquisas, acrescida do sobrenome da autora.

A listagem dos arquivos que compõem o banco de dados ficou assim constituída: 1 – Borba, 2 – Carmo, 3 – Rodrigues, 4 – Soares, 5 – Tavares, 6 – Farias, 7 – Shibayama, 8 – Veríssimo, 9 – Cortez 10 – Ribeiro.

Na identificação de cada arquivo, transcrevi os dados referentes à natureza do trabalho (tese ou dissertação), número de registro constante no Catálogo de Informações sobre Pesquisas e Pesquisadores em Enfermagem, doravante referido como “código”, título da tese ou dissertação, nome completo e ocupação da autora, nome completo da orientadora, ano de defesa, instituição de origem e número total de páginas.

Entre os aspectos do trabalho como um todo, procurei identificar o tipo de creche em que cada estudo foi realizado, a entidade mantenedora, o objetivo geral e os objetivos específicos e o objeto da pesquisa. Outros aspectos registrados foram o referencial teórico do qual procurei apreender a essência e a relação com o campo da Enfermagem, o referencial metodológico, a composição da amostra, o instrumento de coleta de dados e transcrições literais ou resumidas de trechos contidos nos resultados, discussões, considerações finais e conclusões. O critério para a seleção desses trechos constituiu-se na possibilidade de, à primeira vista, poderem ser relacionados às categorias analíticas, campo, *habitus* e capital. Para facilitar a identificação desses registros e, conseqüentemente, a continuidade no processo de análise, incluí o número da página de onde foram extraídos e coloquei entre aspas as transcrições na íntegra.

A operacionalização dessa etapa proporcionou-me uma visão geral do material selecionado para análise, em outras palavras, foi possível visualizá-lo em extensão, o que permitiu a elaboração de uma análise descritiva do material empírico.

4.2.3.2 Classificação dos dados

A efetivação do momento classificatório requer que @ pesquisador(a) perceba “que o dado não é dado”, mas, sim, construído, ou seja, ele não emerge espontaneamente do material coletado. O dado “é fruto de uma relação entre as questões teoricamente elaboradas e dirigidas ao campo e num processo inconcluso de perguntas suscitadas pelo quadro empírico às referências teóricas do investigador” (MINAYO, 1999, p. 235). A autora argumenta que a classificação é um processo que, embasado nos pressupostos, hipóteses e no referencial teórico utilizado pelo pesquisador(a), é realizada a partir do material coletado.

Didaticamente a classificação é efetuada em duas etapas; a leitura flutuante e a constituição de um corpo de comunicações. Por meio dessas etapas, é possível e necessário que se dispense um minucioso tratamento ao material empírico; como adverte Minayo (1999, p. 236), o encontro com os fatos empíricos constitui “o ponto de partida e o ponto de chegada da interpretação”.

Leitura flutuante: visando à compreensão, nesse momento procurei alcançar familiaridade com o material empírico em estudo. Para tanto, efetuei inúmeras leituras. As primeiras, procurei fazê-las de um modo desprendido, sem priorizar qualquer elemento. A seguir, fui tentando apreender, conforme recomenda Minayo (1999 p. 235) “as estruturas de relevância dos atores sociais, as idéias centrais que tentam transmitir e os momentos-chave de sua existência sobre o tema em foco”. Assim, tomei a evolução sócio-histórica da infância, do cuidado no sentido genérico, do cuidado de Enfermagem e das creches, como base para a compreensão do objeto deste estudo. Para a autora, o marco teórico-fundamental para efetivação da análise compreensiva é o contexto sócio-histórico. Operacionalmente, depois de perscrutar cada trabalho no todo e em partes, ou seja, depois de repetidas e incansáveis leituras, por meio das quais mantive uma relação interrogativa com os textos e, depois ainda de retomar os arquivos construídos na fase de ordenação dos dados, fui gradativamente distinguindo as idéias centrais das secundárias; identificando os aspectos relevantes de cada estudo e conferindo os aspectos que se repetiam em mais de um estudo. Nesta

etapa, as categorias empíricas foram sendo desvendadas e correlacionadas com as categorias analíticas campo, *habitus* e capital.

Constituição de um grupo de comunicações: considerando que os trabalhos que compuseram a amostra do presente estudo constituem um conjunto homogêneo de informações, pois todos são pesquisas em nível de pós-graduação *stricto-sensu*, optei por analisá-los em um único grupo. O recurso técnico empregado foi a análise de conteúdo. Em termos operacionais, realizei uma leitura transversal, ou melhor, uma leitura em profundidade do material coletado. Dessa forma, fui recortando de cada tese e cada dissertação os núcleos de sentido ou temas, que constituíram as unidades de registro, aqui representadas por frases transcritas ou resumidas. A modalidade temática da análise de conteúdo constitui uma das “formas que melhor se adequam à investigação qualitativa do material sobre Saúde” (MINAYO, 1999, p. 204). Assim, selecionei as unidades temáticas relativas ao conhecimento, valores, habilidades e atitudes d@s profissionais de Enfermagem, que evidenciassem a presença de qualquer uma das dimensões do cuidado de Enfermagem à criança. Em outras palavras, procurei apreender o capital e o *habitus* d@s profissionais de Enfermagem, por meio de suas percepções, apreciações e ações referentes ao cuidado de Enfermagem à criança em creches.

Para facilitar o manuseio dos dados, identifiquei as unidades temáticas pelo número da tese ou dissertação, seguido do número da página. Exemplificando, o número 380 significava que aquela unidade fora extraída da página 80 da pesquisa de número 3. Adotei as normas da ABNT ao transcrever unidades temáticas para os resultados e discussões deste estudo. No entanto, para distingui-las de outras citações, utilizei o itálico como forma de letra e incluí um T quando a unidade foi extraída de uma Tese e um D quando extraída de uma Dissertação.

Minayo (1999) explica que, para integralizar essa etapa torna-se necessária a elaboração de categorias analíticas que permitam desvendar as relações essenciais. Neste estudo, tais categorias foram selecionadas a priori e constituem, conforme descrito anteriormente, nas concepções bourdieianas de campo, *habitus* e capital. A

autora adverte ainda, acerca da necessidade da elaboração de categorias empíricas capazes de suscitar as contradições do nível empírico do material em estudo. Estas foram sendo evidenciadas por meio dos critérios de repetição e relevância, os quais são sugeridos por Turato (2003). Pelo critério de repetição, investiguei o que os trabalhos tinham em comum, ou seja, destaquei as colocações reincidentes. Pelo critério de relevância, seguindo as recomendações do autor, procurei destacar pontos que independentemente da frequência de aparição, confirmassem ou refutassem os pressupostos desta pesquisa. Assim, na elaboração das categorias empíricas, considerei a frequência e o modo com que as diferentes formas de cuidar, de capacitar para o cuidado, de organizar o cuidado, de inculcar nas crianças o *habitus* de cuidar de si eram expressas nas teses e dissertações. Após ter cotizado as unidades de registro entre as categorias analíticas e empíricas tentei compreender a relação existente entre elas. “Geralmente a interação de ambos os critérios permite ao analista o aprofundamento do conteúdo das mensagens” (MINAYO, 1999, p. 236).

4.2.3.3 Análise final

Nessa etapa, efetiva-se a interpretação dialética. Para tanto, é indispensável a oscilação entre o dado empírico e o referencial teórico. “Esse movimento incessante que se eleva do empírico para o teórico e vice-versa, que dança entre o concreto e o abstrato, entre o particular e o geral é o verdadeiro movimento dialético visando o concreto pensado” (MINAYO, 1999 p. 236).

Tentando esclarecer, acerca da forma de elaboração dessa etapa, a autora acrescenta:

A partir dos dados colhidos e acumulados, o investigador se volta para os fundamentos da teoria para uma reflexão sobre os conceitos iniciais, para colocação em dúvida das idéias evidentes. Assim ele constrói uma nova aproximação do objeto: o pensamento antigo que é negado mas não excluído, encontra outros limites e se ilumina na elaboração presente. O

novo contém o antigo incluindo-o numa nova perspectiva (MINAYO, 1999, p. 233-234).

Assim, ao desvelar a correlação existente entre os achados e o referencial teórico de Pierre Bourdieu; os achados e o contexto histórico e político, tanto da Enfermagem quanto do cuidado à criança em creches e da situação da mulher na condição de mãe e cidadã, busquei, a partir da produção científica, interpretar, histórica e simbolicamente, como se expressa na produção científica da Enfermagem, o cuidado à criança em creches. Minayo(1999, p. 237) adverte, no entanto, que a interpretação revela “que o produto da pesquisa é um momento da práxis do pesquisador. Sua obra desvenda os segredos de seus próprios condicionamentos”. Outra dimensão da pesquisa social enfatizada pela autora refere-se à necessidade de vinculação estratégica da realidade. Para ela, a conclusão das pesquisas deve “servir de fundamento para propostas de planejamento e avaliação de programas, revisão de conceitos, transformação de relações, mudanças institucionais, dentre outras possibilidades” (MINAYO, 1999, p. 238). Em consonância com a autora, creio que da interpretação dialética dos dados deste estudo, poderá advir uma nova perspectiva para o cuidado de Enfermagem à criança em creches.

Em termos práticos, procurei mostrar o material estudado tanto em extensão quanto em profundidade. Para apresentá-lo em extensão, elaborei uma análise descritiva, por meio da qual tentei dimensionar a representatividade que o tema “cuidado de Enfermagem à criança em creches” tem no campo da Enfermagem, elaborei um quadro demonstrativo das teses e dissertações analisadas e descrevi aspectos significativos constantes nos arquivos. Na tentativa de compreender e interpretar o objeto investigado, analisei-o em profundidade, correlacionando as categorias campo, *habitus* e capital com as categorias empíricas desvendadas ao longo deste estudo. A seguir, empenhei-me em aplicar os novos conhecimentos à realidade, na tentativa de contribuir com a construção do saber em creches.

5 RESULTADOS E DISCUSSÕES: APREENSÃO, COMPREENSÃO E INTERPRETAÇÃO DO CUIDADO DE ENFERMAGEM À CRIANÇA EM CRECHES

A apresentação e discussão dos resultados desta investigação foi efetuada em dois momentos. No primeiro, procurei obter uma visão panorâmica do material em estudo. No segundo, busquei correlacionar as categorias campo, *habitus* e capital, com as categorias empíricas que emergiram durante o processo de análise.

5.1 ANÁLISE DESCRITIVA DAS TESES E DISSERTAÇÕES ACERCA DO CUIDADO DE ENFERMAGEM À CRIANÇA EM CRECHES, PRODUZIDAS NO CAMPO DA ENFERMAGEM

Para obter uma visão panorâmica das teses e dissertações que integram este estudo, elaborei um quadro demonstrativo, apresentado na página 98. Sua composição incluiu os seguintes aspectos: natureza do estudo/código, instituição/ano de sustentação, objeto de estudo, corrente epistemológica, abordagem teórica, método, amostra, instrumento de coleta de dados e abordagem.

No item natureza do estudo/código, identifiquei com a letra (T) as teses e com (D) as dissertações e acrescentei o código publicado pela ABEn Nacional, no Catálogo de INFORMAÇÕES sobre Pesquisas e pesquisadores em ENFERMAGEM. A seguir, listei a instituição e o ano de sustentação de cada pesquisa, adotando a ordem cronológica como critério. Para construir os demais itens, procurei manter a redação original contida nos resumos ou no corpo dos trabalhos.

O objeto de pesquisa foi explicitado em apenas sete estudos. Dos demais, transcrevi os objetivos, na tentativa de dar ênfase ao foco da investigação.

Para Richardson, (1999, p. 60), “antes de escrever o projeto, o pesquisador deve decidir a corrente epistemológica que orientará o trabalho que pretende realizar. Em seguida, estudará em nível macro, dentro da corrente escolhida, as diversas aproximações ao fenômeno”. Embora a maior parte das autoras não tenha especificado a corrente epistemológica adotada, senti necessidade de tentar identificá-la, para melhor realizar a análise do material em estudo, pois acredito que “toda discussão metodológica guarda em si uma proposta, até porque é impossível não ter posição. Se insistíssemos em não ter posicionamento, isso seria o pior deles” (DEMO, 1989, p. 13). Na coluna intitulada abordagem teórica, procurei visualizar quais conhecimentos deram base às pesquisas. Dessa forma, incluí tanto as teorias oriundas de diferentes campos do saber, quanto os temas descritos nas revisões de literatura. Nas três colunas seguintes, descrevi aspectos metodológicos referentes ao tipo de método, composição da amostra e instrumento de coleta de dados, respectivamente. A seguir, procurei identificar a abordagem empregada para apresentação dos resultados, descrevendo-as como qualitativas, quantitativas e quali-quantitativas concomitantemente. O asterisco (*) utilizado para assinalar algumas informações, indica que estas não foram descritas pelas autoras, mas deduzidas por mim a partir da análise dos escritos.

Complementei a análise descritiva resgatando dos arquivos aspectos significativos como a ocupação das autoras e o contexto do estudo, incluindo o tipo de creche, equipe de trabalho e legislação vigente na época.

Conforme referido anteriormente, este estudo é produto da análise de dez pesquisas, sendo duas teses para a obtenção do título de doutor(a) e oito dissertações para obtenção do título de mestre. Quanto às instituições de defesa, da Universidade de São Paulo, USP, foram originados cinco trabalhos, sendo uma tese e quatro dissertações. Da Universidade Federal do Rio de Janeiro, UFRJ dois, sendo uma tese e uma dissertação. As demais dissertações provêm da Universidade Federal de São

Paulo, UNIFESP, da Universidade de Federal de Santa Catarina, UFSC e da Universidade Federal de Minas Gerais, UFMG.

No que se refere às pesquisadoras, uma era diretora de creche conveniada à Secretaria do Bem-Estar Social da Prefeitura de São Paulo, uma era coordenadora da Área da Saúde em três Centros de Desenvolvimento Infantil da Sociedade Alfa Gente na cidade de Florianópolis, sete eram docentes nas seguintes universidades: Escola de Enfermagem e Obstetrícia de Passos /MG, Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Cidade de São Paulo, Universidade Federal Fluminense, Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo e Escola de Enfermagem Wenceslau Brás/MG. Uma das docentes não especificou a universidade na qual trabalhava e houve ainda uma pesquisadora que não mencionou sua ocupação.

Entre as creches que constituíram os cenários para efetivação das pesquisas em questão, duas pertenciam à USP e eram administradas pela Coordenadoria de Assistência Social (Coseas). “*A Coseas é um órgão da USP ligado diretamente à Reitoria e encarregado de implementar a política de atendimento social a funcionários e estudantes*” (VERÍSSIMO, 2001 p. 27, T). Entre as demais, havia creches públicas municipais e estaduais, sendo uma num Centro Integrado de Assistência à Criança CIAC e uma num Centro de Atendimento Integral à Criança CAIC. Havia, ainda, creches particulares conveniadas a prefeituras municipais, creches mantidas por entidades filantrópicas e uma creche comunitária mantida pela Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social. Cabe destacar que à exceção das creches da USP, cujos usuários “*são funcionários docentes e técnico-administrativos, bem como discentes vinculados à universidade*” (Veríssimo, 2001, p. 27, T), todas as outras se destinavam ao cuidado de crianças carentes.

Para elucidar a conotação com que a expressão “criança carente” foi empregada, apresento os seguintes registros: “*Em conjunto com docentes daquela disciplina, entrei em contato direto com crianças que freqüentavam a creche de uma*

QUADRO DEMONSTRATIVO DAS TESES E DISSERTAÇÕES

Nat. estudo/ Código	Instituição/Ano	Objeto de estudo	Corrente epistemológica	Abordagem Teórica	Processo de coleta	Amostra	Instrumento/ Coleta de dados	Abordagem
D Nº 983	UNIFESP 1994	Utilização de elementos da administração no desempenho das tarefas de administradores de creches conveniadas com SEBES-PMSP.	Positivista	Teoria de Fayol e Taylor	Survey - descritivo	104 administradores de creches	Entrevista – formulário fechado	Quantitativa
D Nº 1331	USP-RP 1996	Objetivo: Caracterizar os recursos humanos que atuam em oito creches comunitárias do município de Passos, na sua dimensão quantitativa e qualitativa.	Interpretacionista	Origem e evolução das creches no Brasil, ECA, Diretrizes do Ministério da Saúde para instalação e funcionamento das creches	Survey*	73 trabalhadoras, 17 estagiárias e dirigentes das creches	Entrevista – formulário semi-estruturado	Quantitativa e qualitativa
T Nº 1319	UFRJ 1996	Quando você cuida da criança na creche, o que você faz? E o que você pretende com isso?	Interpretacionista	Sociologia compreensiva de Alfred Schutz. História das creches no Brasil	Survey*	9 pessoas que cuidam das crianças	Entrevista – questões abertas	Qualitativa
D Nº 1673	USP 1998	Objetivo Geral: Caracterizar as condições de vida, saúde e nutrição de crianças de quatro a vinte e cinco meses, matriculadas em creches credenciadas junto ao Centro de Saúde Geraldo de Paula Souza da Universidade de São Paulo, com a finalidade de fornecer subsídios para a formulação de futuras propostas de intervenção nessas Instituições, buscando a promoção da saúde.	Positivista	Situação de saúde e nutrição das crianças. IBGE e Ministério da Saúde	Survey*	94 crianças com idade entre 4 e 25 meses que freqüentavam as 8 creches conveniadas com o Centro de Saúde Escola	Entrevista – formulário. Peso, estatura e coleta de sangue	Quantitativa
D Nº 2100	UFRJ 1999	A presente investigação teve como objeto de estudo a assistência à saúde das crianças em creches públicas.	Interpretacionista	Legislação de amparo à criança; educação infantil e situação de saúde da infância	Estudo descritivo - Survey*	9 coordenadoras de creches municipais	Entrevista – formulário, questões abertas	Quantitativa - qualitativa
D Nº 2859	UFSC 2000	Como a educação problematizadora aplicada às educadoras infantis pode influenciar na resolução das necessidades básicas de saúde das crianças que freqüentam a creche?	Interpretacionista	Histórico de creches. Pedagogia problematizadora - Paulo Freire	Pesquisa convergente assistencial	16 educadoras infantis, merendeiras, servente, auxiliar de enfermagem e a coordenadora pedagógica	Seis encontros de período integral.	Qualitativa
D Nº 2836	USP 2001	O que você acha de conversar com a criança?	Interpretacionista	Teoria de Henri Wallon e das Representações Sociais. Histórico de creches	Survey*	6 educadoras/cuidadoras	Entrevista – uma questão aberta	Qualitativa
T Nº 2818	USP 2001	Objetivo: Apreender e analisar as representações dos profissionais que atuam na creche acerca do cuidado da criança.	Interpretacionista	Teoria das Representações Sociais de Moscovici. Referencial Curricular Nacional para a Educação Infantil e o Cuidado	Survey - Estudo de campo*	9 educadoras e 7 coordenadoras	Entrevista – roteiro aberto e semi-estruturado. Oficina educativa.	Qualitativa
D Nº 2966	USP 2002	Será que a creche/pré-escola está conseguindo garantir o cuidado/educação com condições ambientais (físicas e humanas) seguras para prevenir acidentes com a criança?	Interpretacionista	Acidentes na infância e história da Educação Infantil	Estudo quantitativo descritivo	20 educadoras infantis	Entrevista – formulário / Mapa de risco	Quantitativa
D Nº 3027	UFMG 2002	O que leva as mães a não comparecerem com regularidade às consultas? Como o período que a criança está na creche afastada da mãe, influencia a recuperação? O que "falta" ou não está sendo investigado nessas crianças que apresentam desnutrição?	Interpretacionista	Teoria do Vínculo de Pichon-Bowlby; Desnutrição	Estudo etnográfico - Leininger	6 mães	Entrevista semi-estruturada. Observação participante e análise documental	Qualitativa

* Dedução minha

comunidade de baixa renda, praticamente favela” (SOARES, 1998, p. 3, D, grifo da autora). “O documento prioriza também a matrícula da criança cuja mãe exerça atividades produtivas geradoras de uma renda máxima de dois salários mínimos” (TAVARES, 1999, p.44, D). “Nas proximidades da creche/pré-escola há cortiços e pensões, de onde procedem algumas crianças que freqüentam a creche/pré-escola. [...] São crianças de famílias onde a renda familiar varia em torno de 1 a 3 salários mínimos e grande parte tem a mãe como chefe da casa” (CORTEZ, 2002, p. 23, D).

A investigação da abordagem utilizada no tratamento dos dados analisados nas teses e dissertações em estudo demonstrou que em três trabalhos os resultados foram apresentados quantitativamente, em cinco a abordagem foi qualitativa e em dois, os enfoques qualitativo e quantitativo foram empregados concomitantemente. Assim, ficou evidente uma forte tendência ao emprego, pelas pesquisadoras de Enfermagem, da abordagem qualitativa. Constatação semelhante foi obtida por Neves e Vargem (2001) ao analisarem as teses produzidas nos cursos de doutorado em nosso país. As autoras comentam que, com o advento das metodologias qualitativas, ocorreu uma transformação “na maneira de pensar da enfermagem brasileira, demonstrada através do movimento político nas entidades de classe, aliado à associação da profissão de enfermeira com as idéias de humanização do cuidado e ao destaque que ganhou em nosso meio o homem ecológico e o homem cidadão” (NEVES e VARGENS, 2001, p. 15). Cabe ressaltar, ainda, que “foi a literatura sobre pesquisa qualitativa produzida por responsabilidade de investigadores da área de enfermagem que significativamente incluiu debates sobre o uso de tais metodologias na área da saúde” (TURATO, 2003, p. 169).

É possível estabelecer relação entre a produção científica em estudo e as políticas de proteção à infância. Todos os trabalhos analisados foram concluídos após a promulgação da Constituição de 1988, a qual inseriu a Educação Infantil no capítulo referente à Educação, tirando-lhe, pelo menos teoricamente, o caráter filantrópico e assistencialista que predominava até então. Mesmo sem caracterizar obrigatoriedade, a Constituição colocou a Educação Infantil como direito da criança e dever do Estado.

Dois anos após, foi sancionada a Lei n. 8069, que dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente. Este assegurou à criança o direito de ser atendida em creches e pré-escolas.

No período compreendido entre 1993 e 1999, ou seja, em sete anos, cinco trabalhos foram defendidos, sendo dois em 1996, ano em que foi sancionada a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional. A partir dessa lei, a finalidade da Educação Infantil, primeira etapa da Educação Básica, passou a ser o desenvolvimento integral da criança de zero a seis anos de idade. Os demais trabalhos, em número de cinco, foram defendidos nos três anos subsequentes. Esse fato me permite inferir que, embora o número de trabalhos ainda seja reduzido, o interesse pela temática vem crescendo entre @s enfermeir@s.

Com maior ou menor detalhamento, aspectos da legislação vigente foram discutidos em sete investigações; no entanto, não há avaliação do impacto que a nova legislação provocou na Educação Infantil. Ao historicizar o cuidado à criança em creches e ao contextualizar os cenários de seus estudos, as enfermeiras evidenciam que as creches continuam desenvolvendo uma educação compensatória e assistencialista.

O Ministério da Saúde não determina que o acesso à creche seja prioridade da criança carente, mas da criança pequena conforme assegura a Constituição.[...] Entretanto, nas creches estudadas, a prioridade é pelas crianças carentes, tendo em vista o pequeno número de instituições que oferecem atendimento à criança, não conseguindo atender à demanda e concorrendo para o atendimento de famílias com menor poder aquisitivo, mesmo porque, as creches existentes são de caráter filantrópico (CARMO, 1996, p. 86, D).

O desrespeito à Constituição é ainda apreendido pelo critério de seleção das crianças que continua tendo como foco a mãe trabalhadora. Como agravante, na maior parte das teses e dissertações, as autoras evidenciam que é exercido pela direção das creches um controle sobre o trabalho materno, para obtenção e manutenção de vagas para as crianças; entre elas: *“Três mães foram excluídas da instituição por não apresentarem Declaração de emprego conforme determinação da Secretaria Municipal de Educação”* (RIBEIRO, 2002, p.113, D).

A mãe deve comprovar, através da folha de presença, assinada por seus empregadores, que está trabalhando. A folha de presença é verificada diariamente pela coordenadora da creche. As mães que não têm como comprovar a presença no trabalho não conseguem vaga para seu filho (CARMO, 1996, p. 92, D).

[...] a inserção da criança na creche faz-se mediante apresentação [...] da carteira de trabalho da mãe ou responsável (ou declaração do empregador, com endereço e telefone) (TAVARES, 1999, p. 44, D).

Outras seis instituições explicitam exigência semelhante. A possibilidade de oferecimento de vagas para filh@s de pai trabalhador foi descrita em apenas uma dissertação. Esse critério de seleção representa um avanço no cuidado à criança em ambiente coletivo, pois além de colocar a creche como uma prestadora de serviço à família e à comunidade, trata homens e mulheres como igualmente responsáveis pelo cuidado das crianças.

Os critérios para seleção das crianças incluíam trabalho materno fora de casa, renda familiar precária, necessidade de remuneração de terceiros para o cuidado da criança, ou mesmo a frequência anterior de irmãos na creche. As instituições vinculadas ao Estado permitiam também, a matrícula de filhos de pai trabalhador (SOARES, 1998. p. 15, D).

Obviamente, é indispensável que homens e mulheres trabalhador@s disponham de local apropriado ao cuidado de seus filhos e filhas, onde as crianças, em ambiente acolhedor, seguro e estimulante possam desenvolver integralmente suas potencialidades. No entanto, tal situação precisa ser direcionada a todo o grupo pediátrico, pois a legislação referente à Educação Infantil é incondicionalmente extensiva às crianças de zero a seis anos de idade, garantindo-lhes gratuitamente o cuidado e a educação em creches e pré-escolas.

Outro aspecto, muito relevante, abordado nos estudos analisados, foi a carência bibliográfica acerca do cuidado à criança em creches. Na dissertação referente à caracterização de recursos humanos, a pesquisadora refere:

O levantamento bibliográfico foi realizado nos acervos da Biblioteca Acadêmica da Escola Paulista de Medicina (BIBLAC), da Biblioteca Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências de Saúde (BIREME), da Biblioteca da Fundação Carlos Chagas, Biblioteca da Faculdade de Administração Getúlio Vargas e Biblioteca da SEBES-PMSP.

Apenas nas bibliotecas das SEBES e da Fundação Carlos Chagas foram encontrados trabalhos publicados sobre administração de creche (BORBA, 1994, p. 10, D).

Abordando acidentes infantis e seus riscos, a pesquisadora comenta:

O levantamento bibliográfico nas bases de dados do LILACS, MEDLINE, ERIC, UNIBIBLI, e CEPEn, no período de 1990 a 2001 demonstrou não existir na bibliografia consultada dados epidemiológicos de acidentes com crianças em creches/pré-escolas, somente alguns estudos isolados sobre acidentes de uma forma geral (CORTEZ, 2002, p. 12, D).

Evidenciei, também, a escassez de estudos referentes ao cuidado de Enfermagem à criança em creches, ao efetuar um levantamento dos trabalhos apresentados no 51º Congresso Brasileiro de Enfermagem, realizado no ano de 1999. Dos 2099 resumos que compuseram o livro desse evento, apenas oito (0,38%) referiram-se a esse objeto de investigação. “Essa pequena representatividade pode estar associada ao escasso capital simbólico que historicamente a temática confere a suas autoras” (CÉSAR VAZ; BACKES; GOMES, 2003, p. 14).

Tais evidências confirmam a histórica tendência em priorizar o cuidado de Enfermagem no nível hospitalar, pois esse é o cenário em que se concentram as maiores oportunidades de emprego, é onde a maior carga horária da formação acadêmica é absorvida e, conseqüentemente, é nele que @s enfermeir@s têm mais clareza em relação às suas funções e aos possíveis objetos de pesquisa. Quer como causa, quer como conseqüência desse fenômeno, a estrutura do campo da Enfermagem, em particular, e do campo da saúde, em geral, confere maior prestígio ao conhecimento produzido em nível hospitalar. Por outro lado, a academia responde a essa necessidade de mercado por meio de conhecimento tecnológico gerado e consumido no processo de formação profissional. Assim, quanto mais especializado o conhecimento produzido, maior o aporte de capital simbólico conferido sob forma de premiações, convites para participação em eventos científicos, espaço em periódicos científicos para publicações, enfim, maior prestígio, poder e dinheiro, entre outras formas de distinção. Esses fatos, consciente ou inconscientemente, direcionam o interesse d@s pesquisador@s, ocasionando acúmulo de pesquisas referentes a determinadas temáticas em detrimento de outras.

Considerando que é necessário correlacionar conceitos historicamente estereotipados como os de cuidado, de Enfermagem, de criança e de creche, para compor a temática deste estudo, ou seja, o cuidado de Enfermagem à criança em creches, é compreensível que ele gere pouco interesse nas pesquisadoras. Na expressão das concepções bourdieusianas, está registrado:

A definição dominante das coisas boas de se dizer e dos temas dignos de interesse é um dos mecanismos ideológicos que fazem com que coisas também muito boas de se dizer não sejam ditas e com que temas não menos dignos de interesse não interessem a ninguém, ou só possam ser tratados de modo envergonhado ou vicioso (BOURDIEU, 2002a, p. 35).

No entanto, o pequeno ou nulo interesse por um tema não pode nos induzir a acreditar que ele não requeira investimento, pois entre os mecanismos profundos que fundamentam, no mundo social, a concordância entre as estruturas cognitivas e as estruturas sociais, figura o potencial de prestígio, ou seja, o capital que o investimento em determinado objeto de pesquisa confere a seus investidores (BOURDIEU, 1999a). Cabe ressaltar que o escasso investimento em uma temática pode não ser intencional, pois “os agentes sociais têm ‘estratégias’ que só muito raramente estão assentadas em uma verdadeira intenção estratégica” (Bourdieu, 1997, p. 145).

5.2 CORRELAÇÃO DAS CATEGORIAS ANALÍTICAS CAMPO, *HABITUS* E CAPITAL, COM AS CATEGORIAS EMPÍRICAS APREENDIDAS

Embora campo, *habitus* e capital constituam conceitos distintos, nos diferentes contextos eles são empregados de forma mais ou menos articulada, porém nunca isoladamente. Mesmo assim, procurei encontrar uma forma para caracterizar a predominância de cada uma dessas categorias analíticas ao correlacioná-las com as categorias empíricas apreendidas.

5.2.1 O campo da Enfermagem e a produção científica acerca do cuidado à criança em creches

Na abordagem desta categoria apliquei as propriedades comuns que regem os mais diversos campos e considerei que “o universo ‘puro’ da mais ‘pura’ ciência é um campo social como outro qualquer, com suas relações de força e monopólios, suas lutas e estratégias, seus interesses e lucros, mas onde todas essas *invariantes* revestem formas específicas” (BOURDIEU, 1994, p. 122, grifo do autor). Inicialmente me detive no campo científico, no sentido amplo, enfocando sua interconexão com campos científicos específicos, como por exemplo, o da Enfermagem, da Medicina, da Sociologia, da Matemática e da Filosofia. A seguir, visualizei o campo da Enfermagem, por meio dos pressupostos que o regem e dos referenciais teóricos que fundamentaram a produção científica analisada.

5.2.1.1 Correlação da produção científica com os pressupostos que regem o campo da Enfermagem

De uma maneira geral, a cada campo científico corresponde um capital científico específico que lhe confere identidade social. Nesse sentido, Leopardi (1999) afirma que aceitemos ou não os conteúdos das Teorias de Enfermagem, elas representam o saber d@s enfermeir@s assim como as Teorias da Sociologia representam o saber d@s sociólog@s e as Teorias da Física o saber d@s físic@s. A autora ilustra sua afirmação referindo que não se concebe a formação de físic@s sem o estudo das Teorias de Newton e Einstein, não se concebe a formação de sociólog@s sem o estudo das Teorias de Weber, Durkheim e Marx; por analogia, não se pode conceber a formação de enfermeir@s sem o estudo das Teorias de Enfermagem. No entanto, no campo da Enfermagem, as teorias são pouco conhecidas e raramente empregadas como fundamento da prática. Dessa forma, o reconhecimento das Teorias

de Enfermagem, como parte do capital científico e simbólico, limita-se quase que exclusivamente à academia e aos hospitais universitários. Esse fato dificulta ou mesmo impossibilita tanto a testagem das teorias quanto o desenvolvimento de um debate que tenha como base argumentos oriundos do cotidiano d@s profissionais.

É necessário considerar que as teorias da ciência se predispõem a cumprir funções ideológicas tanto nos campos reconhecidamente científicos quanto naqueles que buscam a cientificidade como é o caso do campo das Ciências Sociais. Tais teorias “universalizam as propriedades ligadas a *estados particulares* desses campos” (BOURDIEU, 1994, p. 141, grifo do autor). Assim, é pertinente a efetivação de uma crítica dialética acerca dos interesses, dos valores, da identificação do que confere e do que não confere capital e poder em um determinado campo científico; entre eles, as teorias e os objetos de pesquisa que requerem investimento, entre outros interesses que movem um campo.

Nesse sentido, procurei inicialmente caracterizar o campo da Enfermagem e, a partir daí, correlacionar os valores, interesses e capital, com a produção científica em estudo. Na caracterização do campo da Enfermagem, listei os pressupostos que nortearam as discussões incitadas por Neves e Vargens na “Primera Reunión de Programas de Doctorado en Enfermería para América Latina”, realizada no México, em novembro de 2001. Abordando o tema *Los programas de doctorado en enfermería ante los avances científicos y tecnológicos: Desafíos y perspectivas. Estudio de caso de Brasil*, @s autor@s esclarecem que, embora respeitem a diversidade de concepções, acreditam que:

- a Enfermagem, é uma disciplina profissional que adota uma perspectiva teórico-filosófica característica das ciências humanas, que tem uma finalidade prática e social;
- a Enfermagem, ao manter coerência com os valores filosóficos de uma profissão de ajuda, interessa-se em buscar o conhecimento de aspectos-não materiais e

não-observáveis, tanto do que existe no mundo, quanto do que devemos fazer em relação à vida humana;

- a Enfermagem é uma ciência humana e prática, que emprega tanto conhecimentos e tecnologias de outros campos quanto desenvolve seu próprio conhecimento e tecnologia;

- na Enfermagem, o processo de trabalho é compartilhado entre os agentes da profissão e ocorre em um sistema de saúde de natureza multiprofissional;

- a Enfermagem é uma prática social (concepção apoiada na posição adotada pela Associação Brasileira de Enfermagem);

- sendo a Enfermagem uma prática social, entendemos que suas investigações combinam o concreto e o subjetivo de uma prática, ao dar-lhe caráter também social e conseqüentemente humano;

- a questão de gênero é um fator importante na produção do conhecimento e das tecnologias da Enfermagem. Por ela o feminino estará presente na forma, na definição dos problemas e objetos de estudo, na escolha temática, na linguagem, nas opções metodológicas, na interpretação dos resultados e nas estratégias propostas para incorporação dos achados à realidade da prática.

Discorrendo sobre os pólos da produção filosófica, Pinto (2000, p. 18) comenta a alusão feita por Michel Foucault a uma “linha divisória separando uma filosofia da experiência, do sentido, do sujeito, de uma filosofia do saber, da racionalidade e do conceito”. Clivagem semelhante é apresentada por Moreira (2002); para ele, as ciências humanas e sociais têm mediado entre duas correntes praticamente opostas, que são a positivista e a interpretacionista. Aqueles que adotam a corrente positivista, ou seja, a filosofia da experiência, entendem que o comportamento humano resulta de forças, fatores ou estruturas, sejam elas internas ou externas, que agem sobre os seres humanos para gerar determinados resultados. Tais forças podem ser estudadas tanto por estudos experimentais quanto por levantamentos amostrais. O termo interpretacionismo, que corresponde à filosofia do saber, é utilizado para designar a

abordagem epistemológica que se serve dos estudos qualitativos para estudar o ser humano. Nela é indispensável o emprego de “um conjunto metodológico diferente que leve em conta que o homem não é um organismo passivo, mas sim que interpreta continuamente o mundo em que vive” (MOREIRA, 2002. p. 44). Para os interpretacionistas, a vida humana é ativamente construída pelo contato de umas pessoas com as outras. Dessa forma o comportamento humano é considerado interativo e interpretativo.

Ao articular os conceitos de hermenêutica e de dialética, Minayo (2002) apresentou um método de análise das ciências humanas e sociais, que atenua a polaridade acima referida, por meio da qual, do ponto de vista metodológico, os problemas da prática científica costumam ser reduzidos às relações entre qualitativo e quantitativo. Em suas concepções, a superação desse dualismo se expressa no fato de que toda a qualidade comporta certos limites quantitativos, da mesma forma que a quantidade comporta certos limites qualitativos. É por intermédio da subjetivação do objeto e da objetivação do sujeito que a autora pretende alcançar "um caminho de possibilidades de construção teórico-metodológica de base empírica e documental" (MINAYO, 2002, p. 83).

Investigando as bases epistemológicas utilizadas nas pesquisas referentes ao cuidado de Enfermagem à criança em creches, percebi que em dois estudos as autoras adotaram a corrente positivista e em oito, a interpretacionista. No entanto, em somente uma tese a autora explicitou a fundamentação adotada, identificando-a como fenomenológica. Nos demais estudos, foi a análise do referencial teórico, do referencial metodológico, da técnica de coleta de dados e a forma de apresentação dos resultados, com enfoque qualitativo e/ou quantitativo que me permitiram inferir acerca da corrente filosófica empregada.

A predominância da corrente interpretacionista reafirma as considerações tecidas por Prado e Gelbcke (2001) ao analisarem a produção do conhecimento de Enfermagem no Brasil. As autoras referem que atualmente o conhecimento de Enfermagem está mais fundamentado nas Ciências Sociais e do Comportamento

Humano, conseqüentemente, mais distanciado da área biomédica, cujo interesse continua quase que exclusivamente direcionado aos estudos quantitativos, exceto os que desenvolvem trabalhos de medicina social (TURATO, 2003). Dando continuidade a sua argumentação, Prado e Gelbeke (2001, p. 39) expressam a tendência a uma nova percepção do homem no mundo, relacionando-a com a possibilidade de uma assistência mais integral e complementam suas considerações servindo-se das idéias de Almeida (1995), que menciona que “a aproximação com as ciências sociais e metodologias qualitativas tem possibilitado à Enfermagem uma melhoria na qualidade de assistência prestada”. Dessa forma, a Enfermagem caracteriza-se como uma Disciplina profissional que adota uma perspectiva teórico-filosófica das ciências humanas, que tem como finalidade a prática social.

Como prática social, que busca o conhecimento de aspectos não-materiais e não-observáveis, tanto do que existe no mundo, quanto do que devemos fazer em relação à vida humana, a Enfermagem tem procurado delinear novos e promissores caminhos, nos quais o cuidado humano tenha como função primordial à promoção de saúde. Esse pressuposto ficou evidenciado nos seguintes escritos:

A idéia de superar os enfoques médico-higienista e assistencialista suscita o desafio de construir uma nova visão, um novo referencial de atendimento da criança. É falar de cuidado à criança sadia, e de creche como um direito da criança, como um espaço de vida e saúde, de interações, de descobertas e aprendizagem, de desenvolvimento de suas potencialidades e cidadania. Esse enfoque responde à função de promover saúde à criança usuária do serviço, numa perspectiva de superar a noção de que a creche seja um ‘mal necessário’, um risco ao desenvolvimento infantil (VERÍSSIMO, 2001, p. 20, T).

*Neste processo de me fazer aos poucos, pude pensar e viver uma **enfermagem** dinâmica, que busca suas relações com o todo na promoção, manutenção, recuperação e reabilitação da qualidade de vida do ser humano. Sob meu olhar profissional e pessoal considero a enfermagem como uma disciplina que possibilita (ao profissional da área da saúde) uma gama de variações no foco de atenção, sem deixar de preocupar-se com a saúde e bem-estar dos seres humanos convivendo em determinado ambiente. Entendo também que é uma profissão que amplia e busca consolidar-se formando o corpo próprio de conhecimentos e a sua essência, que tem como objetivo a integralidade do ser humano, compreensão e intervenção na realidade, envolvendo processos educativos e/ou terapêuticos (FARIAS, 2000, p. 43-44, D, grifo da autora).*

As investigações no campo da Enfermagem combinam o concreto e o subjetivo de uma prática social. Nesse mesmo sentido, Neves e Vargem (2001) explicam que sendo a Enfermagem uma ciência humana e prática, tem características distintas daquela ciência que enfatiza a objetividade e a demonstratividade concreta dos fenômenos, assim se ocupa muito mais com os processos humanos do que com os produtos estudados. Ao ocupar-se dos processos, a Enfermagem busca conhecer como os fenômenos ocorrem *naturalmente*, pois lhe importa as relações estabelecidas entre eles. Conhecer o processo significa “conhecer como é sua dinâmica interna, como cursa e como se transforma, levando o pesquisador qualitativista a penetrar na estrutura íntima e latente do objeto de estudo” (TURATO, 2003, p. 262). Essa modalidade de investigação, adotada pela Enfermagem como prática social, auxilia a “quebrar a imagem comum, admitida, adquirida, *natural*, [...pois...] cada vez que se diz é natural, há manipulação, dominação (BOURDIEU, 2002b, p. 50, grifo meu).

5.2.1.2 Correlação da produção científica com os referenciais teóricos que a fundamentaram

Entre os referenciais teóricos utilizados pelas autoras, encontrei três dissertações fundamentadas, respectivamente, nos Princípios de Administração de Taylor e Fayol; na Educação Problematizadora de Paulo Freire e na Teoria do Vínculo de Pichon-Bowlby, uma tese, na Sociologia Compreensiva de Alfred Schutz, outra na Teoria das Representações Sociais de Moscovici. Encontrei, também, uma dissertação fundamentada em duas teorias, ou seja, na Teoria das Representações Sociais de Moscovici e na Teoria Desenvolvimentista de Henri Wallon.

A título de ilustração, resumi a descrição desses referenciais e os relacionei com os objetos de estudo. Para tanto, limitei-me a consultar o material elaborado pelas pesquisadoras e incluí em apêndice a listagem da bibliografia que fundamentou seus escritos.

Princípios administrativos de Taylor e Fayol

Esses princípios fundamentaram a Dissertação intitulada “Utilização de elementos de administração no desempenho das tarefas de administradores de creches do município de São Paulo”. Tendo como fonte bibliográfica Fayol (1960), Taylor (1978) e Chiavenato (1985, 1987, 1989a,b,c,d) a autora apregou que: “[...] a utilização dos elementos da administração é fundamental para o alcance dos objetivos da empresa, visto que a sua aplicação permite elaborar adequadamente o programa da empresa, a coordenação de esforços e a harmonização do trabalho” (BORBA, 1994, p. 1-2, D) como complemento a autora refere que:

[...] no mundo contemporâneo, onde o esforço cooperativo do homem é a base fundamental da sociedade, a administração tornou-se uma das mais importantes áreas da atividade humana. Em qualquer organização ou outra forma de empreendimento humano, a eficácia do trabalho conjunto para conseguir objetivos comuns depende, principalmente, da capacidade daqueles que utilizam os elementos da administração. Portanto, toda organização precisa ser administrada adequadamente para alcançar os seus objetivos com a maior eficiência e economia de ação e de recursos (BORBA, 1994, p. 2, D).

Os elementos de administração selecionados para a realização deste trabalho foram o planejamento, a coordenação, a execução, a supervisão e a avaliação. Segundo a autora, em administração o planejamento serve de base para os demais elementos e visa a otimizar e maximizar os resultados de cada tarefa. Assim, o planejamento determina

*[...] o objetivo a ser alcançado, as decisões nas ações futuras, a estratégia global e os planos operacionais detalhados relativos aos recursos humanos e não humanos. [...] A **coordenação** estabelece as relações entre as várias partes do trabalho, harmoniza as ações e os esforços coletivos, indica o objetivo a alcançar e guia os atos dos funcionários. [...] A **execução** coloca em prática o plano de trabalho pela realização de uma tarefa. [...] A **supervisão** é um processo interpessoal entre administradores e seus subordinados; tem como finalidade fazer com que as tarefas sejam executadas e os objetivos alcançados. A comparação de um objetivo proposto com um resultado obtido constitui a **avaliação**. Esta garante a qualidade do trabalho através da mensuração dos resultados, da ação corretiva imediata, da revisão de outros elementos de administração, adequando-os à realidade e às possibilidades concretas de execução e de prevenção da ocorrência de erro (BORBA, 1994, p. 19-20, D, grifo da autora).*

Embora outros referenciais venham subsidiando as ações de Enfermagem na área organizacional, os princípios administrativos de Taylor e Fayol ainda são utilizados. Em nível hospitalar o emprego de tais princípios ocorre com maior frequência na administração dos serviços que se alicerçam no modelo biomédico.

Sociologia compreensiva de Alfred Schutz

Foi adotada em uma Tese com o intuito de compreender o significado do “cuidar crianças em creche comunitária”. Fundamentada em Schutz (1973 e 1974), a autora procurou compreender a especificidade da ação de cuidar a partir do vivido pelas cuidadoras. Para tanto, fundamentou seu estudo nos conceitos de:

– Situação biográfica - entendo-a como a maneira com que cada pessoa se situa frente a diferentes situações na realidade do senso comum. Essa realidade *“nos é dada de forma cultural e histórica, é de validade universal; e, a interpretação desta realidade depende da totalidade da experiência que cada pessoa constrói no curso de sua existência concreta”* (RODRIGUES, 1998, p. 24, T).

– Bagagem de conhecimentos disponíveis – consiste na sedimentação dos conhecimentos adquiridos ao longo da vida, no mundo da vida. Tais conhecimentos *“provêm de suas experiências vivenciadas ou a ele transmitidas por seus familiares, mestres e, de modo geral, pelos mais velhos”* (RODRIGUES, 1998, p. 24, T).

– Tipificações – constituem o acervo de conhecimentos que o indivíduo tem à mão em qualquer momento de sua vida; são as tipificações do senso comum que caracterizam a situação biográfica.

– Estoque de conhecimento – tem a característica de mudar a qualquer momento tanto em extensão quanto em estrutura. *“Toda e qualquer experiência posterior o enriquece [e] a experiência em curso aparece como **familiar** quando relacionada a alguma experiência anterior, através de uma síntese de reconhecimento, nos modos de: **igualdade, semelhança, similaridade, analogia**”* (RODRIGUES, 1998, p. 25, T, grifo da autora).

– Situação face a face – ocorre no mundo da vida quando *“o outro está ao alcance da minha experiência direta quando este compartilha comigo um tempo e um espaço comum. Isto acontece, quando ele está presente, pessoalmente, e estou consciente dele como pessoa”* (RODRIGUES, 1998, p. 25, T).

– Ação – tem origem na consciência da pessoa, tem caráter intencional e de projeção *“A ação de alguém significa algo para ele tanto como para mim, se relaciona com seu mundo tanto quanto com o meu e está arraigada no esquema interpretativo que criou para viver sua vida”* (RODRIGUES, 1998, p. 26, T, grifo da autora).

Assim, Schutz *“se interessa pela compreensão da ação social como o sentido que o autor confere à sua ação”* (RODRIGUES, 1998, p. 26, T, grifo da autora). As concepções de Schutz e a fenomenologia têm fundamentado inúmeros estudos no campo da Enfermagem, pois possibilitam o cuidar, a partir do vivido concreto de cada pessoa situada biograficamente no mundo da vida e o experienciando de maneira própria e intersubjetiva.

Pedagogia problematizadora de Paulo Freire

Esse referencial serviu de base para a dissertação referente à *“Educação em saúde: co-participação das educadoras infantis no processo de saúde das crianças”*. Por meio da educação problematizadora, o processo ensino-aprendizagem não se configura como uma ação de transmissão-repetição, mas, sim, *“como um ato de reconstrução coletiva. Educar é construir, é libertar o homem do determinismo, passando a reconhecer o papel da história e a questão da identidade cultural, tanto em sua dimensão individual, como em relação à classe dos educandos”* (FARIAS, 2000, p. 40, D). Nas concepções freireanas é de um processo ensino-aprendizagem, assim compreendido que *“[...] advém um conhecimento que é crítico, porque foi obtido de uma forma reflexiva, e implica em ato constante de desvelar a realidade, posicionando-se nela. O saber construído dessa forma reflete a necessidade de*

transformar o mundo, porque assim os homens se descobrem como seres históricos” (FARIAS, 2000, p. 40-41, D).

Embora Freire não tenha conceituado os termos cidadania, co-participação e co-responsabilidade, a pesquisadora os reconheceu como intimamente ligados aos processos de integração de ações coletivas. Da mesma forma que os identificou em quase toda a obra de Paulo Freire (1977, 1979, 1980, 1983, 1987, 1988, 1991, 1992, 1993, 1996, 1998, 1999), permeando os conceitos “*educação libertadora, quando fala do compromisso com o mundo e com a história, quando fala em processo de mudança, em conscientização, interação ...*” (FARIAS, 2000, p. 48, D).

As concepções freireanas em geral e a pedagogia problematizadora em especial têm sido empregadas com muita frequência tanto no ensino quanto na prática da Enfermagem, com o objetivo de transformar a realidade de opressores/oprimidos e dominadores/dominados, percebendo assim, o ser humano, desde os primeiros anos de vida, como sujeito de seu processo de viver e, portanto, co-responsável e co-partícipe na educação em saúde.

O método escolhido para operacionalizar a investigação fundamentada na pedagogia problematizadora foi a pesquisa de campo convergente-assistencial, que

[...] é aquela que mantém, durante todo o seu processo, uma estreita relação com a situação social, com a intencionalidade de encontrar soluções para problemas, realizar mudanças e introduzir inovações na situação social; portanto este tipo de pesquisa está comprometido com a melhoria direta do contexto social pesquisado (TRENTINI e PAIM 1999, p. 26).

Essa forma de pesquisar foi construída no campo da Enfermagem e vem sendo utilizada nas investigações em que se busca tanto a articulação entre teoria e prática quanto o comprometimento dos agentes sociais; entre elas, as que têm como objetivo implementar uma prática transformadora em nível comunitário.

Teoria Desenvolvimentista de Wallon

Essa teoria foi empregada na dissertação intitulada “O conversar com crianças de creches segundo suas educadoras/cuidadoras”. Nela a investigadora teve como foco o ato de “conversar com criança de zero a três anos de idade em creches”. Para realizá-la consultou Wallon (1959, 1975 e 1986), entre outros estudos desta teoria.

Sendo um interacionista, Wallon atribui o desenvolvimento infantil a uma combinação de causas hereditárias e ambientais. Galvão, estudiosa da obra de Wallon comenta que desde a concepção, a criança é gerida por fatores predominantemente orgânicos, os quais gradativamente cedem espaço a fatores ambientais.

Assim, não é possível definir um limite para o desenvolvimento da inteligência, nem tampouco da pessoa, pois dependem das condições oferecidas pelo meio e o grau de apropriação que o sujeito fizer delas. As funções psíquicas podem prosseguir num permanente processo de especialização e sofisticação, mesmo que do ponto de vista orgânico já tenha atingido a maturação (SHIBAYAMA, 2001, p. 9, D apud GALVÃO, 1995).

Wallon propõe uma seqüência de fases para descrever o desenvolvimento infantil, porém procura esclarecer que atribui maior importância às relações dos diversos fatores entre si do que ao desenrolar seqüencial das fases. Por ser incapaz de intervir no meio e suprir suas necessidades, o bebê humano, ao longo do primeiro ano de vida, é geneticamente social, ou seja, ele é capaz de mobilizar o meio e o faz através da emoção e do movimento. Nessa interação, “*as manifestações de emoção se fazem acompanhar de variações no tônus muscular, assim como alterações tônicas podem acarretar modificações nas emoções. Nesta fase a criança está construindo o ‘eu corporal’*” (SHIBAYAMA, 2001, p. 10, D).

Dos 12 meses aos três anos de vida, ocorre o estágio sensório-motor e projetivo. Nele a criança adquire maior autonomia, em virtude do desenvolvimento da marcha e da preensão. Para Wallon, a aquisição do movimento terá papel fundamental até que a criança simbolize de forma competente, pois o ato precede a palavra, de forma que “... *o pensamento precisa do auxílio dos gestos para se exteriorizar, ato mental ‘projetar-se’ em ‘atos motores’*” (SHIBAYAMA, 2001, p. 11, D).

Enfocando especificamente a linguagem, Wallon a apresenta como estruturadora do pensamento e, como tal, não relacionada exclusivamente à palavra, “[...] *A linguagem manual teria mesmo precedido à linguagem oral. A mão teria sido o primeiro instrumento para exprimir as relações*” (SHIBAYAMA, 2001, p. 13, D).

Ao fundamentar sua investigação na Teoria Desenvolvimentista de Wallon, a pesquisadora apresenta o ato de conversar como um significativo e indispensável integrante do cuidado à criança, demonstrando que no campo da Enfermagem o cuidado não se limita ao aspecto físico. Essa teoria dá subsídios para justificar a necessidade do cuidado de Enfermagem como um elemento capaz de propiciar o desenvolvimento das potencialidades infantis.

Teoria das Representações Sociais de Moscovici

Essa teoria fundamentou a Tese cujo título é “O olhar de trabalhadoras de creches sobre o cuidado da criança” e a Dissertação denominada “O conversar com crianças de creches segundo suas educadoras/cuidadoras”. As pesquisadoras complementaram seus estudos com Jodelet (1986); Souza Filho (1993) e Jodelet (1986); Moscovici e Hewstone (1984), respectivamente. Ambas justificam sua escolha referindo que essa teoria possibilita a apreensão da dinâmica da formação dos fenômenos cuja natureza é social e psicológica (VERÍSSIMO, 2001, T) e (SHIBAYAMA, 2001, D). A representação social é descrita como

[...] uma maneira de interpretar e de pensar a realidade cotidiana, uma forma de conhecimento social compartilhado por um grupo [...] se situa na intersecção do psicológico e do social. Assim, dá-se pela atividade mental dos indivíduos e grupos em relação às situações, acontecimentos, objetos e comunicações que lhes dizem respeito. E o social intervém na atividade mental através do contexto concreto em que se situam os indivíduos ou grupos, da comunicação que se estabelece entre eles, valores e ideologias relacionados com as posições sociais específicas (VERÍSSIMO, 2001, p. 23, T).

A autora complementa sua análise referindo que, com a Teoria das Representações Sociais, Moscovici procurou superar a visão comportamental e cognitivista da psicologia social e os modelos que “*reduziam a participação do*

sujeito, tanto na produção autônoma da história, quanto da consideração de sua capacidade criativa através da função simbólica complexa” (VERÍSSIMO, 2001, p. 23-24, T).

A maneira com que o sujeito apreende a realidade é um conhecimento *“socialmente elaborado e compartilhado porque se constrói nas relações do sujeito com a realidade que o cerca, como produto e processo de uma elaboração psicológica e social do real” (VERÍSSIMO, 2001, p. 24, T).*

A construção das representações sociais ocorre por meio de dois mecanismos, que são a objetivação e a ancoragem. A objetivação é uma operação formadora de imagem e de estrutura que permite um intercâmbio entre percepção e conceito e dá concretude ao que até então era abstrato, enquanto a ancoragem é o processo de assimilação de novas informações a um conteúdo cognitivo-emocional preexistente.

Ao utilizar essa teoria como fundamento de seus estudos, a Enfermagem demonstra considerar o contexto, o cotidiano, os valores, os interesses, o conhecimento prévio, os *habitus*, enfim, todos os fatores que direta ou indiretamente interferem no processo de viver e, mais especificamente, que interferem tanto na promoção, prevenção, manutenção e recuperação da saúde do indivíduo, família e comunidade, quanto no processo de cuidar, de se auto-cuidar de capacitar para o cuidado, de organizar o cuidado, entre outras formas de dar concretude ao cuidar/cuidado.

Teoria do Vínculo

Na dissertação intitulada “Criança desnutrida: pequenino espelho quebrado na relação mãe e filho”, a pesquisadora empregou a teoria do vínculo para compreender como a relação entre mães e crianças desnutridas ocorre e qual sua influência no estado nutricional da criança. Para tanto, consultou estudos@s da obra de Pichon-Rivière como Berstein (1989) Giffoni (s/d), Gayotto (s/d) e Bowlby (1997).

Vínculo foi definido por Pichon-Rivière como “uma estrutura complexa que inclui um sujeito, um objeto, a interação de ambos, o que ocorre através de processo de comunicação e aprendizagem”. A pesquisadora, baseando-se nos preceitos de Gayotto complementa referindo que

[...] todo vínculo é responsável por modificações mútuas e incorporações de novas aprendizagens, envolve processos de comunicação e aprendizagem; vínculo é relação dialética entre sujeitos na qual ambos estabelecem um diálogo (de símbolos e respostas) que implica modificações permanentes em cada um (RIBEIRO, 2002, p. 57-58, D).

A teoria do vínculo afetivo de Bowlby teve, com suas bases psicanalíticas, o entendimento de que a ligação do bebê à figura materna se dá como uma possibilidade de sobrevivência da espécie, pois ocorre em consequência do interesse do bebê em satisfazer suas necessidades. Atualmente, o próprio Bowlby refere que “há provas abundantes de que, não só entre as aves, mas também entre os mamíferos, os filhos ligam-se a objetos maternos apesar de não serem alimentados por essa fonte” (RIBEIRO, 2002, p. 62, D).

A pesquisadora comenta, ainda, que um distúrbio na capacidade de estabelecer vínculos afetivos na infância pode desencadear problemas psiconeuróticos, de forma que “o modo como o comportamento é desempenhado pelos pais determina, em grau considerável, se a criança será mentalmente saudável ao crescer” (RIBEIRO, 2002, p. 68, D).

Assim, um bebê cuidado por uma mãe sensível, acessível e receptiva, vai desenvolvendo sua autoconfiança, a qual, associada à confiança em um dos pais, proporcionará à criança uma base segura para realizar suas explorações. Dessa forma, a família, biológica ou substituta, vai sendo percebida como a sua base. “Qualquer indivíduo que não possua tal base é um ser sem raízes e intensamente solitário” (RIBEIRO, 2002, p. 68, D).

A pesquisadora adverte ainda sobre “a importância do comportamento dos pais, e qualquer pessoa que se incumba de cuidar da criança, ressaltando que a

função de quem dispensa esses cuidados é estar disponível, pronto a atender; a interferir quando houver situação de perigo” (RIBEIRO, 2002, p. 68, D).

Finalizando, o ponto fundamental da tese de Bowlby é assim expresso:

Existe uma forte relação causal entre as experiências de um indivíduo com seus pais e sua capacidade posterior para estabelecer vínculos afetivos, e que certas variações comuns dessa capacidade, manifestando-se em problemas conjugais e em dificuldades com os filhos [...] podem ser atribuídas a certas variações comuns no modo como os pais desempenham seus papéis (RIBEIRO, 2002, p. 68-69, D).

Ao fundamentar sua investigação na Teoria do Vínculo, a pesquisadora buscou fatores que extrapolassem a simples elaboração de cardápios, reforços na merenda ou programas de distribuição de alimentos para recuperar crianças com desnutrição protéico-calórica. A adoção dessa teoria torna evidente a preocupação, no campo da Enfermagem, com a prestação do cuidado profissional, holístico, que possibilita à criança o harmonioso crescimento e desenvolvimento. Da mesma forma que evidencia a necessidade de uma ação integrada com a família e a comunidade para o alcance de tal intento.

Após minha familiarização com os referenciais que fundamentaram as teses e dissertações, observei que em quatro dissertações não há menção a referencial teórico, as autoras fundamentaram suas investigações em revisão de literatura. Nos demais estudos, o referencial teórico foi associado a uma revisão de literatura. Os temas abordados em uma ou mais revisões foram: origem e evolução das creches, saúde e nutrição de crianças, acidentes na infância, assistência à saúde da criança, a creche e seu contexto, histórico das creches, cuidado à criança na creche, desnutrição, parâmetros curriculares nacionais para a educação infantil e o cuidado com base na Teoria de Leininger.

Analisando o referencial teórico expresso nas teses e dissertações que integram este estudo, pude observar que a produção científica da Enfermagem, referente ao cuidado à criança em creches, está fortemente fundamentada em teorias e

conceitos produzidos em outros campos do saber como na Administração, Sociologia, Educação, Psicologia e Medicina.

Essa constatação é perfeitamente explicável, pois obviamente um campo do saber não pode restringir-se às suas próprias fronteiras. É inegável a necessidade do intercâmbio científico para que a evolução da ciência se verifique. É inquestionável a necessidade de ultrapassar fronteiras, de avançar, articular, relacionar, questionar, contrapor e criar novos conceitos. O reconhecimento da impossibilidade de a ciência explicar a todos os fenômenos aponta para a necessidade de uma estruturação interdisciplinar¹⁰ do conhecimento.

Qualquer que seja o pesquisador que aprofunde seus estudos e direcione sua práxis (ação) de modo interdisciplinar, estará contribuindo com esta relevante etapa histórica do desenvolvimento do conhecimento científico geral e de sua epistemologia, que consiste justamente em fazer a 'sua' disciplina se interpenetrar com tantas outras sempre num incessante processo, remando contra a fragmentação do saber (TURATO, 2003, p. 86).

Assim, é por meio da complementaridade do conhecimento que se pode obter uma melhor compreensão tanto dos fenômenos já conhecidos e dos novos, quanto da relação existente entre eles (NASCIMENTO, 1997).

Estudar o cuidado à criança em um espaço coletivo como é a creche, constitui uma temática complexa que extrapola as fronteiras de uma única disciplina e reforça o pressuposto de que na Enfermagem o processo de trabalho é compartilhado entre os agentes da profissão e ocorre em um sistema de saúde multiprofissional¹¹ (NEVES e VARGEM, 2001). Na prática, a composição das equipes requeridas para atuação em Educação Infantil serve como excelente exemplo para justificar a necessidade de uma atuação interdisciplinar. Entre elas, a Resolução 246/99, que estabelece as normas para a oferta de Educação Infantil no Sistema Estadual de Ensino do Rio Grande do Sul. Essa resolução apregoa:

¹⁰ Interdisciplinaridade - consiste na interação e complementação das disciplinas. "Pode ir de uma simples intercomunicação das idéias até uma integração real de seus conceitos, terminologia, metodologia e procedimentos" (TURATO, 2003, p. 87).

O trabalho docente, para atendimento específico, será qualificado com a intervenção de equipe multiprofissional, composta por orientador educacional, supervisor escolar, professor de educação física, de educação artística, psicólogo, assistente social, psicopedagogo, médico, enfermeiro, nutricionista, dentista e outros. [...] Afirma-se, assim, a necessidade de interação das dimensões social e de saúde à da educação (RESOLUÇÃO 246/99-RS, p. 4).

Dessa forma, é perfeitamente compreensível e até desejável que a Enfermagem se aproprie do conhecimento científico produzido em outros campos, produza novos conhecimentos e os compartilhe com tantas outras disciplinas quanto a complexidade dos fenômenos investigados requerer.

É importante registrar que a maior parte das pesquisas analisadas centra-se no cuidado em qualquer de suas dimensões e procura incorporar ao campo da Enfermagem, um novo capital, um capital de outro campo ou mesmo apresentar sob nova ótica, um fenômeno já conhecido. Uma das pesquisadoras demonstra essa possibilidade de adequação do conhecimento entre os diferentes campos, por meio da seguinte descrição:

A elaboração do mapeamento de riscos tornou-se obrigatória, no Brasil, para todas as empresas do país que tenham Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA). Esta exigência foi regulamentada pela portaria nº 5 de 18/8/1992 do Departamento Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador (DNSST) do Ministério do Trabalho (Brasil, 1992). Cumpre salientar que, segundo nos consta, esta é a primeira vez que o Mapa de Risco está sendo utilizado no Brasil com esta finalidade, e, em um ambiente não empresarial. Deste modo, foi possível trazer para o âmbito da saúde questionamentos relativos aos riscos ambientais a que estão expostas as crianças da creche/pré-escola (CORTEZ, 2002, p. 25, D).

Certamente uma fundamentação interdisciplinar assim efetuada fortalece o campo da Enfermagem, evidenciando faces do objeto de pesquisa que poderiam passar despercebidas. Reforçando essa premissa, em uma dissertação a pesquisadora argumenta:

Ao nos debruçarmos sobre os elementos constitutivos da instituição creche e na influência crucial que exercem no desenvolvimento infantil, estamos

¹¹ Multiprofissionalidade - entre outras definições, diz-se que é “ a ocorrência de atividades realizadas entre profissionais de múltiplas especializações dentro de uma pretensa harmonia e complementaridade num determinado ambiente de trabalho” (TURATO, 2003, p. 87).

assumindo que esta é muito mais do que um cenário na vida de uma criança. Assim, precisamos saber como aprimorá-la diuturnamente. Para isso novos referenciais são analisados e incorporados criando-se uma verdadeira tecnologia do cuidado em creches (SHIBAYAMA, 2001, p. 8, D, grifo da autora).

Em contrapartida, há, entre os estudos analisados, alguns que se limitam a descrições detalhadas do objeto, sem contribuir significativamente para o campo da Enfermagem. Porém, para que a aplicação de teorias e conceitos construídos em outros campos científicos seja produtiva, é necessário considerar que os saberes têm historicidade e que as aprendizagens ocorrem em determinados contextos.

Envolver uma teoria com o manto da verdade é atribuir-lhe característica não realizável historicamente. Nada é mais prejudicial ao processo científico que o apego a enunciados evidentes, não discutíveis. Somente em teoria se pode dizer que a ciência é a interpretação verdadeira da realidade, porque na prática, realiza apenas visão historicamente possível (DEMO, 1989, p. 37).

Por outro lado, apesar de reconhecer a legitimidade da adoção de teorias de outros campos, é imprescindível investir na utilização de teorias específicas para subsidiar estudos efetivados no campo de Enfermagem. Demonstrando a indispensabilidade de capital científico próprio, Bourdieu (1994, p. 136) afirma que “a forma que reveste a luta inseparavelmente científica e política pela legitimidade depende da estrutura do campo, isto é, da estrutura da distribuição do capital específico de reconhecimento científico entre os participantes da luta”. Na realidade, é necessário o emprego de conhecimento e tecnologia de outros campos, porém, para incrementar o desenvolvimento da Enfermagem como Disciplina fornecendo-lhe reconhecimento, prestígio e poder no campo científico, é fundamental que a Enfermagem desenvolva conhecimento e tecnologia próprios.

5.2.2 O cuidado de Enfermagem à criança em creches, como elemento estruturante na incorporação de *habitus*

Para abordar o cuidado de Enfermagem como um dos elementos que interfere na incorporação de *habitus*, iniciei retomando as noções de *habitus*, de *habitus* primários e discorrendo sobre alguns fatores que interferem em sua gênese. A seguir, abordei a influência dos primeiros *habitus* no processo de viver das crianças e principalmente no desempenho escolar. Finalmente, abordei o *habitus* de classe d@s profissionais enfermeir@s relacionando-o ao cuidado profissional.

5.2.2.1 A influência da família e da creche na incorporação de *habitus* primários

“O *habitus* está no princípio do encadeamento das ‘ações’ que são objetivamente organizadas como estratégias sem ser de modo algum o produto de uma verdadeira intenção estratégica (o que suporia, por exemplo, que elas fossem apreendidas como uma estratégia entre outras possíveis)” (BOURDIEU, 1994, p. 61). Na realidade, com a noção de *habitus*, Bourdieu (1990) procura explicar que as ações são estrategicamente orientadas em relação a um fim, sem serem produto de uma estratégia consciente, nem de uma ação mecânica. Assim,

basta que os agentes se deixem levar por sua ‘natureza’, isto é, pelo que a história fez deles, para estarem como que ‘naturalmente’ ajustados ao mundo histórico com o qual se defrontam, para fazerem o que é preciso, para realizarem o futuro potencialmente inscrito nesse mundo em que eles estão como peixes dentro d’água (BOURDIEU, 1990, p.130).

Dessa forma, o *habitus* expressa, particularmente, uma disposição, uma tendência, uma inclinação, uma propensão, uma predisposição. O *habitus* designa uma maneira de ser, um estado habitual. De modo geral, expressa uma ação organizadora, tendo o sentido semelhante ao de estrutura. Na realidade, tal estrutura é característica das próprias condições de existência. É na vida familiar, convivendo com a harmonia ou a discórdia; com a carência ou a fartura; com o conhecimento ou o desconhecimento; com a saúde ou a doença; com o esporte ou o sedentarismo, entre tantos outros extremos, que a criança vai delineando suas preferências, seus valores, seus jeitos e trejeitos, enfim, seus gostos mais íntimos. É a família que transmite, mais

por vias indiretas do que diretas, o substrato para a gênese do *habitus*, que estará, “no princípio da percepção e da apreciação de toda a experiência ulterior” (BOURDIEU, 1994, p. 64).

Nas situações em que existe um distanciamento muito grande entre o meio no qual as práticas foram engendradas e o meio em que elas se defrontam, ou melhor, quando a estrutura que define as condições sociais de produção do *habitus* difere intensamente da conjuntura do exercício da prática ou da exteriorização do *habitus*, haverá censura ou sanções negativas. Essa lógica auxilia na compreensão de muitas interações conflituosas, entre elas, professor(a) e alun@, cliente e profissional de saúde e até mesmo na compreensão de que

os conflitos de geração opõem não classes de idades separadas por propriedades de natureza, mas *habitus* que são produtos de diferentes *modos de engendramento*, isto é, de condições de existência que, impondo definições diferentes do impossível, do possível, do provável ou do certo, fazem alguns sentirem como naturais ou razoáveis práticas ou aspirações que outros sentem como impensáveis ou escandalosas, e inversamente (BOURDIEU, 1994, p. 64).

O autor ainda relaciona o *habitus* à história de vida de cada agente social. Assim, o *habitus* estruturado na convivência familiar, e com ele todo o capital cultural incorporado, está no princípio das experiências escolares. Da mesma forma que o *habitus* transformado pela ação da escola estará no princípio das experiências ulteriores, sejam elas profissionais ou não (BOURDIEU, 1990, 1994).

Independentemente do capital cultural, econômico, social e simbólico incorporado pelas famílias, os primeiros anos de vida, para grande parte das crianças, transcorrem na estrutura familiar. Nela as diferentes formas de cuidar, sem dúvida, interferem na inculcação do *habitus*. Para umas, o choro é interpretado como manifestação de desconforto, que requer imediata ação do adulto no sentido de trocar as fraldas, amamentar, aconchegar. Para outras, representa “manha”, que, se atendida, deixará a criança mal acostumada. Enquanto umas aprendem com carinho e dedicação “as palavrinhas mágicas” bom dia, com licença e muito obrigado, outras são cuidadas por irmãos(ãs) pouco mais velh@s, que foram cuidados por outr@s irmãos(ãs) e assim

sucessivamente. Há, ainda, aquelas constantemente castigadas ou espancadas, que precisam assumir em casa responsabilidades incompatíveis com seu estágio de desenvolvimento. Obviamente, a inculcação de capital cultural e *habitus* tão extremados, acarretará em desigualdade no destino escolar. Essa relação foi estabelecida por Bourdieu (2002a, p. 73) ao declarar que “a noção de capital cultural impôs-se, primeiramente, como uma hipótese indispensável para dar conta da desigualdade de desempenho escolar de crianças provenientes das diferentes classes sociais”.

A influência da família na formação dos primeiros *habitus* na vida das crianças foi expressa em todos os estudos. Entre elas, Farias (2000, p. 37-38, D) menciona que “*nós seres humanos estamos expostos aos valores educativos e cuidados daqueles que, com poder de adultos, nos indicam vias de facilitação para nossa formação como indivíduos. Esse sentimento de cidadania se faz primeiro entre os membros da família*”. É preciso lembrar, porém, que as famílias reproduzem seus próprios *habitus* e que nem todas têm incorporado o sentimento de cidadania. Nesse sentido, a autora discute o papel do educador(a) em relação à criança “*numa tentativa de evitar o ciclo vicioso de violência sofrida – violência cometida*” (FARIAS, 2000, p. 38, D).

Investigando o vínculo entre criança desnutrida e mãe, uma pesquisadora consegue exemplificar a reprodução do *habitus* ao referir: “*as colaboradoras deste estudo revelam uma experiência dura de vida, com conflitos internos e externos que influenciam suas vidas como mulheres e como mães. Revelam que não tiveram o suporte afetivo na infância, a atenção de que necessitavam, e hoje se mostram impedidas de cuidar de seus filhos*” (RIBEIRO, 2002, p. 193, D).

Como exemplo extremo dessa dificuldade de estabelecer vínculo afetivo, a autora refere que para essas mães o colo representa apenas um meio de transporte, sendo despojado de carinho e aconchego. Assim, comenta que “*nenhuma das mães se revelou como cuidadora de seus filhos. Permeando esse cuidar, a fala das mães revela o ‘dar colo’ como forma de locomoção ou transporte*” (RIBEIRO, 2002, p. 176, D).

As significativas diferenças na maneira de cuidar e ser cuidad@, desde o nascimento, constituem as estruturas da formação do *habitus* e tendem “a mostrar que ele é um dos fatores mais eficazes de conservação social, pois fornece a aparência de legitimidade às desigualdades sociais, e sanciona a herança cultural e o dom social tratado como dom natural” (BOURDIEU, 2002a, p. 41).

As creches como locais que interferem na formação dos primeiros *habitus* foram abordadas sob vários matizes. Uma pesquisadora comenta que as crianças gastam a maior parte de seu período de vigília nas creches, ao referir que “o número de crianças cuidadas em creche/pré-escola aumentou, bem como o período de tempo de permanência diária que pode chegar até 12 horas” (CORTEZ, 2002, p. 16, D). Outra, referindo-se ao tempo de permanência da criança na creche, menciona que este vem “cobrindo a quase totalidade do período mais fecundo de sua vida” (RODRIGUES, 1998, p. 17, T). Houve ainda uma que apresentou um estudo comparativo do tempo de permanência da criança na creche, com o tempo de escolarização que se estende até o final da adolescência e apontou a importância do ambiente da creche,

tanto em termos da qualidade do cuidado/educação que disporá ao alcance da criança, quanto ao tempo que ocupará na sua vida. O Conselho Nacional de Credenciamento de Creches da Austrália fez a seguinte comparação: uma criança de 5 anos pode ter freqüentado a creche durante 12.500 horas (50 semanas x 50 horas x 5 anos). Para sua escolarização no entanto, que se prolonga durante 13 anos (na Austrália) será dispensado praticamente mesmo número de horas: 13.000 (40 semanas x 25 horas x 13 anos) (SHIBAYAMA, 2001, p. 7, D).

Dessa forma, apenas a quantificação do tempo de permanência da criança na creche já é suficiente para evidenciar que muitos dos valores, princípios, preferências e tendências outrora inculcados pelas famílias, hoje são estruturados nas creches. Sobre ele incide o projeto político-pedagógico de cada instituição, o capital cultural das cuidadoras e demais membros da equipe, a relação creche, família e comunidade, entre outros menos relevantes.

À semelhança dos extremos descritos no convívio familiar, as creches também podem apresentar propostas educativas polarizadas. Enquanto umas inculcam, em seus

pequenos agentes sociais, a base para a liberdade de ações, percepções e apreciações, incitando o comprometimento social e a cidadania como bem caracteriza Veríssimo, (2001, p. 42, T), ao mencionar, “*tendo como proposta inserir a criança no mundo social, foi citado como função dos educadores estimular o desenvolvimento de virtudes, regras de convivência e valores éticos*”, outras estruturam o *habitus* da submissão:

Não é raro encontrarmos salas com mais de quarenta crianças e um único adulto para exercer a atividade de educação e cuidado. Estas condições físicas precárias impossibilitam a criação de ‘ambiente’ estimulador do desenvolvimento infantil, além do fato de que os educadores/cuidadores não são treinados para a função que executam. São, em geral, pessoas-resultado de um modelo de educação caduco, que também não foram ‘construídos’ internamente e, portanto, não estão aptos a atuarem como multiplicadores de um novo modelo [...] deste modo fica evidente a política oficial de que para os excluídos a inclusão é parcial (SHIBAYAMA, 2001, p. 62, D).

Assim, é fácil perceber que, para os excluídos, a educação compensatória, utilitarista e biologicista proporcionada por pessoal sem qualificação, continua sendo uma realidade. No entanto, frente a LDBEN n. 9394/96, que apresenta a educação infantil como um dever do Estado e primeira etapa da educação básica, é indispensável refletirmos sobre a função das creches como formadoras de *habitus* primários, pois é inegável que a trajetória de vida de inúmeras crianças será significativamente influenciada pelos cuidados que lhes forem dispensados na fase inicial de seu crescimento e desenvolvimento. “Nesses primeiros anos da infância, experiências e interações com os pais, os membros da família e outros adultos influenciam a maneira como a mente de uma criança se desenvolve com o impacto tão grande quanto o de fatores como a nutrição adequada, boa saúde e água limpa” (UNICEF, 2000, apud CODIPI, 2001, p. 4).

Obviamente, as creches constituem espaços promissores para a incorporação de *habitus* que promovam a saúde biológica, psicológica e social. A convivência diária com a criança, incluindo os momentos de alimentação, higiene, sono, repouso, atividades lúdicas e brincadeiras, associados ao contato diário com @s mães/pais/responsáveis, sem dúvida constituem excelente oportunidade para que a

criança aprenda o cuidar de si, o cuidar do outro, interiorize princípios de equidade e aprenda a conviver com a diferença de gênero, raça, credo, cultura, respeito mútuo, além das noções de tolerância e desejo de paz. Esses valores, incorporados na primeira infância sob forma de *habitus* primários, acompanharão a criança ao longo de toda sua trajetória de vida. Por outro lado, é necessário considerar que as estratégias educativas, consciente ou inconscientemente, podem reproduzir estereótipos e educar para a subalternidade e dependência, inibindo o desenvolvimento das potencialidades infantis. Para Crady (2001), tratando-se de crianças, nenhuma ação d@s educador@s é neutra.

5.2.2.2 Manifestações do *habitus* de classe na produção científica acerca do cuidado de Enfermagem à criança em creches

Para abordar *habitus* de classe como uma competência adquirida por um grupo homogêneo, é necessário perceber que ele reflete a diversidade na homogeneidade. Assim, é preciso compreender a relação que se estabelece entre o *habitus* inculcado pela trajetória de vida de cada agente social, com “os *habitus* dos membros de um mesmo grupo ou de uma mesma classe enquanto eles são o produto da interiorização das mesmas estruturas fundamentais” (BOURDIEU, 1994, p. 80).

Visualizar os *habitus* de classe d@s profissionais de Enfermagem por essa ótica é dizer que cada profissional incorporou, ao longo de sua trajetória de vida, *habitus* que lhes são peculiares. Todavia, pela própria historicidade da Enfermagem, por terem frequentado cursos regidos pelas mesmas diretrizes curriculares e ainda pelos interesses que movem o campo da Enfermagem, há *habitus* que são comuns à maior parte d@s enfermeir@s.

Entre os *habitus* de classe evidenciados na produção científica em estudo, destaca-se o da capacitação para o cuidado, principalmente com vistas à promoção de saúde e qualidade de vida. Considerando que o *habitus* é produto de uma história, ele

tende a assegurar a reprodução das mesmas relações que o produziram. Assim, “os instrumentos de construção do social investidos por ele no conhecimento prático do mundo e na ação são socialmente construídos, ou seja, estruturados pelo mundo que eles estruturaram” (BOURDIEU, 2001, p. 180).

Acredito que o *habitus* de capacitar para o cuidado do ponto de vista teórico-prático, seja decorrente da histórica escassez de enfermeir@s, associada à necessidade de prestar cuidados. Conforme descrito anteriormente, na Escola de Enfermagem Nightingale se formavam dois tipos de profissionais, as *lady nurses* e as *nurses*. Às primeiras, cabia a supervisão, o ensino e a difusão dos princípios que norteavam a Enfermagem. As *nurses*, que eram capacitadas pelas *lady nurses*, cabia o chamado cuidado à beira do leito (CARRARO; MADUREIRA; RADÜNZ, 1999). Assim, ao longo de sua trajetória, @s enfermeir@s vêm se incumbindo da capacitação de outr@s profissionais para o cuidado. Tal conduta é justificada por estudos@s de enfermagem, que explicam:

Observando-se hospitais e outras entidades de atendimento à saúde, verifica-se que não há enfermeiros em número suficiente e que a maior parte do cuidado de enfermagem é delegada aos atendentes de enfermagem.[...] Reconhece-se que a enfermagem não pode esperar até que haja número suficiente de enfermeiras, para só então dispensar uma assistência de enfermagem em termos ideais (DANIEL, 1979, p. 13).

É antiga a percepção de que o ensinar, o capacitar e o educar são ações inerentes à Enfermagem. No Brasil, em 1975, a teórica Wanda Horta já registrava a necessidade de conceituar Enfermagem, referindo que “sem o conceito do que seja enfermagem, não é possível ensinar, pesquisar, praticar e delimitar funções em enfermagem” (HORTA, 1975, p. 50).

O *habitus* de capacitar para o cuidado com vistas à promoção de saúde, permeou quase que a totalidade dos trabalhos analisados. Mesmo investigando objetos diversificados e sem o objetivo explícito de capacitar, as investigadoras evidenciaram, de diversas maneiras, o valor que é atribuído a essa atividade no campo da Enfermagem. Essa diversidade de situações, nas quais o *habitus* de capacitar para o cuidado se exteriorizou é abordada por Bourdieu (1990, p.21) ao comentar:

A ação não é a simples execução de uma regra, a obediência a uma regra. Os agentes sociais, tanto nas sociedades arcaicas como nas nossas, não são apenas autômatos regulados como relógios, segundo leis mecânicas que lhes escapam [...] eles investem os princípios incorporados de um *habitus* gerador: esse sistema de disposições [...] *adquiridas pela experiência*, logo, variáveis segundo o lugar e o momento (grifo do autor).

Dessa forma, uma investigadora incluiu, entre as variáveis estudadas, o treinamento das funcionárias recém admitidas e a execução, ou não, de reciclagem aos demais funcionários (BORBA, 1994, D). Em outro, a pesquisadora apontou a necessidade de capacitação ao referir que:

É necessário, portanto, que o educador receba orientações, apoio e participe de treinamentos através da educação continuada, a fim de possibilitar o estabelecimento de uma relação entre ele, a criança e a família. A creche, dessa forma, ganha aliados e colaboradores favorecendo a participação efetiva de todos na educação da criança (CARMO, 1996, p. 147, D).

A necessidade de capacitação foi assim, descrita quando uma pesquisadora se referiu aos recursos humanos necessários para atender plenamente às crianças em creches, “*especialmente os recursos humanos têm que ser redimensionados, numa proporção adulto/criança mais adequada, e avaliados e treinados para uma ação/cuidado direcionada para propiciar o pleno desenvolvimento da criança*” (SHIBAYAMA, 2001, p. 62, D).

Em quatro estudos, a necessidade de capacitação não ficou limitada ao grupo de cuidadoras/educadoras; neles a capacitação d@s acadêmic@s de Enfermagem para atuação em creches foi abordada, da mesma forma que a discussão, acerca do cuidado de Enfermagem à criança em creches, junto @s acadêmic@s foi recomendada. Esse fato demonstra a tendência à reprodução do *habitus* de capacitar para o cuidado integral à criança em creches com vistas a:

Construir a noção de *habitus* como sistema de esquemas adquiridos que funciona no nível prático como categorias de percepção e apreciação ou como princípio de classificação e simultaneamente como princípios organizadores da ação, significava construir o agente social na sua verdade de operador prático de construção de objetos (BOURDIEU, 1990, p.26).

Ficou evidenciado, ainda, que a própria comunidade das creches espera que @enfermeir@ a capacite para o cuidado e que estenda essa capacitação à família das crianças.

As falas ampliam a importância da inserção do enfermeiro apontando a contribuição não só no processo educativo dos profissionais nos aspectos administrativos, mas também no que se refere a educação aos familiares, que sabe-se ser também compromisso do enfermeiro atender as questões familiares (TAVARES, 1999, p. 53, D).

Houve uma investigação em que o *habitus* de capacitar se exteriorizou sob forma de extensão universitária:

O meu cotidiano como enfermeira e docente, coordenadora de um Projeto de Extensão Universitária, que tem como objetivo treinar pessoas que cuidam de crianças em Creches Comunitárias para o manejo de situações de saúde, direcionou-me a refletir sobre o significado desta ação de treinar (RODRIGUES, 1998, p. 47, T).

Dessa forma, a pesquisadora deixou evidente sua preocupação em estender a capacitação @s acadêmic@s do curso de graduação em Enfermagem ao mencionar: “... tenho promovido e participado de encontros e seminários com os graduandos da Faculdade de Enfermagem da UERJ – de diferentes períodos acadêmicos – como uma estratégia para despertá-los a buscar o vivido de nossas crianças, que venha a fundamentar a **ação – o cuidar**” (RODRIGUES, 1998, p. 14, T, grifo da autora).

Finalmente, duas pesquisadoras realizaram um processo de capacitação para o cuidado, na fase de coleta de dados de suas respectivas dissertações. De uma delas, a unidade de registro que expressou a capacitação foi extraída dos resultados e considerações finais, sendo assim descrita:

Desta forma, adotamos, neste estudo, uma estratégia plenamente de acordo com nossos pressupostos acerca de acidente e sujeitos nele envolvidos, que foi a possibilidade de discussão ampla, bem como a elaboração do Mapa de Risco pelas funcionárias. [...] Mediante estas reflexões as educadoras infantis levantaram propostas viáveis no que diz respeito ao problema dos riscos existentes na creche/pré-escola, e aos quais as crianças se encontram expostas no dia-a-dia. Relataram os possíveis acidentes decorrentes destes riscos, assim como surgiram manifestações espontâneas de preocupação por parte delas na tentativa de encontrarem medidas urgentes de resolução (CORTEZ, 2002, p. 63; 38, D).

Na outra, o objetivo, associado à dinâmica de trabalho proposta, exteriorizou tanto o *habitus* de capacitar para o cuidado quanto os meios utilizados para inculcá-los nas cuidadoras:

Instrumentalizar as educadoras infantis para atendimento dos problemas básicos de saúde das crianças que freqüentam o CDI, apoiadas na metodologia problematizadora.

Neste sentido, reafirmo que busquei, com este estudo, utilizar uma prática educativa que proporcionasse a co-responsabilidade e co-participação das educadoras no processo de saúde/doença, de modo que as educadoras do CDI possam desenvolver habilidades básicas em saúde, enfrentar situações novas, responder aos novos desafios e estar motivadas para uma dinâmica de todo o processo (FARIAS, 2000, p. 25-26, D).

Essa autora ainda justificou por que vale a pena investir em capacitação. Na realidade, em outras palavras, ela evidenciou que o *habitus*, mesmo sendo inculcado, pode ser modificado. A propósito disso, assim se expressou:

As pessoas transformam-se biologicamente, intelectualmente, socialmente. Entendo a transformação como um processo que leva a uma tomada de consciência. Isto porque a pessoa se transforma quando aprende, entende e incorpora algo que não sabia anteriormente e muda sua prática e sua visão de mundo.

Seria essencial que na formação do profissional de enfermagem fosse dada ênfase à sua inserção na realidade e que o ensino fosse cada vez mais experimental, prático e engajado na realidade (FARIAS, 2000, p. 17, D).

Assim, o *habitus* de capacitar para o cuidado foi apreendido tanto nas entrelinhas quanto nos objetivos dos estudos. Esse capacitar não emergiu apenas como recomendação, o que seria perfeitamente compreensível considerando a natureza investigativa dos trabalhos analisados, mas também evidenciou o aspecto prático. Essa associação da teoria com a prática se fez presente mesmo quando o grupo a ser capacitado não pertencia a uma das categorias profissionais de Enfermagem, como é o caso d@s familiares das crianças, das coordenadoras e cuidadoras de creches.

Além da capacitação para o cuidar, a Enfermagem mantém como *habitus* a necessidade de capacitar para o autocuidado. Dessa forma, há anos a Enfermagem vem sendo considerada como:

a ciência e a arte de **assistir** o ser humano (indivíduo, família e comunidade) no atendimento de suas necessidades básicas; de torná-lo independente desta

assistência, quando possível, pelo ensino do autocuidado; de recuperar, manter e promover sua saúde em colaboração com outros profissionais. Assistir em enfermagem é: fazer pelo ser humano tudo aquilo que ele não pode fazer por si mesmo; ajudar ou auxiliar quando parcialmente impossibilitado de se auto-cuidar; orientá-lo ou ensiná-lo, supervisioná-lo e encaminhá-lo a outros profissionais (HORTA, 1975, p. 6, grifo da autora).

A percepção das creches como ambientes propícios à capacitação das crianças para o autocuidado, em outras palavras, a possibilidade de inculcação, nas crianças, do *habitus* de cuidar de si, foi expressa em cinco estudos. Com base no Referencial Curricular para a Educação Infantil, uma autora descreveu: “*A forma como o cuidado pessoal é oferecido, o exemplo dos adultos, as ações de cuidado com o ambiente, podem favorecer ou não a construção de conhecimentos, atitudes e comportamentos de cuidado de si, do outro e do ambiente*” (VERÍSSIMO, 2001, p. 18, T).

A relação entre creche e capacitação para o autocuidado foi também descrita de várias maneiras, entre elas, “*a creche/pré-escola deve prover à criança a vivência de experiências positivas e estimulantes que incentivem todos os aspectos do seu desenvolvimento e garantam um cuidado/educação, bem como sua capacitação para tal*” (CORTEZ, 2002, p. 21, D), ou ainda, referindo-se ao cuidado à criança em creche comunitária a autora menciona: “*A criança é freqüentemente estimulada a alcançar autonomia em relação à formação de hábitos¹² saudáveis – promovida por um atuar junto a ela e não para ela -, em que a relação pessoal entre as tias e as crianças tem um significado familiar e comunitário*” (RODRIGUES, 1998, p. 50, T).

Após ter manifestado sua concepção de criança como um ser histórico, integral, cujas dimensões biológicas, psicológicas, sociais, culturais e espirituais estão em interação, uma das pesquisadoras, ao interpretar a fala de uma cuidadora, comenta que essa fala traduz “*uma preocupação e uma vontade para que a criança descubra os valores necessários para uma vida saudável a partir dessa descoberta, que possa ela mesma ser sujeito de sua saúde*” (FARIAS, 2000, p. 91, D).

¹² A palavra hábito não expressa aquela disposição incorporada, quase postural de um agente em ação que a noção de *habitus* consegue expressar.

Houve, finalmente, uma pesquisadora que abordou a inserção d@ enfermeir@ em creches como agente capaz de incitar, nas crianças e nas famílias, a inculcação do autocuidado como *habitus*, além de produzir conhecimento científico que fortaleça o campo da Enfermagem.

Cabe enfatizar que a discussão sobre a presença [d@ enfermeir@] no cenário das creches vai além, pois há preocupação não apenas de garantir esta inclusão mas, sobretudo, de mostrar as oportunidades e possibilidades de desenvolver, junto às crianças, ações inerentes à profissão, incluídos os hábitos de saúde.[...] Assim é que a criança ao experienciar, incorpora e gera o aprendizado. [...] Contudo, existem serviços em que a possibilidade de inserção do enfermeiro na equipe merece ser investigada de forma sistemática gerando conhecimentos e vindo a contribuir para a profissão na área assistencial/curativa e de ensino (TAVARES, 1999, p. 11, 13,12, D).

Atualmente a Enfermagem vem, ainda, considerando o cuidado de si, ou seja, o seu próprio cuidado como condição indispensável ao cuidado do outro. Com essa concepção, alerta para a importância da coerência entre o que é ensinado e a postura pessoal e profissional, principalmente quando estão sendo dispensados cuidados a crianças, pois estas se espelham nos adultos (BONDIOLI, 1998).

Resumindo, no que se refere ao cuidado à criança em creches, o *habitus* foi evidenciado na necessidade de capacitação d@s cuidadoras; na melhor qualificação profissional para o exercício competente no processo de cuidar e na elaboração de diagnósticos situacionais, o que evidencia uma prática contextualizada que expressa o compromisso da Enfermagem com o cuidado ético e integral à criança. Houve, ainda, trabalhos em que a creche foi reconhecida como espaço de cuidado de Enfermagem à criança, sendo necessário desenvolver estratégias para inclusão d@ enfermeir@ nesse espaço, bem como na necessidade de investir na produção científica, gerando mais capital científico.

5.2.3 O capital produzido no campo da Enfermagem, acerca do cuidado à criança em creches

Em qualquer campo do saber, a produção científica representa parte do capital científico, e a estrutura de cada campo influencia diretamente em sua produção, que, por sua vez, pode influenciar na estrutura do campo. Os diferentes campos sociais e, entre eles, o campo científico, o acadêmico e o da Enfermagem.

[...] só podem funcionar na medida em que haja agentes que invistam neles, nos mais diferentes sentidos do termo investimento, e que lhes destinem seus recursos e persigam seus objetivos, contribuindo, assim, por seu próprio antagonismo, para conservar-lhes as estruturas, ou, sob certas condições, para transformá-los (BOURDIEU, 1988, p. 51).

A noção de campo, de certo modo, orienta ou mesmo comanda todas as opções práticas da pesquisa. É ela que, funcionando como um sinalizador, lembra o que há a saber, a fazer, a verificar, para que o objeto de pesquisa em questão não esteja isolado. Na realidade, ele faz parte de um contexto que o autor caracteriza como um “conjunto de relações”, salientado que não se retira o essencial de suas propriedades, ou seja, não se estuda o objeto descontextualizado BOURDIEU (2000). Por essa ótica, certamente há relação entre a estrutura do campo científico da Enfermagem, seu capital científico e sua produção científica.

Na tentativa de apreender, compreender e interpretar esse conjunto de relações, primeiramente procurei contextualizar os objetos, ou seja, visualizar as creches nas quais os estudos foram realizados. Nessa etapa, meu intento foi analisar alguns elementos das creches para relacioná-los com o capital simbólico que lhes é socialmente conferido. Dando seqüência, direcionei minha atenção para as investidoras desse campo, ou seja, para autoras das teses e dissertações, procurando relacionar sua ocupação com o cenário da produção do conhecimento. Além disso, procurei identificar o espaço ocupado pelas demais profissionais de Enfermagem nas creches estudadas. A seguir, correlacionei os objetos e os objetivos das investigações com as linhas de pesquisa consolidadas na Reunião de Pós-graduação em Enfermagem realizada em Belém do Pará, no ano de 2001. Finalmente, com base no conceito de qualidade emitido por Demo (1998), procurei desvendar a presença das qualidades formal e política na produção científica analisada.

5.2.3.1 O cenário de produção e as produtoras do capital

Ao contrário do capital econômico, que pode ser avaliado objetivamente pelo patrimônio, bastando para isso obter o somatório do valor atribuído aos imóveis, veículos, mobiliário, acervo bibliográfico entre outros bens que uma instituição possui, o capital simbólico pode ser inferido pela qualificação de alguns atributos, no caso das creches, sua origem, clientela assistida, entidade mantenedora, titulação/escolaridade/capacitação d@s profissionais e filosofia da assistência.

De todas as investigações, foi possível extrair alguns desses elementos, o que me permitiu inferir acerca do capital simbólico atribuído, instituído ou almejado pelas creches estudadas. Alguns desses, já abordados e ilustrados anteriormente, motivo pelo qual serão apenas complementados, outros são aspectos ainda não explorados.

Quanto ao tipo de creche, à exceção das duas da USP, todas são entidades filantrópicas, ou comunitárias, ou consideradas de utilidade pública, ou particulares conveniadas tanto a entidades filantrópicas quanto ao Serviço de Bem-Estar Social. Esses dados coadunam com a informação de que são creches destinadas a crianças carentes, ou seja, a crianças que, entre outras carências, são desprovidas de capital econômico, o qual é dominante em relação ao capital social, cultural e simbólico (BOURDIEU, 1994). Dessa forma, a carência global de recursos interfere no montante de capital cultural incorporado pela criança, família e comunidade, pois

O capital cultural é um ter que se tornou ser, uma propriedade que se fez corpo e tornou-se parte integrante da ‘pessoa’, um *habitus*. Aquele que o possui pagou com sua própria ‘pessoa’ e com aquilo que tem de mais pessoal, seu tempo. [...]. Por conseqüência ele apresenta um grau de dissimulação mais elevado que o capital econômico e, por esse fato, está mais predisposto a funcionar como capital simbólico [...] (BOURDIEU, 1998, p. 74-75).

Para expressar a importância do capital cultural na vida das crianças, sirvo-me da metáfora da semente descrita por uma pesquisadora. “*Froebel comparava a criança à semente, que encerra em si todo o potencial (genético) de vir a ser que, se bem*

adubado e exposto a condições favoráveis do meio ambiente, desabrocha numa árvore completa, madura, capaz de dar frutos saudáveis, que perpetuarão sua espécie” (FARIAS, 2000, p. 30, D).

Assim, o meio ambiente familiar, da mesma forma que o ambiente da creche, interferem decisivamente no desenvolvimento do potencial de cada criança, o que constituirá parte de seu capital cultural.

A contextualização da origem das creches, nas quais realizaram seus estudos, foi efetuada por quatro investigadoras que mencionam:

Saindo da omissão e da passividade, a Igreja fez uma opção a favor dos pobres e oprimidos e passou a caminhar ao seu lado, vivendo com eles, lutando com eles. A partir desta nova ótica da Igreja, um grupo de pessoas de diferentes segmentos (UFSC, empresas, católicos), com a participação da Congregação da Fraternidade Esperança, deu início a um trabalho inovador, levando a educação pré-escolar para as periferias de Florianópolis, com um novo sentido e bases inteiramente novas (FARIAS, 2000, p. 35, D).

As [oito] creches estudadas são de caráter filantrópico e particular. Surgiram através das solicitações de associações de bairros, vontade de políticos e a maior parte, de associações religiosas que recebiam constantes pedidos de mães que trabalham fora e que não tinham onde deixar seus filhos (CARMO, 1996, p. 79, D).

A Creche Patinho Feliz surgiu- enquanto ensaio - a partir de um clube de mães, organizado pela associação de moradores Parque Vila Isabel, que promovia cursos profissionalizantes para as mulheres da comunidade. Naquela época, enquanto um grupo de mulheres assistia aula, outro tomava conta das crianças e vice-versa. (RODRIGUES, 1998, p. 29, T).

Vale destacar que, tal como aconteceu na sociedade brasileira, a origem desse serviço assenta-se nos movimentos de trabalhadores e discentes da universidade, iniciados em 1965 (Conselho, 1988). Na USP, a organização do serviço de creche iniciou-se em 1980, com a contratação de uma equipe de especialistas pela Coseas, que elaborou um projeto, em conjunto com entidades representativas da comunidade uspiana (VERÍSSIMO, 2001, p. 28, T).

A comparação desses escritos torna evidente o significado da expressão “capital simbólico”. Enquanto a Igreja, imbuída do espírito caritativo, implantou creches por ter feito uma opção a favor dos pobres, e a Creche Patinho Feliz surgiu quase que por acaso, as creches da USP resultaram da luta de trabalhador@s, dotad@s de capital

social, cultural, econômico e, simbólico, sendo fruto de um projeto integrado, no qual houve envolvimento da comunidade uspiana e de uma equipe de especialistas. Esses diferentes contextos podem ser comparados aos extremos descritos por Bourdieu (2002a, p. 219) que interferem na incorporação, pel@s agentes sociais, de um *quantum* de capital cultural extremamente diferenciado.

Por um lado, os estabelecimentos improvisados, cuja multiplicação fez-se, de maneira precipitada nas periferias desafortunadas para acolher populações de alunos cada vez mais numerosos e mais desprovidos do ponto de vista cultural [...]; por outro, os estabelecimentos altamente preservados, onde os alunos oriundos de ‘boas famílias’ podem seguir, ainda hoje, uma trajetória escolar que não é radicalmente diferente daquela que foi seguida pelos pais ou avós.

As pesquisadoras complementam suas descrições fornecendo subsídios para ilustrar a diferença entre “possuir” ou “não possuir” capital cultural.

Posteriormente, houve a instalação de uma Creche Casulo em convênio com a Legião Brasileira de Assistência (LBA) que subsidiava a compra de equipamentos e alimentação. O pagamento das mães voluntárias dava-se através de uma contribuição espontânea dos pais das crianças que freqüentavam a creche (RODRIGUES, 1998, p. 29, T).

Historicamente as creches da USP e mais especificamente a creche oeste têm como objetivos promover um ambiente que facilite o desenvolvimento da individualidade, introduzindo as crianças no universo da cultura, ‘de modo que elas possam viver a aquisição de conhecimentos de forma prazerosa e confiante, e que se formem cidadãs’ (SHIBAYAMA, 2001, p. 17).

Essa diferença de contextos faz lembrar

os mecanismos extremamente complexos pelos quais a instituição escolar *contribui* para reproduzir a distribuição do capital cultural e, assim, a estrutura do espaço social. [O sistema escolar] separa os detentores de capital cultural herdado daqueles que não o possuem. Sendo as diferenças de aptidão inseparáveis das diferenças sociais conforme o capital herdado, ele tende a manter as diferenças sociais preexistentes (BOURDIEU, 1997, p. 35-37, grifo do autor).

A escolaridade das cuidadoras foi investigada em sete estudos. Destes, os realizados na USP referem o cumprimento da atual legislação, a qual estabelece que o nível médio, na modalidade Normal, constitui a formação mínima para o exercício do

magistério na Educação Infantil (LDBEN/96). Uma das pesquisadoras evidencia a escolaridade do grupo de cuidadoras referindo:

Analisando a formação básica dos funcionários da creche, verificamos que há um enquadramento satisfatório dos educadores/cuidadores dentro da legislação atual, que só exige escolaridade completa até o segundo grau, bem como experiência profissional de dois anos prévios especificamente atuando com crianças (SHIBAYAMA, 2001, p. 19, D).

Escolaridade inferior à estabelecida legalmente foi relatada em cinco estudos. Na creche mantida pela igreja, apenas metade das cuidadoras concluiu o segundo grau Farias (2000, D), na creche do CAIC, as cuidadoras têm apenas o ensino fundamental Ribeiro (2002, D), em uma creche do município de São Paulo, 25% das cuidadoras têm no máximo a 8ª série do ensino fundamental e nas oito creches do município de Passos onde, da totalidade de trabalhadoras, 41,1% possuem primário completo, 12,3% possuem o primário incompleto e 4,1% são analfabetas. Nessa mesma investigação, a pesquisadora comenta que “*professoras, estagiárias e auxiliares de creche são substituídas constantemente por cozinheiras, lavadeiras, serventes ou qualquer outra funcionária menos atarefada*” (CARMO, 1996, p. 156, D).

A investigação realizada junto a 104 creches na cidade de São Paulo, concluída dois anos antes da promulgação da LDBEN/96, também auxilia a evidenciar a baixa escolaridade das cuidadoras. Nela a pesquisadora comenta:

A denominação ADI [Auxiliar de Desenvolvimento Infantil] é dada pela SEBES, e para o preenchimento deste cargo exige a 4ª série do 1º grau, não necessitando o candidato de qualquer outro preparo específico, nem tampouco curso preparatório para cuidar de criança. [Das creches estudadas], (96,2%) contam com ADIs; as poucas (3,8%) que não têm este cargo, substituem-no pelo monitor para executar as atividades de assistência às crianças, além de realizar as funções de faxineiro e de cozinheiro (BORBA, 1994, p. 60, D).

Uma das pesquisadoras, mesmo sem investigar a escolaridade das cuidadoras, forneceu subsídios para uma inferência acerca do não-cumprimento da legislação, ao declarar, “*na minha experiência profissional, as pessoas que realizam o cuidar em creche comunitária podem ser: mãe, tia ou mesmo uma vizinha das crianças*” (RODRIGUES, 1998, p. 16, T).

A falta de capacitação específica das cuidadoras para atuar em creches, permite uma analogia dessas instituições com as “zonas de incerteza do espaço social e das profissões pouco ‘profissionalizadas’”, quer dizer, ainda mal definidas em relação tanto às condições de acesso como às condições de exercício” (BOURDIEU, 2000, p. 90). Assim, novamente é possível perceber que as cuidadoras com menor escolaridade concentram-se nas creches com menor capital cultural e social. Nesses locais contam apenas com sua boa vontade e seu conhecimento advindo da experiência diária, ou seja, do senso comum, para prestarem cuidados às crianças.

A atualização das cuidadoras por meio da educação continuada foi referida em sete estudos dos quais pude perceber que, enquanto algumas instituições a realizam de forma sistemática e com objetivos definidos, outras não a realizam. Assim, nas creches da USP a operacionalização da educação continuada foi expressa na seguinte forma:

A seleção criteriosa não garante que as pessoas cheguem prontas para o trabalho. Assim, faz-se necessário um período de ‘treinamento’ que varia de acordo com a necessidade de cada educador até que este adquira ‘autonomia’ no planejamento e desenvolvimento do seu dia-a-dia com as crianças. Duas vezes por ano, nos meses de janeiro e julho, são realizadas reciclagens, de frequência obrigatória para todas as educadoras/cuidadoras. Além disso, um dia por mês é usado como momento para reflexão sobre suas práticas e proposição de novas estratégias de trabalho, dia em que a creche não atende às crianças diretamente (SHIBAYAMA, 2001, p. 19, D).

No entanto, a educação continuada não se realiza apenas nas creches com maior capital simbólico. Na creche mantida pela Sociedade Alfa Gente a autora refere: “A Parada Pedagógica é realizada uma vez ao mês e constitui um momento para estudo e aprofundamento de temas relacionados com o cotidiano da creche. Participam do encontro as Educadoras Infantis e a equipe como um todo” (FARIAS, 2000, p. 56, D). Cabe destacar que nesta creche a área da saúde é coordenada por uma enfermeira, e tem em sua equipe uma auxiliar de enfermagem que presta cuidados às crianças no dia-a-dia e realiza a educação continuada (FARIAS, 2000, D).

Outra situação que evidencia o envolvimento da Enfermagem com a educação continuada é expressa quando a autora compara o que existe e o que deveria existir nas creches comunitárias, em relação à capacitação das cuidadoras:

*No meu entendimento, o treinamento em ações de saúde para pessoas que cuidam das crianças em creches deve coincidir com as necessidades sentidas pelas pessoas envolvidas com a ação – o cuidar. No entanto, o que se observa é o preestabelecimento de necessidades de treinamento por parte dos profissionais de saúde como sendo parte do cotidiano daqueles que cuidam e, conseqüentemente, o preestabelecimento de medidas resolutivas consideradas mais adequadas ao seu **mundo social** [...] visam principalmente a cobertura vacinal, o acompanhamento do estado nutricional e a identificação dos problemas de saúde (RODRIGUES, 1998, p. 18, T, grifo da autora).*

Nesse estudo, a autora propõe, por meio da Extensão Universitária, uma modalidade de capacitação teórico-prática, construída com as cuidadoras, partindo de suas necessidades, pois *“favorecer o desenvolvimento infantil envolve o trabalho de profissionais sensíveis, flexíveis e criativos, que propiciem às crianças possibilidades de novas experiências e ampliação de conhecimento”* (RODRIGUES, 1998, p. 18, T).

Do instrumento de coleta de dados, da pesquisa referente à utilização dos elementos de administração no desempenho das tarefas de administradores de 104 creches do município de São Paulo, a investigação dessa variável foi efetuada por meio das seguintes questões: *“Nesta creche, é feito ou não é feito o treinamento dos funcionários recém admitidos? Nesta creche, é feita ou não é feita reciclagem dos funcionários?”* (BORBA, 1994, p. 137, D). Como resultado, a autora verificou que 62,0% das creches faziam treinamento de funcionários recém-admitidos e 98,0% faziam reciclagem. Cabe salientar que não há menção quanto à qualidade do treinamento nem da reciclagem realizadas (BORBA, 1994, D).

Nos estudos efetuados em creches que não realizaram educação continuada, uma das pesquisadoras refere: *“Quanto à capacitação do pessoal, nenhuma creche desenvolve treinamento formal, 91,8% não tiveram acesso a cursos de capacitação, treinamento ou reciclagem, ocorrendo apenas uma orientação quanto à rotina da*

creche” (CARMO, 1996, p. 155, D). No entanto, reconhece a necessidade de operacionalizá-la ao referir:

A implantação contínua de treinamento em serviço é essencial, pois as creches precisam definir o seu trabalho dentro de uma proposta pedagógica, onde passa a ser vista como um local de educação infantil, fazendo-se necessário a implantação de ações sistemáticas para que possam garantir um trabalho educativo de qualidade com profissionais preparados para assumir essa nova concepção de creche (CARMO, 1996, p. 150-151, D).

Finalmente, uma investigadora cita as dificuldades descritas pela Delegacia do Ministério da Educação e Cultura para operacionalização de cursos de capacitação

Quanto à dinâmica da capacitação propriamente dita, os autores referem que a insuficiente escolaridade da grande maioria dos professores associada à inexperiência dos mesmos na área de Educação Pré-Escolar, dificultam a compreensão dos conteúdos teóricos e práticos do programa; a heterogeneidade do grupo de professores compromete a organização da programação; os conteúdos necessários para as capacitações, por serem em grande número, entram em desacordo com a exigüidade da carga horária, dificultando o seu aprofundamento. Segundo Campos (1993, p. 50), alguns fatores administrativos podem contribuir na limitação da qualidade das capacitações: o constante atraso no pagamento dos salários dos professores, que gera desinteresse e descompromisso pelo trabalho, tendo como consequência maior rotatividade dos mesmos, que, em última análise, é responsável pela heterogeneidade dos grupos nas capacitações; a insuficiência de recursos financeiros para realização das capacitações impossibilitando a continuidade do processo; o número insuficiente de técnicas de pré-escolar nas equipes de algumas Delegacias do MEC (TAVARES, 1999, p. 51-52, D).

Dessa forma, apreende-se que a capacitação por meio da educação continuada não constitui uma realidade em todas as creches; ocorreu naquelas vinculadas à universidade, sendo, portanto, dotadas de maior capital científico, cultural, econômico e social. Sob forma de extensão universitária, a capacitação foi efetuada em creche comunitária e ainda na creche em que uma enfermeira coordena a equipe de saúde. Esse fato evidencia o comprometimento da Enfermagem com a capacitação para o cuidado. Outro aspecto relevante apreendido refere-se à política pública, que investe menos nas instituições menos favorecidas.

O escasso capital econômico e cultural incorporado às creches foi também relatado nas investigações em estudo. Muito esclarecedora é a síntese elaborada por uma das pesquisadoras que diz:

A conotação pejorativa do termo creche refere-se a uma realidade concreta em que a forma mais difundida sobre essa proposta de atendimento infantil baseia-se numa postura assistencialista, caritativa, visando a população mais desfavorecida socialmente, centrada na guarda ou abrigo da criança e nas atividades de saúde, higiene e alimentação. Os enfoques compensatório e médico-higienista, esteios desse atendimento, levaram a uma série de distorções, culminando em propostas cuja tônica, dentre outros sérios problemas, é a falta de capacitação das pessoas que cuidam das crianças. Ainda hoje, a concepção corrente estigmatizadora é de que a creche, ao invés de uma solução de boa qualidade para atender a criança pequena, seja um ‘mal necessário’. Na verdade, grande parte das instituições ainda tem esse caráter: em outubro de 2000, um jornal de grande circulação no Estado de São Paulo, apresentou como uma das manchetes ‘Pesquisa mostra má qualidade de creches’, trazendo dados de uma investigação nacional realizada pelo Ministério da Previdência e Assistência Social em parceria com o Instituto de Estudos Especiais da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, em 1999. Foram destacados os seguintes problemas: educadores recebendo baixos salários e com escolaridade insuficiente (no Município de São Paulo, apenas 14,7% dos profissionais das creches públicas concluíram o ensino médio); instalações precárias que não garantem às crianças condições mínimas de uso e baixo investimento em material pedagógico (VERÍSSIMO, 2001, p. 61, T).

A escassez de capital conferida às creches pode ainda estar vinculada às inúmeras incertezas que pairam acerca dessas instituições; entre elas, a própria definição de creche, de suas funções e da relação entre creche e lar.

Alguns registros demonstram que as creches podem ser vistas como ambientes que preparam para a escolarização; entre eles, uma autora menciona: “Assim, cuidando com carinho e atenção, ensinando e brincando entre cores e números, visam através deste entendimento a alfabetização, preparando-as para o ingresso na Escola” (RODRIGUES, 1998, p. 44, T). Outros expressam a percepção que as cuidadoras têm sobre o ambiente de creche e são assim descritos:

Este discurso está impregnado por uma representação de que no papel educativo, a escola é mais competente do que a família. E como o conversar nesta instituição tem forte caráter educativo, percebe-se que as educadoras concebem o ambiente creche como mais eficiente, gerando, inclusive, um sentimento de ‘competição’ entre a creche e a família (SHIBAYAMA, 2001, p. 28, D).

Uma pesquisadora refere-se às creches como ambientes semelhantes ao lar, porém, com a vantagem de suprir algumas carências:

O cuidar de criança na Creche Comunitária é realizado na perspectiva do cuidado materno, como se a pessoa que cuida estivesse cuidando do próprio filho, dando carinho e tentando suprir o carinho que não tenha em casa. Fazendo tudo o que uma mãe faz, como se fosse uma segunda mãe (RODRIGUES, 1998, p. 45, T).

Outra autora as descreve como diferentes do lar:

Na creche, a criança estabelece contato com adultos e com outras crianças, criando um espaço próprio, diferente do lar. Esse ambiente deve propiciar a cada criança e ao grupo como um todo, situações que proporcionem a aprendizagem através de brincadeiras, descobertas e vivências do cotidiano sendo necessário um quadro de pessoal suficiente para atendê-los em suas individualidades (CARMO, 1996, p. 100, D).

Há, ainda, um estudo em que creche e lar foram comparados. Nele a autora menciona o descompasso entre o cuidado recebido pela criança em um e em outro ambiente, por meio do seguinte registro:

há um descompasso entre o que ela aprende na creche e o que vivencia em casa. Às vezes com pais ou responsáveis desinteressados, não consegue sequer continuar realizando uma atividade de higiene, como escovar os dentes, simplesmente porque não dispõe de uma escova dental (TAVARES, 1999, p. 15, D).

Esses diferentes pontos de vista sobre creche e sobre as funções da creche são reconhecidos por Pierre Bourdieu como legítimos. Para ele,

dado que nós construímos o espaço social, sabemos que esses pontos de vista são, como a própria palavra diz, visões tomadas a partir de um ponto, isto é, a partir de uma determinada posição no espaço social. E sabemos também que haverá pontos de vista diferentes, e mesmo antagônicos, já que os pontos de vista dependem do ponto a partir do qual são tomados, já que a visão que cada agente tem do espaço depende de sua posição nesse espaço (BOURDIEU, 1990, p. 157).

Conseqüentemente, é compreensível que cuidadoras, pesquisadoras e familiares tenham percepções e expectativas diferentes acerca das creches. No entanto, para que se possa investir no saber de creche, no saber sobre creche e no saber em creche, acredito que primeiramente seja necessário desvincular as creches dos demais cenários

em que a criança interage. É necessário reconhecê-las como espaço novo, ímpar, no qual a criança possa desfrutar a oportunidade de ser cuidada de uma maneira diferente do que vivencia no lar ou na escola. Nela, as crianças, desde os primeiros meses de vida, precisam ter o direito de serem cuidadas em sua integralidade, por uma equipe multiprofissional, sensível e capacitada, com vistas ao pleno desenvolvimento de seu potencial. Considerando que as creches constituem um espaço coletivo de cuidado, no qual crianças oriundas de famílias com diferentes valores e costumes, em diferentes estágios de desenvolvimento, permanecem a maior parte de seu tempo, precisam ser percebidas como espaços de promoção de saúde e qualidade de vida. Reconhecendo a complexidade do cuidado à criança e, conseqüentemente, a necessidade de conhecimento técnico-científico para atuar em creches, estaremos dotando essas instituições do indispensável capital científico para atrair investimentos econômicos, sociais e culturais, contribuindo, assim, para o desenvolvimento de crianças saudáveis e felizes.

Entre as autoras das teses e dissertações, uma era coordenadora da área da saúde de uma entidade filantrópica que mantém três centros de educação infantil, uma atuava como diretora de uma creche particular conveniada com a secretaria do Bem-Estar Social de São Paulo, outra não explicitou sua ocupação e sete eram docentes. Essa constatação reforçou a idéia de que no campo da Enfermagem, são as enfermeiras docentes que mais investem em cursos de pós-graduação *stricto-sensu*. O capital científico que tais cursos lhes conferem, associado à ascensão na carreira universitária, que certamente lhes proporciona, é convertido em prestígio, poder e reconhecimento no interior do campo. Resumindo, a obtenção dos títulos de mestre e doutor(a), lhes confere autoridade científica, possibilitando-lhes a ocupação de posições reconhecidas socialmente como dominantes no campo científico. O que está em jogo no campo científico é a luta “pelo monopólio da *autoridade científica* definida, de maneira inseparável, como capacidade técnica e poder social” (BOURDIEU, 1994, p. 122, grifo do autor).

Algumas pesquisadoras relataram, resumidamente, sua trajetória profissional, o que me possibilitou inferir acerca da área de concentração do capital científico que detinham ao se dedicarem a pesquisar sobre o cuidado de Enfermagem à criança em creches. As áreas mencionadas foram Educação em Saúde, Saúde Pública, Administração em Enfermagem, Recém-Nascido de Alto e Baixo Risco e Terapia Intensiva Pediátrica, especializada em cardiologia. Evidentemente, são áreas muito diferenciadas entre si, que requerem capacidades técnico-científicas específicas. No entanto, independentemente da área de concentração do conhecimento científico, foi possível identificar a Promoção da Saúde como traço comum, permeando o processo de cuidar dessas pesquisadoras.

O foco na Promoção da Saúde, tanto em nível hospitalar quanto durante a atuação em creches, tornou-se mais nítido pela análise dos escritos de pesquisadoras que atuaram nesses dois cenários, o que é contemplado no registro:

[...] por necessidades institucionais, tive que seguir um outro caminho, que foi o de assistir recém-nascidos de baixo e alto risco em berçário de um hospital-escola. Prestando assistência a esses pequeninos seres, pude aproximar-me também das mães-binômio mãe-filho. Estar próximo dessas mães, levava-me constantemente a desenvolver atividades educativas em relação ao seu cotidiano, tentando contribuir para a resolução de problemas domiciliares, isto é, após a alta hospitalar (RODRIGUES, 1998, p. 12, T).

Essa mesma pesquisadora, ao se inserir no cenário das creches, expressou que “o treinamento deve vislumbrar que cada pessoa que cuida de crianças, em creche comunitária, é um agente multiplicador de promoção de saúde, deslocando assim o foco de atuação para a pessoa que cuida” (RODRIGUES, 1998, p. 49, T).

De igual forma, percebendo a saúde como uma condição que vai além do individual e biológico, outra pesquisadora referiu:

Apesar do trabalho dentro da UTI, desenvolvi a percepção do cuidado ‘integral’ à criança, pois constantemente confrontava-me não apenas com os problemas biológicos inerentes à patologia cardiológica, mas também com os problemas sociais, psicológicos, culturais e familiares [...] comecei a entrar em contato com a real importância de associar o preventivo ao curativo (SOARES, 1998, p. 2, D).

No contexto da creche, Soares apregoou que *“é fundamental que instituições de convivência infantil como creches assumam caráter educativo e assistencial, onde se promova a saúde e se garanta um trabalho preventivo que transcenda os muros da creche e passe pelas micro-regiões onde moram e trabalham os pais das crianças”* (SOARES, 1998, p. 11, D).

A coerência no processo de cuidar dessas profissionais permitiu apreender que, independentemente do contexto e da especificidade do capital científico incorporado, a Enfermagem empenha-se pela Promoção da Saúde. No contexto pediátrico, tanto em creches quanto em Unidades de Terapia Intensiva, interage com as crianças, familiares e comunidade, com o intento de promover saúde e qualidade de vida em nível individual e coletivo.

Enfocando por outro ângulo, é possível inferir que as creches não constituem mercado de trabalho para as enfermeiras. Em apenas dois dos estudos ficou evidente o vínculo empregatício das autoras com as instituições onde foram realizadas as pesquisas. Em outras palavras, quase inexistente jogo econômico entre as profissionais enfermeiras e as creches nas quais efetuaram suas investigações. Bourdieu aborda esse assunto explicitando que *“a produção econômica só funciona na medida em que produz em primeiro lugar a crença no valor de seus produtos e também a crença no valor da própria atividade de produção”* (BOURDIEU, 1990, p. 128). O autor exemplifica sua afirmação comentando que atualmente não pára de crescer a parcela do trabalho destinada a produzir a necessidade do produto. Obviamente, com a necessidade surge o interesse, que confere capital e move o campo.

Entre os estudos que mencionam a presença das outras categorias profissionais de enfermagem atuando nas creches, um cita a participação de atendentes de enfermagem, quatro citam a de auxiliares de enfermagem e um, realizado em 104 creches do município de São Paulo, cita a presença de atendentes ou de auxiliares de enfermagem na maior parte das instituições nas quais a investigação foi realizada. Cabe destacar que, desses seis estudos, em apenas dois, atendentes e auxiliares de enfermagem trabalhavam sob supervisão da enfermeira conforme determina a Lei do

Exercício Profissional de Enfermagem, havendo casos em que essa supervisão limitava-se a cumprir uma exigência legal.

Apenas uma creche possuía em seu quadro de funcionários, o profissional enfermeiro, seis possuíam auxiliar de enfermagem e uma delas mantinha apenas o atendente de enfermagem. As creches conveniadas com a prefeitura recebiam a visita de um enfermeiro mensalmente (SOARES, 1998, p. 16, D).

Frente à ínfima representatividade de enfermeir@s assistenciais em creches, são pertinentes alguns questionamentos: seria o escasso capital simbólico vinculado às creches que as torna desinteressantes para a Enfermagem? Ou a Enfermagem almeja trabalhar nessas instituições mas não está conseguindo se mostrar como necessária ao cuidado da criança em creches? Ou ainda, com o *habitus* de classe, inculcado no atendimento hospitalar tecnicista, a Enfermagem não investe nesse espaço, pois não percebe quão promissor ele é?

Acredito que nenhum desses fatores, isoladamente, seja capaz de afastar ou impedir a atuação da Enfermagem em creches. Acredito, ainda, que inúmeros outros devam ser considerados, entre eles: falta de políticas públicas que garantam à criança a possibilidade de desfrutar seus direitos; ação integrada das Secretarias de Saúde e Educação, para dotar as Instituições de Educação Infantil (IEI) e em especial as creches de capital simbólico indispensável ao recrutamento de profissionais capacitad@s e comprometid@s com a primeira infância; legislação determinando a obrigatoriedade de profissionais de Enfermagem nas equipes das IEI; fiscalização, por parte dos Conselhos Regionais de Enfermagem, acerca do cumprimento da legislação; intensificação de pesquisas nessa área e divulgação de seus resultados junto às IEI, Secretarias de Saúde e Educação, Câmaras de Vereadores e Deputados, em eventos e periódicos científicos das áreas de Saúde e Educação.

5.2.3.2 Correlação entre os objetos/objetivos das investigações e as linhas de pesquisa consolidadas no campo da Enfermagem

Ao selecionar os objetos e objetivos para uma análise mais detalhada, pretendi não apenas cotizá-los entre as áreas e linhas de pesquisa, mas também identificar em quais áreas do campo de Enfermagem estão ocorrendo os investimentos. Pretendi, ainda, compreender e interpretar “o que” foi investigado e “para que” as investigações foram realizadas. Inicialmente procurei familiarizar-me com as áreas e linhas de pesquisa consolidadas na reunião de Pós-graduação em Enfermagem, realizada em Belém do Pará no ano de 2001, a qual classificou as linhas de pesquisa em três áreas: a profissional, a organizacional e a assistencial. Dando seqüência, descrevi cada uma dessas áreas e elaborei um quadro demonstrativo, apresentado na página 152, no qual as vinculei aos objetos e objetivos das pesquisas. Finalizando, procurei compreender e interpretar como o cuidado de Enfermagem expresso em cada investigação se fez presente nas áreas de pesquisa.

Área Profissional; composta por quatro linhas de pesquisa a saber:

Fundamentos teórico-filosóficos do cuidar em Saúde e Enfermagem – nesta linha de pesquisa se incluem os estudos referentes à “correntes filosóficas, teorias, conceitos, habilidades e atitudes que norteiam o saber e o fazer em Saúde e Enfermagem”;

Tecnologia em Saúde e Enfermagem – nesta linha concentram-se as investigações que dizem respeito ao “processo de produção e incorporação de bens e serviços ao processo de cuidar face aos avanços do conhecimento em Saúde e Enfermagem”;

Ética em Saúde e Enfermagem – nesta se incluem as pesquisas referentes à “condutas profissionais e à construção e expressão da cidadania; valores, princípios e dilemas éticos; direitos e responsabilidades profissionais em Saúde e Enfermagem”;

História da Enfermagem – desta linha fazem parte os trabalhos concernentes ao “desenvolvimento histórico-social da profissão, das práticas e das organizações da Enfermagem”.

Área Organizacional; foi dividida em cinco linhas de pesquisa:

Políticas e práticas em Saúde e (a) Enfermagem – nesta se incluem os estudos que se dedicam a “concepção, formulação e estratégias de operacionalização de políticas públicas de saúde e a articulação com as práticas de Enfermagem”;

Políticas e práticas de Educação e Enfermagem – desta linha fazem parte os trabalhos referentes às “concepções pedagógicas, políticas e tecnologias educacionais aplicadas ao campo da Saúde e da Enfermagem; a dimensão educativa do trabalho em Saúde e na Enfermagem”;

Produção social e trabalho em Saúde e Enfermagem – nela figuravam os estudos que dizem respeito à “produção e processo de trabalho em Saúde e Enfermagem; relação entre trabalho e saúde”;

Gerenciamento dos serviços de Saúde e de Enfermagem – incluem-se nesta linha investigações atinentes a “teorias, princípios e finalidades da administração e organização de serviços; gerenciamento da estrutura, do processo e dos resultados do cuidar em Saúde e Enfermagem”;

Informação/Comunicação em Saúde e Enfermagem – concentram-se nesta linha de pesquisa estudos concernentes a “teorias, princípios, finalidades e operacionalização de sistemas de informação e de processos de comunicação em Saúde e Enfermagem”.

Área Assistencial; dela fazem parte duas linhas de pesquisa, que são:

Processo de cuidar em Saúde e Enfermagem – nela figuram as investigações relativas ao “processo sistematizado de cuidar do ser humano sadio ou doente, no âmbito individual ou coletivo; dimensões subjetiva e objetiva de cuidar e de ser cuidado”;

Saúde e qualidade de vida – nesta linha encontram-se os trabalhos referentes aos “determinantes, indicadores e expressões da qualidade de vida e sua relação com o processo saúde-doença, no âmbito individual e coletivo”.

Resumindo, no campo da Enfermagem, a construção do capital científico está estruturada em três grandes áreas cujos focos são, respectivamente: o de capacitação para o cuidado ou área profissional, a de organização do cuidado ou área organizacional e o de prestação do cuidado ou área assistencial.

Utilizando como critério de classificação os objetos e objetivos expressos pelas pesquisadoras, facilmente classifiquei quatro investigações na área organizacional e seis na assistencial. No entanto, seguindo a advertência de Lahire (2002, p. 46) ao comentar as concepções de Pierre Bourdieu, compreendi que "o melhor meio de aproveitar uma obra científica consiste em prolongar as idéias que nela estão apenas esboçadas, em pensar que pesquisas empíricas permitiriam responder às questões que permanecem em suspenso e, em definitivo, em sempre ultrapassar o que foi dito ou escrito". O autor complementa seu pensamento assegurando:

O verdadeiro respeito científico para com a obra (e seu autor) consiste na discussão e na avaliação rigorosas e não na repetição sem fim dos conceitos, tiques de linguagem, estilo de escrita, raciocínios preestabelecidos etc. É preciso saber acordar alguns usos adormecidos desses conceitos, é preciso ousar levantar certas questões, autorizar-se a contradizer, refutar, complementar, matizar o pensamento de um autor. Nem rejeição brutal nem repetição de epígono, mas dúvidas e críticas (LAHIRE, 2002, p. 52).

Na tentativa de melhor aproveitar a produção científica em estudo, efetuei uma análise mais acurada, por meio da qual pude perceber que, embora seja nítido o direcionamento das pesquisas para uma ou outra área, todas trazem como pano de fundo o cuidado de Enfermagem e este, como essencial à promoção de saúde e qualidade de vida. é inegável que, nas últimas décadas, o cuidado tem sido alvo de férteis discussões promovidas tanto em eventos científicos como em núcleos de pesquisa, sendo objeto de inúmeros estudos publicados em periódicos nacionais e internacionais. Em qualquer de suas dimensões, atualmente, o cuidado vem sendo focado como o fenômeno central da enfermagem, Silva (1998), Silva; Arruda (1993) e Waldow (2001), ou ainda como “essência do trabalho de enfermagem para alguns, objeto epistemológico de trabalho para outros, mas, sempre como

característica básica da profissão” (LEOPARDI, GELBCKE & RAMOS, 2001, p. 32). Indubitavelmente é o cuidado de Enfermagem o elemento necessário à Promoção de Saúde e Qualidade de Vida das crianças. É centrada no cuidado, que a produção do conhecimento e, conseqüentemente, do capital científico acerca do cuidado de Enfermagem à criança em creches vem sendo construída. Assim, tentei apreender as diferentes manifestações do cuidado em cada uma das áreas.

A produção científica acerca do cuidado de Enfermagem à criança em creches na área profissional

Embora nenhuma investigação fosse centrada na área profissional, ela se evidenciou por meio de alguns matizes. Assim, a metodologia da pesquisa convergente assistencial, construída por Trentini e Paim (1999), foi aplicada em uma dissertação, e a Teoria de Leininger embasou o conceito de cuidado em uma tese e em uma dissertação. O cuidado de Enfermagem permeou todas as pesquisas, ora desencadeando reflexões sobre sua essência, ora incitando discussões acerca de sua operacionalização em nível individual e coletivo. Reflexões sobre a ética na educação e saúde emergiram como desafios *“ao posicionamento dos profissionais diante desta nova realidade ‘educacional’, um posicionamento aberto, crítico, transformador e libertador do ser humano, a questão de sua existência, sua natureza, no transcurso da história”* (FARIAS, 2000, p. 51, D). Evidenciei, também, investigações que se respaldaram na Lei do Exercício Profissional para denunciar irregularidades na atuação de atendentes e auxiliares de Enfermagem. Dessa forma, a produção científica acerca do cuidado de Enfermagem à criança em creches contribuiu para fundamentar o saber e o fazer em Saúde e Enfermagem.

CORRELAÇÃO DOS OBJETOS/OBJETIVOS DAS INVESTIGAÇÕES COM AS LINHAS DE PESQUISA			
Nat. estudo/ Código	Objetos do estudo	Objetivos do estudo	Linha de pesquisa
D Nº 983	Utilização de elementos da administração no desempenho das tarefas de administradores de creches particulares conveniadas com a SEBES-PMSP (BORBA, 1994, p. 7, D).	Conhecer os elementos da administração utilizados no desempenho das tarefas dos administradores de creches particulares, conveniadas com a SEBES - PMSP, a fim de melhorar as ações administrativas e contribuir para o atendimento adequado às crianças que freqüentam as creches. Encaminhar os resultados obtidos à SURBES, órgão fiscalizador e de assessoramento às creches, no sentido de oferecer subsídios para otimizar suas funções e alcançar os seus objetivos.	Gerenciamento dos serviços de Saúde e de Enfermagem
D Nº 1331		Caracterizar os recursos humanos que atuam em oito creches comunitárias do município de Passos, na sua dimensão quantitativa e qualitativa. A proposta é de: Quantificar os profissionais que atuam em oito creches [...]; Caracterizá-los quanto aos dados de identificação pessoal, profissional e situação funcional; Descrever o preparo dos profissionais que trabalham na creche; Descrever quais são as atividades executadas por esses profissionais (CARMO, 1996, p. 69, D).	Gerenciamento dos serviços de Saúde e de Enfermagem
T Nº 1319	Quando você cuida da criança na creche, o que você faz? E o que você pretende com isso? (RODRIGUES, 1998, p. 31, T)	Compreender o significado do cuidar de crianças em Creches Comunitárias a partir do vivido das pessoas que realizam esta ação.	Processo de cuidar em Saúde e Enfermagem
D Nº 1673		Geral: Caracterizar as condições de vida, saúde e nutrição de crianças de quatro a vinte e cinco meses, matriculadas em creches credenciadas junto ao Centro de Saúde [...] da USP, com a finalidade de fornecer subsídios para a formulação de futuras propostas de intervenção nessas Instituições, buscando a promoção da saúde. Específicos: Caracterizar a população estudada no que se refere à situação sócioeconômico-demográfica da família; Identificar as condições de nascimento, imunização e morbidade através de inquérito recodatório; Caracterizar o perfil nutricional através de estudo antropométrico; Determinar a ocorrência de anemia através da dosagem da concentração de hemoglobina sanguínea (SOARES, 1998, p. 14, D).	Saúde e Qualidade de Vida
D Nº 2100	Assistência à saúde das crianças em creches públicas. Questões: Quais os problemas de saúde mais comuns que afetam as crianças de creches públicas? Que iniciativa é tomada pelas coordenadoras de creches, frente aos problemas de saúde apresentados pelas crianças de creches públicas? Como é percebida, pelas coordenadoras de creches, a ausência do profissional enfermeiro no quadro funcional de creches públicas? (TAVARES, 1999, p. 6, D)	Descrever os problemas de saúde mais freqüentes que ocorrem nas crianças de creches públicas. Analisar a assistência à saúde prestada às crianças nas creches públicas. Discutir possibilidades de inserção do enfermeiro na atenção à saúde de crianças em creches públicas.	Saúde Qualidade de Vida
D Nº 2859	Como a educação problematizadora aplicada às educadoras infantis pode influenciar na resolução das necessidades básicas de saúde das crianças que freqüentam a creche? (FARIAS, 2000, p. 25, D)	Instrumentalizar as educadoras infantis para atendimento dos problemas básicos de saúde das crianças que freqüentam o CDI, apoiadas na metodologia problematizadora.	Políticas e práticas de Educação e Enfermagem
D Nº 2836	O que você acha de conversar com a criança? (SHIBAYAMA, 2001, p. 21, D)	Optou-se por realizar esta investigação com educadoras/cuidadoras de creches para saber quais são suas representações a respeito do ato de conversar com crianças de zero a três anos de idade	Processo de cuidar em Saúde e (a) Enfermagem
T Nº 2818		Aprender e analisar as representações dos profissionais que atuam na creche, acerca do cuidado da criança. Com a finalidade de oferecer subsídios para o debate que ora se estabelece, em função das diretrizes curriculares para a educação infantil e assim contribuir para a melhoria da atenção à criança que freqüenta creche (VERISSIMO, 2001, p. 22, T).	Políticas e práticas em Saúde e (a) Enfermagem
D Nº 2966	Será que a creche/pré-escola está conseguindo garantir o cuidado/educação com condições ambientais (físicas e humanas) seguras para prevenir acidentes com a criança? (CORTEZ, 2002, p. 21, D)	Identificar os riscos de acidentes a que as crianças estão submetidas na creche/pré-escola estudada; Identificar os tipos e a freqüência dos acidentes que ocorrem com as crianças durante a sua permanência na referida creche/pré-escola.	Processo de cuidar em Saúde e Enfermagem
D Nº 3027	O que leva as mães a não comparecerem com regularidade às Consultas? Como o período que a criança está na creche, afastada da mãe, influencia a recuperação? O que "falta" ou não está sendo investigado nessas crianças que apresentam desnutrição? (RIBEIRO, 2002, p. 21, D)	Descrever como se dá a relação das mães com as crianças desnutridas institucionalizadas, levando em conta as falas desta mãe; compreender o significado desta relação e como ela influencia o estado nutricional da criança.	Processo de cuidar em Saúde e Enfermagem

A produção científica acerca do cuidado de Enfermagem à criança em creches na área organizacional

Dos quatro estudos¹³ classificados na área organizacional, dois referem-se ao gerenciamento dos serviços de Saúde e de Enfermagem; um, às políticas e práticas de Educação e Enfermagem e outro, às políticas e práticas em Saúde e Enfermagem.

➤ Elementos de administração utilizados em creches

Tendo como foco o aspecto gerencial das creches estudadas, a pesquisadora investigou se o planejamento, coordenação, execução, supervisão e avaliação estavam sendo utilizados no desempenho dos administradores. Para ela,

[...] a aplicação sistemática dos elementos da administração na creche, maximizando os recursos humanos e não humanos, contribui para o alcance de seus objetivos, ou seja, prestar assistência integral às crianças de zero a seis anos de idade, oferecer condições favoráveis ao seu desenvolvimento bio-psico-socio-cultural e promover a participação da família (BORBA, 1994, p. 6, D).

Nessa transcrição, o organizar emergiu como elemento necessário ao cuidado integral. Por se tratar de uma pesquisa de abordagem quantitativa, precisei selecionar algumas variáveis para visualizar outros aspectos considerados necessários ao cuidado integral à criança. Entre as variáveis independentes, selecionei a “*realização de curso sobre administração ou gerenciamento de creche, realização de curso sobre assistência à criança em creche [e] sobre crescimento e desenvolvimento de crianças*” (BORBA, 1994, p. 41, D).

A variável dependente foi medida por meio de uma listagem de tarefas que @s administrador@s referiam executar ou não. Entre tais tarefas, procurei selecionar as que evidenciavam a organização para o cuidado integral à criança, conforme registro abaixo:

Reunião de funcionários sobre relações humanas para obter um bom entrosamento; [...] programação das atividades de lazer; [...] visita

¹³ Para apresentação de cada estudo, usei como título o foco da investigação seguido de uma breve descrição de elementos que permitem relacioná-la à área de pesquisa.

domiciliária, por ocasião da seleção da criança; [...] adaptação da criança recém admitida; [...] reunião dos familiares sobre relações humanas; [...] programação da participação dos familiares nas atividades da creche; [...] relatório de saúde das crianças [...] (BORBA, 1994, p. 22-36, D).

A listagem das atividades administrativas selecionadas pela pesquisadora permite inferir que, em suas concepções, para que uma creche alcance seus objetivos, é necessário investir em capital científico acerca de gerenciamento, de cuidados à criança, de crescimento e desenvolvimento infantil, além do entrosamento da equipe entre si, com as crianças e com os familiares das crianças. Outros aspectos que também podem ser apreendidos como base para o cuidado integral, referem-se ao conhecimento do contexto socioeconômico da família.

➤ Recursos humanos em creches

Bourdieu (1990) comenta que as Ciências Sociais devem tomar como objeto não apenas a realidade “crua”, mas também a percepção, as expectativas e os pontos de vista que os agentes sociais têm, em função da posição que ocupam no espaço objetivo. Dessa forma, o autor valoriza as pesquisas nas quais há investigação de aspectos qualitativos e quantitativos. Nesta dissertação, tais aspectos foram investigados. A pesquisadora procurou dimensionar qualitativa e quantitativamente os recursos humanos de oito creches da cidade de São Paulo e, assim, com a contextualização das investigações e a apreensão das percepções e ações das cuidadoras, subsidiar o planejamento e implementação de estratégias aqui entendidas como ações intencionais, ou seja, aplicação de meios disponíveis para alcançar objetivos específicos.

As diferentes fases do processo organizacional podem ser apreendidas nesta pesquisa. Inicialmente a pesquisadora diagnostica as condições de trabalho das cuidadoras, referindo:

Durante as entrevistas, as trabalhadoras declararam-se descontentes com a jornada de trabalho, porque consideram o serviço desgastante, a carga horária excessiva e sem intervalo de horário de almoço. Declaram que há acúmulo de funções e que persistem na creche porque existe um grande espírito de colaboração e de boa vontade em ajudar as crianças carentes,

apesar de ganharem pouco e trabalharem muito (CARMO, 1996, p. 128, D).

A autora refere-se à forma de cuidar da criança comentando que “*devido à escassez de recursos humanos, as atividades de higienização, refeições e repouso, por exemplo, são realizadas de forma automatizada, sem estabelecimento de relações interpessoais*” (CARMO, 1996, p. 99, D). No que se refere à interação com os pais, ela comenta que “*o contato creche-família se dá através de reuniões assistemáticas, geralmente, quando ocorrem **problemas disciplinares**. A família não tem nenhuma participação nas decisões das creches estudadas*” (CARMO, 1996, p. 146, D, grifo meu).

Entre os inúmeros aspectos organizacionais que interferem na qualidade do cuidado prestado à criança, merece especial reflexão o “problema disciplinar” acima referido. Uma criança com no máximo três anos de idade pode ser indisciplinada? O problema não estaria centrado nas cuidadoras, que, desconhecendo as peculiaridades do desenvolvimento infantil, prestam um cuidado não-científico, limitado ao aspecto físico e desprovido de capital simbólico? A pesquisadora, com base nas Normas estabelecidas pelo Ministério da Saúde emite sua concepção de creche, ao referir:

Após a revisão da literatura, entendemos que a creche deve prestar assistência integral a crianças de 0 a 6 anos de idade e que seja uma área de educação e desenvolvimento infantil, com propostas educacionais que visem ao desenvolvimento bio-psico-social-cultural da criança. Entendemos ainda, que a creche é um equipamento social que deve prestar serviços sociais à criança e à família, sendo um espaço diferenciado do lar, que deve permitir a interação de experiências diferentes, a comparação de modelos e a percepção de diferentes papéis e culturas. É um espaço que deve oferecer cuidados relativos tanto aos aspectos físicos como: higiene, alimentação e saúde, quanto educacionais que, através do trabalho do educador junto à criança, tem a função de acompanhar o papel educativo das famílias (CARMO, 1996, p. 41, D).

Finalmente, demonstrando seu comprometimento social com a organização dos serviços em creches, a pesquisadora diz:

Elaboramos um projeto com a participação de uma equipe multidisciplinar, objetivando melhorar a qualidade da assistência à criança em creche, o qual foi mencionado numa das reuniões do Conselho Municipal de

Assistência Social. Este Conselho demonstrou total interesse pelo projeto e devemos apresentá-lo oficialmente, a posteriori (CARMO, 1996, p. 152, D).

E complementa descrevendo as creches como espaços nos quais a atuação d@ enfermeir@ pode desencadear o *habitus* de promoção de saúde nas crianças e suas famílias por meio de um atendimento de qualidade.

➤ Educação em Saúde: co-participação de educadoras infantis

Nesta investigação, que fortalece a linha das políticas e práticas de Educação e Enfermagem, a pesquisadora procura saber “*como a educação problematizadora aplicada às educadoras infantis pode influenciar na resolução das necessidades básicas de saúde das crianças que freqüentam a creche?*” (FARIAS, 2000, p. 25, D). Para tanto, inicia provocando uma reflexão sobre a finalidade da educação no cotidiano da Enfermagem, até mesmo no *habitus* de classe da Enfermagem ao questionar; “*Educar para domesticar ou para libertar?*” (FARIAS, 2000, p. 19, D). As tomadas de posição d@s agentes

dependem da *posição* que eles ocupem na estrutura do campo, isto é, na distribuição do capital simbólico específico, institucionalizado ou não (reconhecimento interno ou notoriedade externa), e que, através da mediação das disposições constitutivas de seus *habitus* (relativamente autônomos em relação à posição), inclina-os seja a conservar seja a transformar a estrutura dessa distribuição, logo, a perpetuar as regras do jogo ou a subvertê-las (BOURDIEU, 1997, p. 63-64).

Assim, na posição de coordenadora da área de saúde de uma creche filantrópica, a autora opta por uma prática transformadora de educação para libertação e, referindo-se à creche, declara:

como é ilimitada e importante a participação da enfermeira também neste tipo de atividade, que além de prestar cuidados, administrar a assistência, pesquisar, contribuindo com dados relevantes de sua prática, tem acrescentado o papel de educador(a), influenciando de modo significativo no âmbito da prevenção e promoção da saúde e participando do processo saúde/doença (FARIAS, 2000, p. 13, D).

Fundamentada na Pedagogia Problematizadora de Paulo Freire e adotando como método a Pesquisa Convergente Assistencial, incitou as cuidadoras a “*um*

movimento de reflexão sobre a realidade, que visa, além de conhecê-la e interpretá-la, transformá-la” (FARIAS, 2000, p. 64, D).

Nesse processo de conscientização, o debate acerca do cuidado se fez presente em quase todos os momentos. O conceito de cuidado como prática cotidiana, *“contribuiu para a integração das educadoras infantis, assegurando um atendimento às crianças comprometido e eficaz”* (FARIAS, 2000, p. 146, D). Nesse sentido, a autora diz que *“percebe-se a compreensão sobre os direitos das crianças a uma alimentação sadia e dos deveres da Instituição enquanto responsável pelo atendimento à criança e o papel que desempenha na qualidade do cuidado para com elas”* (FARIAS, 2000, p. 118, D).

No entanto, um dos aspectos mais significativos na conscientização das cuidadoras foi a expressão da responsabilidade de cada uma com o cuidado, e deste, como elemento essencial à formação e consolidação da personalidade infantil. Descrevendo uma oficina de sensibilização a autora narra:

O grupo apresentou o desenho de duas casas: uma com estrutura de alicerce e a outra sem estrutura, e as duas passando pela situação de tempestade. A casa com alicerce, sem algumas telhas mas firme, e a casa sem estrutura caída no chão, comparando a uma criança, a formação de sua personalidade e identidade. Este instrumento de trabalho ajudou na reflexão sobre a responsabilidade coletiva na manutenção e cuidado dessa ‘estrutura’ que é necessária para a formação e consolidação da personalidade da criança. Conseqüentemente, todos que atuam nesta fase são responsáveis pela sua formação e desenvolvimento. Questionou-se a responsabilidade do(a) educador(a) para também proporcionar, à família e sociedade, esta estrutura necessária para um bom desenvolvimento da criança, como ser saudável (FARIAS, 2000, p. 108, D).

Esse exemplo ilustra, com muita nitidez, o conceito de estrutura emitido por Bourdieu (1994, p. 16), ao referir *“a estrutura implica, portanto, uma ação estruturante, uma vez que as categorias de classificação presidem a prática do indivíduo que as interiorizou”*. Assim, o processo de cuidar faz parte da estrutura estruturante da personalidade da criança. No interior das creches, esse processo está intimamente vinculado ao *habitus* interiorizado pelas cuidadoras. É, pois, indispensável que sejam

capacidades para o cuidado profissional e que gostem de crianças, que se sintam bem no meio delas.

Finalizando, a autora adverte:

O trabalho fundamentado no referencial teórico de Paulo Freire e orientado na educação libertadora e na metodologia problematizadora possibilitou o desenvolvimento de uma prática educativa em saúde que promoveu mudanças. Refletindo sobre os encontros e o processo de aprendizagem, cujas bases eram o diálogo, o conhecimento, a transformação da realidade vivida, a participação, a ética nas relações, a auto-estima, reforça minha compreensão na necessidade histórica de mudanças nas diversas práticas da educação em saúde. Uma pedagogia que traz no seu potencial o ser humano como sujeito do processo de viver fortalece minha crença na educação em saúde como instrumento na transformação de uma realidade de opressores/oprimidos e dominadores/dominados (FARIAS, 2000, p. 146-147, D).

Com essa concepção pedagógica, a autora contribui significativamente para consolidar, no campo da Enfermagem, a dimensão educativa no cuidado, com vistas à promoção de saúde e qualidade de vida.

➤ O olhar de trabalhadoras de creches sobre o cuidado à criança

Na tese, cujo objetivo é apreender e analisar as representações sociais dos profissionais que atuam em creches, acerca do cuidado à criança, a pesquisadora fornece subsídios para o debate referente às diretrizes curriculares na educação infantil, fortalecendo, com isso, a linha de pesquisa no que tange às políticas e práticas em Saúde e Enfermagem. A análise das representações sociais de coordenadoras e educadoras de creches, sobre conceitos que integram as diretrizes curriculares, entre eles, o de cuidado, permite a identificação tanto de *habitus*, quanto de estereótipos presentes no campo da Enfermagem, da Educação e no senso comum.

Implantar novas diretrizes curriculares para a educação infantil, ignorando a influência das representações sociais na atuação das coordenadoras e educadoras de creches, pode implicar na conservação e até mesmo na reprodução de antigas e limitadoras práticas assistencialistas.

Comentando sobre o significado das representações sociais na pesquisa social, diz Bourdieu (2000, p. 49, grifo do autor):

Tratando-se de pensar o mundo social, nunca se corre o risco de exagerar a dificuldade ou as ameaças. A força do pré-construído está em que, achando-se inscrito ao mesmo tempo nas coisas e nos cérebros, ele se apresenta com as aparências da evidência, que passa despercebida porque é perfeitamente natural. [...] Aquilo a que se chama ‘ruptura epistemológica’, quer dizer, o pôr-em-suspense as pré-construções vulgares e os princípios geralmente aplicados na realização dessas construções, implica uma ruptura com modos pensamento, conceitos, métodos que têm a seu favor todas as aparências do *sensu comum*, do bom senso vulgar e do bom senso científico.

De todas as representações apreendidas e analisadas pela pesquisadora, optei por apresentar alguns aspectos referentes ao cuidado da criança em creches e sua relação com a educação.

Em muitos casos, houve importação do modelo do ensino fundamental para as creches e pré-escolas, criando situações nada compatíveis com as características e necessidades da criança pequena. Este é, inclusive, um dos aspectos conflitantes do Referencial, no qual a educação infantil é tratada, às vezes, como ensino, utilizando terminologia e conteúdos disciplinares correntes nos níveis posteriores de ensino. O cuidado aparece como secundário, um meio para promover o desenvolvimento. Isto desperta a idéia de que o documento privilegia o educativo estabelecendo o viés da escolarização infantil desde o nascimento (VERÍSSIMO, 2001, p. 41, T).

Esse comentário demonstra, conforme discutido no capítulo dois, o escasso capital científico que o cuidado desfruta nos documentos oficiais e, por inferência, no campo da Educação.

Comparando as representações sociais expressas pelas coordenadoras das creches, profissionais, que se dedicam mais à parte burocrática, com as expressas pelas educadoras, profissionais, que atuam diretamente com as crianças, foi possível identificar diferenças significativas. Enquanto na síntese das definições emitidas pelas coordenadoras houve expressão da necessidade de uma transformação na forma de realizar o cuidado, segundo a qual

*a higiene, a alimentação, as ações para garantir a segurança precisam continuar sendo realizadas, mas não podem caber mais, nessas ações, procedimentos mecânicos, como se estivessem sendo realizados **na** criança; ao invés disso, as ações devem ser realizadas **com** a criança, o que demanda*

um relacionamento e resulta em aprendizagem para ela. Nessa linha de raciocínio, cuidar é proporcionar atenção e liberdade. Atenção é olhar para, ouvir, conversar, colocando-se na altura da criança. Liberdade é permitir que a criança desfrute o espaço da creche.(VERÍSSIMO, 2001, p. 122, T, grifo da autora).

A partir da fala das cuidadoras, a pesquisadora apreende que:

O cuidado da criança é referido como o atendimento de necessidades para prover o bem-estar da criança e a atenção para com ela. As atividades descritas como sendo de cuidado expressam a idéia de que as necessidades consideradas são a higiene, a alimentação e a segurança. Embora enfatizando como algo necessário e imprescindível, é descrito como um momento separado, exclusivo e uma etapa preparatória para o momento educativo. (VERÍSSIMO, 2001, p. 143, T, grifo da autora).

Dessa forma, na concepção das cuidadoras, o cuidado relaciona-se ao bem-estar físico e constitui, no contexto das creches, apenas um elemento preparatório para as ações educativas. Há, ainda, descrições que o revestem da função educativa com a intenção de atribuir-lhe algum valor, entre elas:

Todo o grupo aponta as atividades de cuidado como parte de seu papel, mas percebe-se que buscam encontrar e valorizar aspectos pedagógicos presentes no trabalho com a criança pequena, para valorizar o próprio trabalho.[...] As educadoras que têm atuado mais junto ao berçário magoam-se com as manifestações das demais, de que o trabalho com as crianças pequenas é centrado na higiene, isto é, no cuidado. [...] Para contrapor-se a esse preconceito, buscam delimitar 'outros conteúdos' que possam demonstrar que a dimensão pedagógica do processo educacional começa no berçário (VERÍSSIMO,2001, p. 146, T).

Assim, na percepção das cuidadoras, para que se possa atribuir algum capital científico e cultural ao cuidado, é necessário que ele seja associado a aspectos educativos. Porém, para as profissionais de Enfermagem, a educação está contida no cuidado, ela é uma das dimensões indispensáveis do cuidado. A apreensão e compreensão dessas representações constitui substancial contribuição para a construção do saber em creches. Nesse sentido, a investigadora incita a construção de um novo referencial para o cuidado à criança em ambiente coletivo. Para ela,

a área de enfermagem pode e deve contribuir para a atenção à criança na creche e na escola, não somente realizando intervenções pontuais de controle de saúde como também ajudando a construir um referencial que

possibilite a atenção integral da criança em instituições de educação
(VERÍSSIMO, 2001, p. 180, T).

Por outro lado, não basta construir um novo referencial; é imprescindível dotar-lhe de subsídios que permitam distinguir o cuidado profissional do cuidado popular. Agregar esse conhecimento ao campo da Saúde e da Enfermagem, é conferir-lhe o capital científico e simbólico necessários ao reconhecimento do cuidado Profissional de Enfermagem como elemento indispensável à promoção de saúde e qualidade de vida nas creches.

A produção científica acerca do cuidado de Enfermagem à criança em creches na área assistencial

Dos seis estudos classificados nessa área, quatro relacionam-se com a linha de pesquisa referente ao processo de cuidar em Saúde e Enfermagem e dois com saúde e qualidade de vida.

➤ Compreensão do cuidar

Fundamentada na Sociologia Compreensiva de Alfred Schutz, a enfermeira docente, autora desta tese, responsável por um projeto de extensão universitária, procura compreender a dimensão subjetiva do cuidar, ou seja, o significado que as cuidadoras davam à ação de cuidar crianças em creches comunitárias, pois acredita que *“o enfermeiro deva respaldar-se não apenas no conhecimento técnico-científico, mas principalmente buscar compreender a contextualização e o aprofundamento do vivido das pessoas inseridas no seu mundo da vida para apreender a inter-relação existente entre as pessoas e o seu mundo social”* (RODRIGUES, 1998, p. 48, T).

Como relata a autora até então, *“o que eu vinha desenvolvendo como proposta de treinamento para as pessoas que cuidam das crianças na Creche baseava-se em conteúdos preestabelecidos que visam o cuidar da criança nas situações mais comuns [entre elas] a cobertura vacinal, o acompanhamento do estado nutricional e a identificação dos problemas de saúde”* (RODRIGUES, 1998, p. 18-19, T).

Pela análise e categorização das falas das cuidadoras, a pesquisadora chega à compreensão de que as pessoas, ao cuidarem de crianças em âmbito coletivo, como são as creches comunitárias, visam a: *“Proporcionar o Adequado Desenvolvimento Cognitivo – Psicomotor e Afetivo das Crianças para o Mundo da Vida [...] Promover Hábitos Saudáveis de Higiene e de Alimentação na Perspectiva de Substituir Cuidados Maternos [...] Desenvolver uma Relação Intersubjetiva Tia-Criança-Família”* (RODRIGUES, 1998, p. 37; 39; 41, T). Essas categorias demonstram que as cuidadoras associam o cuidado prestado na creche ao cuidado materno, o ambiente da creche ao ambiente do lar e a relação intersubjetiva tia-criança-família, com amizade, quase parentesco. É importante retomar a informação de que o quadro de pessoal dessa creche comunitária é composto por *“moradores da própria Comunidade inclusive com algumas mães de crianças que freqüentam a creche”* (RODRIGUES, 1998, p. 30, T). Na descrição da autora, a ação desempenhada pelas tias –

Ação-o cuidar da criança – está fundamentada em conhecimentos adquiridos ao longo da vida. Isso mostra-se evidente quando a pessoa, ao desenvolver um cuidado com a criança, lança mão de suas próprias vivências, de tipificações já existentes e ou daquelas de seus familiares, seus antecessores, o que constitui a sua sedimentação de conhecimentos (RODRIGUES, 1998, p. 43, T, grifo da autora).

A análise dessa informação remete, inevitavelmente, à noção de formação de *habitus* primários, de incorporação de capital cultural e de reprodução do *habitus* das cuidadoras. A influência da modalidade de cuidar na vida das crianças é abordada por Bourdieu (2002, p. 42), ao expressar que *“a herança cultural, que difere, [...] segundo as classes sociais, é a responsável pela diferença inicial das crianças diante da experiência escolar e, conseqüentemente, pelas taxas de êxito”*.

Na perspectiva da autora, a preocupação das cuidadoras com o *“desenvolvimento de hábitos saudáveis”* por parte das crianças apontou que *“a reorientação dos programas de treinamento em saúde implica na Interdisciplinaridade”* e complementa, referindo que uma proposta de treinamento assim construída:

Esta sendo entendida como o eixo articulador para a elaboração conjunta de proposta de atuação junto com a comunidade, mediante mecanismos que evidenciem o compromisso com as necessidades concretas de pessoas envolvidas.[...] deve privilegiar as ações de saúde aliadas às de educação para que as questões rotineiras de saúde façam parte do processo de ensino-aprendizagem das crianças compondo as suas experiências vivenciadas e não apenas como situações vistas como problemáticas e a serem resolvidas. O treinamento deve vislumbrar que cada pessoa que cuida de crianças, em creche comunitária, é um agente multiplicador de promoção da saúde, deslocando assim o foco de atuação para a pessoa que cuida. Como tal, os programas de treinamento devem ser caracterizados essencialmente pela busca e apreensão de novos significados deste cuidar como um processo dinâmico e contínuo (RODRIGUES, 1998, p. 49, T).

O capital científico incorporado por essa investigação ao campo da Enfermagem, reforça a necessidade de envolver @s agentes sociais no planejamento e operacionalização das ações de saúde, além de apregoar o trabalho interdisciplinar.

➤ O conversar com crianças de creches

Com o objetivo de saber quais as representações sociais das cuidadoras/educadoras a respeito do ato de conversar com crianças de zero a três anos de idade em creches, a pesquisadora apreende e analisa dimensões do cuidado que há muito vinham sendo discutidas e polemizadas.

Inicia conceituando creche como “*um ambiente de cuidado profissional, no qual a criança deve ter suas oportunidades e potencialidades maximizadas*” (SHIBAYAMA, 2001, p. 7, D). Ao relacionar o cuidado prestado em creches com o desenvolvimento pleno das potencialidades infantis, a pesquisadora procura desvincular a histórica e limitante associação de creche com cuidado físico, e pré-escola com educação. Nesse sentido, seus argumentos explicitam que cuidado profissional não se dissocia da educação, e assim refere:

A creche precisa ser conceituada, hoje, como o local, ou mais apropriadamente o ‘ambiente’, onde a criança recebe o alimento (na sua acepção tradicional) e também o ‘alimento cultural’, através principalmente da linguagem. Esta nova conceituação implica em alterações importantes no modelo tradicional das creches (SHIBAYAMA, 2001, p. 62, D).

A pesquisadora adverte, ainda, acerca da necessidade da cientifização das ações realizadas nas creches ao referir: “*Educar/cuidar não pode continuar sendo uma*

atividade regida pelo senso comum. O planejamento na área de educação infantil tem que prever, além do suprimento das necessidades biológicas da criança, outras que propiciam o seu pleno desenvolvimento” (SHIBAYAMA, 2001, p. 62, D).

O conhecimento científico confere qualidade ao cuidado profissional, fortalecendo-o. Assim,

o conversar com a criança, enquanto instrumento de trabalho, exige pois uma técnica específica, uma atitude profissional construída intencionalmente, onde se evidencia a ação/atitude do cuidar. Não se trata de um ‘conversar’ semelhante ao que ocorre, na maioria das vezes, entre adultos e crianças, no senso comum, onde o adulto fala apressadamente e sem olhar para a criança – é mais do que isso, na medida em que é utilizado como ‘ferramenta’ de trabalho, com o intuito de propiciar um ambiente facilitador do desenvolvimento da criança. E não é um comportamento pessoal, mas uma linha de trabalho proposta pela própria instituição, que permite a internalização desses valores por estas profissionais. Esta ação/atitude se traduz em mais um indicador de qualidade (SHIBAYAMA, 2001, p. 50, D).

A pesquisadora expressa, ainda, a individualização do cuidado em ambiente coletivo, ao mencionar:

*As educadoras/cuidadoras, no uso eficaz da ferramenta do conversar, estão tendo uma atitude de cuidar dentro de um ambiente coletivo, mas dirigindo essa atitude a cada criança individualmente. [...] Este comportamento/atitude de conversar com a criança possibilita ainda a **formação de vínculos** entre as educadoras/cuidadoras e as crianças. Esses vínculos ‘criam’ um ambiente seguro e caracterizam, mais uma vez, uma ação de cuidar* (SHIBAYAMA, 2001, p. 50;41, D, grifo da autora).

O capital científico produzido e incorporado ao campo da Enfermagem por meio dessa dissertação foi, ainda, relacionado à política pública de cuidado a primeira infância. Sobre isso, assim se expressa a autora:

As políticas que têm sido adotadas até então, na área pública, visam somente o atendimento básico e biológico da criança, e mesmo assim não atingem a meta desejada. Deste modo fica evidente a política oficial de que para os excluídos a inclusão é parcial. Espera-se a sobrevivência física, não a cultural, a psíquica, a social. Trata-se de inclusão que, em seu bojo, exclui (SHIBAYAMA, 2001, p. 62, D).

➤ Risco de acidentes em creches

Investigando de forma objetiva os riscos, tipos e frequência dos acidentes em creches, a autora procura produzir conhecimento para mediar a seguinte situação:

O ambiente de cuidado infantil, nas creches/pré-escolas, constitui situação única, com alta concentração de crianças pequenas com potencial para conflito, irritação, frustração e agressão. Não podemos tirar suas oportunidades de brincar, de desenvolver-se pelo convívio com outras crianças, mas precisamos protegê-las durante a sua permanência na creche/pré-escola (CORTEZ, 2002, p. 21, D).

À semelhança de outros estudos que, fundamentados no saber popular, naturalizam situações nada naturais, a autora comenta:

Acidente está ligado à representação que o indivíduo faz sobre ele. Assim é possível compreender que, no senso comum, acidente com crianças sejam representados como algo ‘natural’, que faz parte de seu desenvolvimento. Este entendimento paralisa o adulto, uma vez que, se corre o risco de acreditar que acidentes são até ‘necessários’ para o desenvolvimento infantil. Assim, nada (ou muito pouco) se faz para evitá-los. Deste modo, neste trabalho procurou-se ter sempre presente esta característica importante do acidente. Ele não é um evento ‘natural’, mas pode, e deve, ser controlado pelo ser humano (CORTEZ, 2002, p. 62, D).

A naturalização do acidente com crianças foi construída culturalmente, a paralisação do adulto, referida pela autora, foi incorporada, pois “o *habitus* contribui para determinar as coisas a fazer ou a não fazer, as urgências etc., que desencadeiam a ação” (BOURDIEU, 2001, p. 181).

Para transformar uma situação dita “natural” em problema legítimo é necessário produzi-lo socialmente num trabalho coletivo de construção da realidade. Por meio de reuniões, comissões, tomada de posição, projetos e programas, é possível que um problema singular se torne um problema social, “ou mesmo num problema oficial, objeto de tomadas de posição oficiais, e até mesmo de leis e decretos” (BOURDIEU, 2000, p. 37).

O envolvimento das cuidadoras na coleta dos dados foi evidenciado pela descrição de que a etapa de levantamento dos acidentes e dos riscos de acidentes se fez por meio do Mapa de Risco, elaborado pelas educadoras infantis e pela auxiliar de enfermagem, “*prevendo-se que pudessem avaliar criticamente a situação da*

creche/pré-escola quanto aos riscos de acidentes com as crianças tornando-as sujeitos críticos quanto à situação vivida” (CORTEZ, 2002, p. 42; 25, D).

O diagnóstico da situação permite evidenciar que *“a creche/pré-escola tem um potencial grande para risco de acidentes: área física inadequada, a proporção adulto/criança inadequada, a não-qualificação das educadoras infantis” (CORTEZ, 2002, p. 36, D).*

Dentre as condutas adotadas para minimizar os riscos de acidentes na creche estudada, a autora ressalta

que as mudanças físicas na creche/pré-escola, embora inicialmente pequenas, com certeza, exerceram impacto na diminuição dos riscos ambientais. Estas alterações na área física ocorreram durante a elaboração deste trabalho, mais precisamente com a confecção do Mapa de Risco. Posteriormente, por solicitação da Prefeitura, criou-se nesta creche/pré-escola uma Comissão Interna de Prevenção de Acidentes CIPA (CORTEZ, 2002, p. 42, D).

Certamente, incitando, junto às creches e ao poder público, a criação de condições mais seguras para o cuidado às crianças, a Enfermagem está promovendo a saúde e melhorando a qualidade de vida das crianças, familiares e cuidadoras, além de agregar capital social, científico, cultural e simbólico a seu próprio campo.

➤ **Desnutrição: relação mãe e filho**

Enfocando a dimensão subjetiva do cuidar e do ser cuidad@, a pesquisadora realiza esse estudo com os objetivos de descrever como se dá a relação das mães com as crianças desnutridas institucionalizadas; compreender o significado desta relação e como ela influencia no estado nutricional da criança. Para tanto, dá voz às mães e, após análise de suas falas, adverte:

Para se atender à criança desnutrida é necessário que se mergulhe o olhar na direção para além da causa e efeito. É necessário que se compreenda a relação mãe e filho, na qual o ruído ou terceira pessoa está presente em todas as narrativas deste estudo norteadando e interferindo no vínculo mãe e filho e, ainda, abrindo um leque de condições que retratam a realidade de vida dessas crianças desnutridas: o alcoolismo é freqüente nas famílias, as mães rejeitam as crianças e as rotulam, sentem-se forçadas a cuidar e o dar

colo é revelado como meio de transporte ou locomoção da criança (RIBEIRO, 2002, p. 188, D).

A autora procura alertar quanto à ineficácia de programas de recuperação nutricional mantidos pela rede básica, que se limitam à pesagem das crianças e à entrega de leite e de farinha enriquecida.

De acordo com suas concepções, além da atuação de uma equipe multiprofissional, é importante

que a enfermagem se capacite para empregar formas de abordagem que permitam o acolhimento das mulheres, em que estas possam revelar o seu mundo interno individual, tenham oportunidade de trocar experiências tornando-as significativas e consigam verbalizar seus sentimentos. [...] compreender a família enquanto um sistema dinâmico, o que requererá alteração dos programas existentes que refletem a especialização do conhecimento científico. [...] o ensino também deve ser direcionado a levar o aluno a agir além das técnicas e procedimentos específicos. É necessário resgatar o cuidado humano como um processo de crescimento do aluno, ou seja, o docente deve ver os alunos como pessoas que são capazes de crescer e de ter desejo para crescer, empregando esforços no sentido de alcançar a sua auto-realização. [...] Educar para o cuidado humano é tomar consciência de seu valor ordenativo e moral; é sensibilizar; é exercer a enfermagem – ciência e filosofia do cuidar/cuidado (RIBEIRO, 2002, p. 196;201-203,D).

Nesse estudo, a pesquisadora incrementa o capital científico no campo da Enfermagem, retratando o papel da academia com a formação de profissionais comprometidos com a promoção de saúde e qualidade de vida, além de abordar o cuidado de si como elemento essencial do cuidado.

➤ Estado nutricional de crianças em creches

Esse estudo foi efetuado com crianças matriculadas em oito creches credenciadas junto a um centro de saúde na cidade de São Paulo. Por meio dele, variáveis referentes à situação sócio-econômica e demográfica das famílias; às condições de nascimento, imunizações e morbidade das crianças, além de indicadores antropométricos e dosagem de hemoglobina sérica foram relacionados ao processo saúde-doença, possibilitando à pesquisadora constatar que, “*mesmo crianças aparentemente saudáveis, usuárias de creches e pertencentes a famílias com*

condições de vida relativamente favoráveis, apresentam deficiências nutricionais, não mantêm esquema vacinal completo e apresentam elevada frequência de morbidade e hospitalização” (SOARES, 1998, p. 55, D).

Caracterizando a creche como *“um centro polarizador de interesses e irradiador de ação social que deve atingir, além da criança, a família e a comunidade” (Soares, 1998, p. 6, D)*, a pesquisadora vislumbra a inserção do enfermeiro como elemento capaz de desencadear o processo de cuidar necessário à promoção de saúde e qualidade de vida. Esse estudo, empregando uma abordagem quantitativa, produz um capital científico capaz de subsidiar propostas de ampliação do campo da Enfermagem.

➤ Cuidando de crianças em creches públicas: perspectivas de inserção do enfermeiro

Engajada em um projeto de extensão universitária realizado pela UFF em uma creche, a pesquisadora passa a acreditar *“na possibilidade de atuação do enfermeiro neste cenário, por ser um espaço propício à realização de atividades assistenciais e educativas, possibilitando o acesso das crianças às medidas de promoção e prevenção da saúde, bem como atividades de ensino e pesquisa, também pertinentes e necessárias neste cenário” (TAVARES, 1999, p.5, D).*

Percebendo a creche como *“um cenário freqüentado por crianças supostamente saudáveis [onde] as medidas de prevenção são de suma importância para mantê-las neste ‘estado de saúde’” (TAVARES, 1999, p. 78, D)*, a investigadora efetua este estudo, junto a coordenadoras de creches públicas para investigar:

-Quais os problemas de saúde mais comuns que afetam as crianças de creches públicas?

-Que iniciativa é tomada pelas coordenadoras de creches, frente aos problemas de saúde apresentados pelas crianças de creches públicas?

-Como é percebida, pelas coordenadoras de creches, a ausência do profissional enfermeiro no quadro funcional de creches? (TAVARES, 1999, p. 6, D).

A análise das falas lhe permite apreender que a inserção d@ enfermeir@ nas creches é percebida não só como contribuição “*no processo educativo dos profissionais nos aspectos administrativos mas também no que se refere à educação aos familiares*” (TAVARES, 1999, p. 53, D). Além disso, a autora menciona que cabe às creches incentivar nas crianças “*atitudes de promoção e prevenção da saúde desde os primeiros anos, inculcando-lhes o sentimento da necessidade de auto-cuidado*” (TAVARES, 1999, p. 72, D). Finalmente, declara ter percebido, por parte das coordenadoras, que há “*uma certa limitação de ações que podem ser incrementadas pelo enfermeiro, à luz de sua formação que contempla, como dito anteriormente, diversas áreas de atenção à saúde da criança, capacitando-o para atuar junto a esta clientela nos mais diversos cenários*” (TAVARES, 1999, p. 73, D).

Com esse estudo, a autora agrega ao campo da Enfermagem a percepção de outras profissionais sobre a inclusão de enfermeir@s nas equipes multiprofissionais e incita a discussão, principalmente no meio acadêmico, sobre a inserção d@ enfermeir@ no cenário das creches.

Analisando em conjunto essa produção científica, foi possível apreender, que o cuidado à criança, baseia-se predominantemente no senso comum, ou seja, possui escasso capital científico. As investigadoras reconhecem a necessidade d@s enfermeir@s intensificarem o investimento, tanto na produção deste capital, quanto na capacitação das cuidadoras, objetivando tornar as creches ambientes propícios à incorporação, por parte das crianças, de *habitus* promotores de saúde e qualidade de vida.

5.2.3.3 As qualidades formal e política da produção científica acerca do cuidado de Enfermagem à criança em creches

No campo científico, a moeda corrente é, indubitavelmente, o conhecimento e a educação. Com base nas concepções de Demo (1998), entendo que o conhecimento tende a restringir-se ao aspecto formal, instrumental, metodológico, enquanto a educação é mais abrangente, por requerer, em concomitância, a qualidade formal e a política, assim definidas:

Qualidade formal significa a habilidade de manejar meios, instrumentos, formas, técnicas, procedimentos diante dos desafios do desenvolvimento. Entre eles, ressaltam manejo e produção de conhecimento. São o expediente primordial da inovação.

Qualidade política quer dizer a competência do sujeito em termos de se fazer e de fazer história, diante dos fins históricos da sociedade humana. É condição básica da participação. Dirige-se a fins, valores e conteúdos. É naturalmente ideológica, porque definição política é sua marca, perdendo qualidade, se ideologia se reduzir a justificações desumanas e a partidarismos obtusos (DEMO, 1998, p. 14).

Assim, no campo científico, o conhecimento exclusivamente formal, sem qualidade política, perde a noção de ética. Obviamente, o rigor científico não pode ser a única meta de uma produção científica. Na realidade, segundo Demo (1998), as qualidades formal e política constituem partes de um mesmo todo, de maneira que a qualidade formal deve constituir um meio para alcançar determinado fim. Assim, ao unir saber e mudar ou teoria e prática, o conhecimento assume essa orientação explícita, englobando o desafio da qualidade política. O autor ainda chama a atenção para o papel da universidade na política social do conhecimento, entendendo-a “como rede de entidades dedicadas, explícita e profissionalmente ao manejo do conhecimento com qualidade formal e política” (DEMO, 2000, p. 70).

Por acreditar na premissa de Alves-Mazzotti (2000, p. 145) de que “as áreas do saber que mais progridem são aquelas que mais se expõem e que mais naturalmente aceitam a crítica mútua como prática essencial ao processo de produção do conhecimento”, procurei, com o propósito de fortalecer o campo da Enfermagem, identificar a presença das qualidades formal e política na produção científica referente ao cuidado à criança em creches. Assim, para identificar a qualidade formal, tomei

como unidades de significado, as metodologias adotadas e, para apreender a qualidade política, utilizei os resultados, discussões e as considerações finais.

Para Minayo, (1999, p. 22), metodologia constitui “o caminho e o instrumental próprios de abordagem da realidade. Neste sentido, a metodologia ocupa lugar central no interior das teorias sociais, pois ela faz parte intrínseca da visão social de mundo veiculada na teoria”. Assim, a autora concebe que metodologia inclui tanto as concepções teóricas de abordagem e as técnicas para apreensão da realidade, quanto o potencial criativo e a experiência do pesquisador. Com esse entendimento, uma pesquisa comporta no mínimo três dimensões, que são a ideológica, a técnica e a científica (DESLANDES, 2001).

A dimensão ideológica relaciona-se às escolhas efetuadas pelo pesquisador(a) quanto à base teórica, ao objeto de estudo e ao como pesquisar. Está inteiramente vinculada a um momento histórico concreto, pois uma característica intrínseca do conhecimento científico é que “ele é sempre histórico e socialmente condicionado” (DESLANDES, 2001, p. 35).

A dimensão técnica relaciona-se às regras admitidas como científicas, utilizadas na construção de projetos de pesquisa. Nessa dimensão incluem-se, desde a definição do objeto, como abordá-lo, até a escolha dos instrumentos mais adequados. “sendo que *técnica* sempre diz respeito à montagem de instrumentos (Demo, 1991), o projeto de pesquisa é visto neste sentido como um instrumento de investigação” (DESLANDES, 2001, p. 34).

A dimensão científica constitui a articulação das dimensões ideológica e técnica. Por meio do método científico, é possível reconstruir a realidade social, como “um objeto do conhecimento, através de um processo de categorização (possuidor de características específicas) que une dialeticamente o teórico e o empírico” (DESLANDES, 2001, p. 30). As dimensões ideológica e técnica foram adotadas como parâmetro, para apreensão da qualidade formal, e a dimensão científica, para avaliar a qualidade política da produção científica em estudo.

Investigando a dimensão ideológica adotada nas teses e dissertações, percebi, conforme referido anteriormente, que em apenas um estudo a corrente epistemológica foi explicitada, sendo definida como fenomenológica. Nos demais, foi por meio da análise de outros elementos como o referencial teórico, a técnica de coleta de dados ou a forma de apresentação dos resultados, que as identifiquei. Dessa forma, dois estudos adotaram a corrente positivista e oito, a interpretacionista. Teorias de outros campos do saber foram adotadas para fundamentar seis estudos, enquanto quatro se basearam apenas na revisão de literatura. Nesse aspecto, pelo menos dois pontos precisam ser abordados: o primeiro baseia-se em Alves-Mazzotti (2000), ao dizer que as deficiências metodológicas são tanto decorrentes, quanto realimentadoras da pobreza teórico-metodológicas das pesquisas; o segundo me induz a questionar por que o capital científico do campo da Enfermagem não é consumido para gerar mais capital no próprio campo? Dito de outra forma, por que as Teorias de Enfermagem não têm sido utilizadas para subsidiar pesquisas no campo da Enfermagem?

Obviamente, não disponho de respostas para tais questionamentos; no entanto, em conformidade com Bourdieu (1994, p. 134), considero que “as transformações da estrutura do campo são produto de estratégias de conservação ou de subversão que têm seu princípio de orientação e eficácia nas propriedades da posição que ocupam aqueles que as produzem no interior da estrutura do campo”. Assim, reconhecendo o prestígio que os cursos de pós-graduação *stricto sensu* desfrutam no campo da Enfermagem, bem como o *quantum* de capital simbólico é conferido às teses e dissertações, legítimo capital científico do referido campo, considero indispensável que tais reflexões sejam intensificadas durante a formação de mestres e doutor@s em Enfermagem, da mesma forma que considero indispensável incitá-las nos cursos de especialização e graduação em Enfermagem.

Na dimensão técnica, mesmo concordando com Alves-Mazzotti (2000, p. 147); a qual refere que “as investigações qualitativas, [que neste estudo constituem a maior parte] por sua diversidade e flexibilidade, não admitem regras precisas aplicáveis a uma ampla gama de casos”, investiguei, em cada pesquisa, aqueles elementos

indispensáveis em um projeto tais como, a descrição do objeto, dos objetivos, da técnica de coleta e tratamento dos dados. Ressalto que procurei verificar, principalmente, a presença ou ausência desses aspectos metodológicos. No entanto, algumas considerações acerca dos mesmos foram apresentadas.

Os objetos foram explicitados em sete estudos. Desses, em seis a apresentação foi efetuada sob forma de pergunta e designada como questão norteadora, questão orientadora ou problema de pesquisa. Em três estudos, os objetos não foram incluídos na metodologia. A omissão do objeto de investigação, sem dúvida, constitui uma falha metodológica; no entanto, sob denominação de proposta ou finalidade do estudo, as pesquisadoras apresentam elementos que possibilitam deduzir acerca do objeto que está sendo investigado. Identifiquei, ainda, um equívoco na relação estabelecida entre o objeto e a abordagem em uma investigação, pois mesmo referindo tratar-se de uma investigação “quantitativa”, a autora busca a “compreensão do fenômeno” e, juntamente com vinte educadoras infantis, interfere na realidade.

Os objetivos foram apresentados de forma clara e com destaque em oito trabalhos. Nos restantes, aparecem ao longo do texto; nesse sentido é necessário considerar que, “é o ‘Objetivo’ que define, de modo mais claro e direto, que aspecto da problemática mais ampla anteriormente exposta constitui o interesse central da pesquisa” (ALVES-MAZZOTTI, 2000, p. 155).

Entre as técnicas utilizadas pelas pesquisadoras para a coleta de dados, a entrevista foi a que predominou. Houve estudos em que a entrevista foi usada isoladamente, quer por meio de formulário preenchido pela pesquisadora, quer pelo uso de questões, estruturadas, semi-estruturadas ou abertas, as quais foram gravadas e transcritas. Segundo Minayo, (1999, p. 241-242), “a ‘triangulação’ consiste na combinação e cruzamento de múltiplos pontos de vista através do trabalho conjunto de vários pesquisadores, de múltiplos informantes e múltiplas técnicas de coleta de dados”. Entre os estudos que a adotaram, identifiquei a associação de entrevista com oficina educativa; entrevista com mapa de risco; entrevista com verificação de dados antropométricos e coleta de sangue e entrevista com observação participante e análise

documental. Em apenas um estudo a entrevista não foi utilizada, tendo a investigadora realizado uma pesquisa convergente assistencial, por meio de encontros em período integral.

Na quase totalidade dos trabalhos, os aspectos metodológicos são descritos com detalhes, o que permite apreender o caminho percorrido. Por outro lado, há alguns em que o percurso metodológico é descrito superficialmente, havendo, ainda, entre as investigações multimetodológicas, uma em que os dados foram colhidos, apresentados e discutidos de forma assistemática e desvinculada da proposta apresentada pela autora.

Há, ainda, uma dissertação cuja amostra é formada por nove elementos. Nela a autora refere ter utilizado, no tratamento dos dados, a estatística descritiva com frequência absoluta e relativa, recurso que, frente ao tamanho da amostra, não fornece subsídios para análise.

Visualizando a produção científica acerca do cuidado de Enfermagem à criança em creches como um todo, é possível identificar fragilidades metodológicas que minimizam o valor do capital produzido. Situação mais preocupante foi divulgada por Marziale e Mendes (2002), ao descreverem o perfil da produção científica de Enfermagem veiculada pela revista latino-americana. As autoras afirmam que entre os principais problemas detectados pelos diretores e consultores estão os resumos, caracterizando-os como incompletos, desfocados e mal elaborados. Referem, ainda, que tais resumos, além de não percorrerem todas as etapas, não retratam o estudo realizado. Outro aspecto destacado relaciona-se à falta de alicerce metodológico que dê sustentação aos estudos.

Deficiências metodológicas semelhantes foram divulgadas em outros campos do saber. Referindo-se ao conhecimento produzido, com abordagem qualitativa, na educação e ciências sociais, Alves-Mazzotti (2000, p. 144) comenta:

As duas últimas décadas têm se caracterizado por uma busca de novos caminhos, mais adequados às necessidades e propósitos atribuídos a esses ramos do conhecimento, o que tem resultado em uma multiplicidade de

procedimentos, técnicas, pressupostos e lógicas de investigação, e também em tensões, ambigüidades, questionamentos e redimensionamentos. Se é verdade que esta busca é necessária, também é verdade que as pesquisas produzidas nem sempre têm resultado em conhecimentos confiáveis, o que têm sido assinalado por diversos autores.

Assim, é recomendável que @s produtor@s do conhecimento se instrumentalizem do ponto de vista teórico e prático, para que o capital científico produzido reverta em prestígio e reconhecimento tanto em nível individual quanto para a profissão e para o campo da Enfermagem. No entanto, não estou apregoando que o rigor científico seja a única meta em um campo científico, nem a única maneira de atrair capital simbólico para um campo. “A verdadeira ciência, na maior parte das vezes, tem má aparência e, para fazer avançar a ciência, é preciso, freqüentemente, correr o risco de não se ter todos os sinais exteriores da cientificidade (esquece-se que é fácil simulá-los)” (BOURDIEU, 2000, p. 42).

Tentando apreender, compreender e interpretar a qualidade política das teses e dissertações em estudo, deparei-me com uma produção abrangente, na qual se vislumbra o compromisso com a promoção da saúde em nível individual e coletivo, da mesma forma que é nítida a preocupação das pesquisadoras com as políticas públicas, visando a intensificar a articulação dos campos da Saúde e Educação.

Considerando que, ao longo deste estudo, discuti inúmeros aspectos que evidenciam o referido compromisso da Enfermagem, analisei nesta etapa, os resultados e considerações finais de cada investigação.

A descrição das creches como locais onde devem ser implementadas ações de promoção de saúde, foi efetuada em nove estudos. Somente em um, caracterizado pela autora como Survey descritivo, não há alusão a esse respeito; mesmo assim, nele a autora explicita, como objetivos das creches, ações que, indiscutivelmente, promovem a saúde como: “*assistência integral às crianças de zero a seis anos de idade, oferecer condições favoráveis ao seu desenvolvimento bio-psico-socio-cultural e promover a participação da família*” (BORBA, 1994, p. 6, T).

A essência da expressão Promoção de Saúde, bem como as possíveis alternativas para alcançá-la, têm sido discutidas mundialmente. Elaborando ampla revisão acerca da evolução histórica do conceito de saúde e de aspectos significativos para sua promoção, Gentile (2001, p. 14) defende que “promover a saúde é, em última instância, promover a vida de boa qualidade, para as pessoas individualmente e para as comunidades”. No entanto, é principalmente ao enfatizar o “empoderamento para a saúde do indivíduo e da comunidade” que a autora fornece subsídios, que justificam o investimento na primeira infância em busca da excelência em saúde.

O ‘empoderamento’ para a saúde, é um processo mediante o qual as pessoas adquirem um maior controle sobre as decisões e ações que afetam a sua saúde [...]. O ‘empoderamento’ para a saúde individual, se refere principalmente à capacidade do indivíduo para tomar decisões e exercer controle sobre sua vida pessoal. O ‘empoderamento’ para a saúde da comunidade, supõe que, os indivíduos, atuem coletivamente com o fim de conseguir uma maior influência e controle, sobre os *determinantes da saúde* e da *qualidade de vida* de sua *comunidade*, sendo este um importante objetivo da *ação comunitária para a saúde* (GENTILE, 2000, 74-75, grifo da autora).

Dessa forma, é investindo, desde o nascimento, nas potencialidades infantis, que podemos buscar a utopia de incorporar nas crianças, o “*habitus* de promoção de saúde”, *habitus* este que as leve a investir na saúde como capital.

Nos trabalhos analisados, a Promoção de Saúde foi expressa de inúmeras formas, algumas direcionadas a indivíduos, aqui representados pelas crianças, cuidadoras/educadoras, mães, pais e familiares, outras à comunidade e houve, ainda, aquelas direcionadas ao poder público visando a interferir na política de Saúde e Educação da criança.

Demonstrando envolvimento com as políticas públicas de atenção à criança e com os próprios direitos da criança, uma investigadora, ao caracterizar os recursos humanos de oito creches comunitárias, denuncia que, embora o número de creches filantrópicas tenha aumentado,

as empresas privadas e as instituições públicas, entretanto, ainda não oferecem nenhum tipo de atendimento em creches, berçários e pré-escolas para os filhos de seus funcionários. Também, não contribuem com verbas para que esses funcionários possam colocar seus filhos em algumas dessas

instituições. A reivindicação por creches e pré-escolas, como um direito à educação da criança de todas as camadas sociais, passou a ser defendida por vários setores da sociedade. A pressão desses vários setores junto à Assembléia Constituinte resultou na aprovação das principais reivindicações da Constituição de 1988 (CARMO, 1996, p. 37-38, D).

Ao resgatar a pressão popular necessária para a inclusão das creches no capítulo referente à Educação, na Constituição de 1988, a pesquisadora dá um exemplo de empoderamento para a saúde da comunidade. É provável, até, que esteja estimulando o processo de conscientização dos trabalhadores e trabalhadoras da cidade de Passos, para uma ação coletiva em busca desse direito que lhes é garantido constitucionalmente.

Além disso, com o conhecimento produzido em sua dissertação, elaborou, juntamente com uma equipe multiprofissional, um projeto com o objetivo de melhorar a qualidade da assistência à criança em creches. Este, ao término do seu curso de mestrado, estava prestes a ser encaminhado ao Conselho Municipal de Assistência Social de sua cidade.

Outra investigação abordou o papel da Universidade na qualificação de recursos para a promoção da saúde de crianças em creches. Com base em treinamentos implementados via Extensão Universitária, ou seja, em seu cotidiano, a pesquisadora constrói sua tese e utiliza os resultados para modificar sua prática, evidenciando, assim, a qualidade política de sua produção científica. Reconhecendo a Universidade como um espaço de produção de capital científico, a investigadora conclui reforçando a necessidade da integração entre o ensino, a pesquisa e a extensão. Para ela, quando a assistência privilegia essa integração “*ocorre a possibilidade do aprendendo-fazendo-aprendendo a partir de situações do vivido concreto, onde cotidianamente surgem as necessidades a serem assistidas*” (RODRIGUES, 1998, p. 50, T).

Outra alternativa para a promoção de saúde foi apresentada por meio da implementação de um sistema de referência para as creches, em unidades básicas de saúde. Tendo detectado, em crianças usuárias de creches, oriundas de famílias com boas condições socioeconômicas, deficiências nutricionais, vacinação atrasada, alta

morbidade e hospitalizações, a autora propõe uma modalidade de cuidado, na qual haja articulação entre a creche e o serviço de saúde. Assim, refere: *“na equipe multidisciplinar, o enfermeiro pode ser o responsável pelo desenvolvimento de ações básicas de promoção e proteção à saúde da criança na creche, atuando tanto como profissional de saúde da própria creche, como do serviço de saúde de referência”* (SOARES, 1998, p. 55, D).

Todavia, mesmo em conformidade com a proposta da pesquisadora, considero necessário enfatizar que a complexidade do processo de trabalho desenvolvido em unidades básicas, da mesma forma que a complexidade do processo de trabalho desenvolvido nas creches, impossibilita a atuação de um(a) únic@ profissional nos dois cenários. É indiscutível, porém, a percepção da autora de que: *“a integração entre a creche e o serviço de saúde de referência é fundamental, uma vez que possibilita assegurar o atendimento individual e as ações de saúde coletiva, bem como a sistematização das ações no nível interno e externo à creche”* (SOARES, 1998, p. 55, D).

As creches constituem locais privilegiados para a promoção de saúde. Nelas se concentra diariamente, por longos períodos, elevado número de crianças, potencialmente aptas a incorporar *habitus* para um viver saudável, ou seja, *habitus* de empoderamento para a saúde. Nas creches, comparecem diariamente mães, pais ou outros familiares, o que facilita a interação e harmonização entre o aprendizado proporcionado pela creche e o aprendizado que se efetua no lar. Implementar nesses locais a consulta de Enfermagem a todas as crianças, contando com a Unidade Básica como sistema de referência e com a família para, juntamente com a creche, darem concretude às ações promotoras de saúde, constitui em grande avanço, tanto no processo de cuidar, quanto na busca da saúde individual e coletiva.

Às creches foi dada, ainda, a dimensão, de promotora da saúde infantil, com a seguinte descrição, *“em geral, a assistência à saúde da criança está associada a instituições de atenção básica ou hospitalar. Contudo, a creche tem papel primordial nesta assistência”* (TAVARES, 1999, p. 78, D). Nesse sentido, a autora reconhece a

necessidade de maiores investimentos, tanto no campo político, quanto no capital científico referente a essa temática e recomenda: a realização de estudos em creches que contenham @ profissional enfermeir@ em seu quadro de pessoal, com o intuito de investigar seu “fazer” junto às crianças; a implementação de estudos em creches públicas e privadas com posterior discussão junto à Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social da cidade e, finalmente, *“a discussão, junto à comunidade de enfermagem e aos alunos de graduação, a respeito da prática profissional com crianças na faixa etária de atendimento em creches, contribuindo para o aprimoramento futuro da assistência e do ensino de enfermagem”* (TAVARES, 1999, p. 81, D).

O compromisso da Enfermagem em promover mudanças envolvendo as cuidadoras na realidade estudada e, com elas, por meio de uma construção coletiva, interferir na realidade, foi evidenciado em duas investigações. Na primeira, a autora expressa que *“houve um protagonismo do grupo na condução de seu próprio processo. O grupo fazendo a sua história e eu como educadora e facilitadora vivenciamos a educação libertadora, numa relação horizontal, sendo meu enfoque a articulação e mediação das relações nos dois campos: educação e saúde”* (FARIAS, 2000, p. 151, D).

Além disso, ao término dos encontros, o grupo, amadurecido, reconhece a própria responsabilidade com o cuidado em creches, além de perceber a creche como um complemento do lar. Dessa forma, reconhecem mães e pais como protagonistas na incorporação de *habitus* primários. Tais percepções podem ser apreendidas das considerações ressaltadas pela pesquisadora acerca do grupo, do conhecimento produzido pelo grupo e do pensamento comum:

- *o grupo: articulado, amadurecido, responsável, participativo, comunicativo, crítico e responsável;*
- *o conhecimento do grupo: a segurança e a compreensão com relação aos temas abordados e inseridos no dia-a-dia da creche;*
- *o pensamento em comum: implementação dos encaminhamentos e a percepção conjunta de que o ‘alvo’ maior, para mudanças significativas, são os pais* (FARIAS, 2000, p. 149, D).

Na segunda investigação, além de a pesquisadora identificar, juntamente com as cuidadoras, os riscos de acidentes, adotar junto à direção da creche medidas que minimizassem alguns riscos e eliminassem outros, a forma de trabalhar desencadeou mudanças nas próprias cuidadoras. Tendo identificado que, por parte das cuidadoras, o acidente na infância era percebido como algo que faz parte do desenvolvimento e, portanto natural, a pesquisadora procurou estratégias que possibilitassem a desconstrução dessa idéia, entre elas a elaboração do mapa de risco. E, assim se manifestou dizendo que

neste trabalho procurou-se ter sempre presente esta característica importante do acidente. Ele não é um evento 'natural', mas pode, e deve, ser controlado pelo ser humano.

[...] o modo como o trabalho foi planejado e desenvolvido, dando possibilidade às funcionárias da creche/pré-escola trabalharem seus próprios conceitos acerca de acidentes modificando-os de acordo com a premissa de que acidentes são controláveis (CORTEZ, 2002, p. 62-63,D).

Além de incitar novas investigações acerca do risco de acidentes em creches, a pesquisadora finalizou, incorporando ao capital científico da Enfermagem uma listagem dos elementos essenciais à segurança da criança em creches, ao dizer:

Para nós, profissionais de saúde, um grande desafio: que cada creche/pré-escola seja um ambiente estimulante, desafiante e ao mesmo tempo seguro. Para isto é necessário que;

-o adulto esteja capacitado e treinado para o cuidado/educação;

-o adulto tenha formação específica para o cuidado/educação;

-a área física ofereça condições adequadas e seguras que permitam à criança a vivência de experiências positivas que incentivem todos os aspectos do seu desenvolvimento;

Espera-se que este estudo desencadeie uma série de indagações e buscas que impulsionem outros pesquisadores. O ambiente da creche/pré-escola mal começou a ser descortinado no que tange a acidentes infantis. (CORTEZ, 2002, p. 63, D).

Outro estudo contribuiu significativamente com o campo da Enfermagem, ao expressar que o ambiente das creches não se limita ao espaço físico, “*mas também e principalmente, o humano. Assim, buscamos um ambiente privilegiado neste aspecto a fim de podermos compreender e analisar a interferência do adulto enquanto ambiente*” (SHIBAYAMA, 2001, p. 60, D).

Colocando o foco do cuidado n@ cuidador(a), a autora reforça a necessidade de intensas discussões acerca do processo de cuidar em creches. Analisando o conversar como atitude de cuidado, a autora exemplifica a interiorização da exterioridade e, conseqüentemente, a incorporação dos primeiros *habitus* ao referir que: “*a conversa ajuda a criança a ouvir o outro e a se ouvir. Em outras palavras temos o ambiente externo moldando o ambiente interno, o que segundo Wallon ocorre pois o ser humano é determinado socialmente*” (SHIBAYAMA, 2001, p. 57, D).

Assim, tendo, entre outros elementos não menos significativos, o conversar como integrante do cuidado, a criança vai incorporando *habitus* que lhe possibilitem desenvolver a noção de cidadania, a noção de direito e de dever, entre eles, o de falar, o de escutar, tornando-se conseqüentemente, um(a) cidadão(ã). É nesse processo que o cuidar impulsiona o pleno desenvolvimento das potencialidades visando ao empoderamento para a saúde do indivíduo e da comunidade.

Uma pesquisa centrada no vínculo afetivo entre criança desnutrida e mãe, enfoca a dimensão psicológica do cuidado profissional. Com esse estudo a autora procura evidenciar que, frente a um problema de saúde, estabelecer a relação causa e efeito é necessária, porém não suficiente quando se quer prestar um cuidado profissional. Dessa forma, usa o capital científico produzido para incitar reflexões acerca do cuidado profissional nos cursos de graduação, entre @s profissionais de Enfermagem e, principalmente, na prática de Enfermagem. Certamente, essa associação entre teoria e prática constitui excelente estratégia para gerar capital simbólico no campo.

Finalmente, uma pesquisadora procurou produzir, no campo da Enfermagem, conhecimento científico para subsidiar as discussões sobre as diretrizes curriculares na educação infantil, contribuindo, assim, para a melhoria da atenção à criança que freqüenta creche.

No referido estudo, apreendeu que as creches eram descritas em dois pólos, sendo um o da educação e o outro, o do cuidado. Assim, a autora diz:

O pólo da educação está legitimado no cotidiano, sendo inclusive embasado teoricamente. Além disso, é reiterado através dos treinamentos, inclusive gerando produtos específicos que são implementados e modificados. No entanto, o mesmo não acontece com o pólo do cuidado, ou acontece restrito a alguns quesitos relativos a aspectos físicos (VERÍSSIMO, 2001, p. 180, T).

Essas e inúmeras outras evidências expressas nas teses e dissertações demonstram a qualidade política da produção científica construída no campo da Enfermagem, incorporando ao capital científico da Enfermagem, subsídios indispensáveis à construção do saber em creches. No entanto, acredito que preencher essa lacuna do conhecimento, não deva ser uma atividade restrita ao campo da Enfermagem. As pesquisadoras foram unânimes ao abordarem a necessidade de uma equipe multiprofissional para o cuidado à criança em creches.

Por outro lado, reconheço que o capital científico produzido e incorporado pelas enfermeir@s tanto durante os cursos de graduação e pós-graduação em Enfermagem, quanto nos diversos cenários em que prestam cuidado profissional às crianças, associado ao conceito de cuidar, que constitui “comportamento e ações que envolvem conhecimentos, valores, habilidades e atitudes empreendidas no sentido de favorecer as potencialidades [das crianças] para manter ou melhorar a condição humana no processo de viver ...” (Waldow, 2001), lhes credencia a coordenar a construção desse saber. A Enfermagem dispõe de capital científico e competência técnica para esse investimento. Porém sua rentabilidade, ou seja, o capital simbólico conferido dependerá dos interesses que movem tanto o campo social e político quanto o campo da Enfermagem.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Finalizando, pretendo adequar este estudo, cujo objetivo foi correlacionar a produção científica da Enfermagem, acerca do cuidado à criança em creches, com o capital cultural, social, econômico, científico e simbólico que essa temática confere, no campo da Enfermagem, à proposta efetuada por Minayo (1999) de que a análise final de qualquer investigação no setor saúde se direcione a uma vinculação estratégica com a realidade. Dito de outra forma, no setor saúde, a autora refere que teoria e prática devem ser percebidas como indissociáveis. Para tanto, tentei vislumbrar a aplicabilidade das concepções teóricas apreendidas, compreendidas e interpretadas pela análise dessas teses e dissertações. Assim, resgatei alguns aspectos já descritos, mas que podem servir como pistas ou indicações para subsidiar novos estudos e novas práticas. Com essa conduta pretendo, além de fortalecer o capital científico da Enfermagem no que se refere ao cuidado à criança em creches, incitar a melhoria da qualidade do cuidado prestado à criança nessas instituições.

Ao analisar as investigações que compõem a amostra deste estudo, evidenciei que o capital social, econômico e cultural da família é fator determinante na qualidade do cuidado prestado às crianças. Conforme expressam Veríssimo (2001) e Shibayama (2001), enquanto nas creches da USP, há projeto político-pedagógico, há exigência de comprovação de escolaridade e de experiência profissional de dois anos atuando especificamente com crianças para a admissão das cuidadoras, nas creches filantrópicas, muitas vezes, o cuidado é prestado por cuidadoras com ensino fundamental incompleto e até mesmo sem escolaridade. No entanto, é importante salientar que, mesmo nas situações em que profissionais legalmente habilitadas e com experiência prévia assumem o cuidado à criança de tenra idade, fazem-no de maneira fragmentada, priorizando o aspecto físico, demonstrando perceber o cuidado como algo destituído de valor e, em alguns casos, sentindo-se até depreciadas. Constatei,

ainda, que a escassez bibliográfica atinente a essa temática não se restringe ao campo da Enfermagem. Na área da Educação, ela também se faz presente. Assim, é possível concluir que no Brasil há pouco interesse em investigar e em interferir no sentido de prover as crianças que frequentam creches, dos cuidados indispensáveis ao atendimento de suas peculiaridades.

Certamente, esse desinteresse tem historicidade. Nele, é nítida a influência de estereótipos inculcados aos conceitos de creche, como locais de guarda de crianças e de cuidado, como atividade naturalmente feminina, como tal, desprovida de cientificidade. Esses estereótipos, vinculados à tendência ainda dominante na área da Educação, de relacionar creche com cuidado, limitando-o ao aspecto físico e pré-escola com educação, vêm contribuindo para manter inalteradas as estruturas das creches. Em decorrência disso, pouco ou nenhum capital simbólico é conferido às atividades realizadas nas creches, da mesma forma que ao conhecimento produzido acerca das creches.

Referindo-se a outros tipos de estereótipos, mas com conotação semelhante, Bourdieu (2002b) afirma que para modificá-los não é suficiente uma revolução econômica, mas também uma revolução simbólica, que se processe nas cabeças. É indispensável tomar consciência dos fatos, reconhecer como é difícil mudar e articular os meios para revertê-los.

A análise da referida produção científica possibilitou-me, também, compreender que a Enfermagem tem capital científico para cuidar crianças em creches. Seu *habitus* de classe fundamentado na prestação do cuidado, na capacitação para o cuidado, para o autocuidado e para o cuidado de si, demonstraram que enfermeir@s podem, tanto pela qualidade de sua produção científica, quanto pela competência técnica, ser agentes que propiciem a transformação do cuidado à criança em creches. Entre as alternativas para alcançar tal intento, destacaram-se a intensificação de estudos e estágios curriculares, nos cursos de graduação e de especialização em Enfermagem, bem como a realização de projetos articulados de ensino, pesquisa e extensão

universitária. No que se refere à qualidade da produção, foi possível vislumbrar o gosto pelo cuidado, o compromisso com a prática, a busca de articulação com outros serviços e com políticas públicas de cuidado, em prol da melhoria da qualidade da assistência prestada à criança. Enfim, é nítido o esforço, para construir e incorporar ao campo da Enfermagem, um capital científico que atenda às necessidades da criança, da família e da comunidade.

Mesmo assim, essa produção está desarticulada, dela não se apreende uma diretriz que expresse um eixo político, para o cuidado à criança em creches, que represente o compromisso profissional, social, político e ético da Enfermagem com as crianças que freqüentam creches. Preencher esse vazio de conhecimento, dotando o campo da Enfermagem de capital científico referente ao “saber em creches” é, indubitavelmente, um grande desafio. Como contribuição, pretendo fazer algumas ponderações compreendidas do material analisado e interpretadas pela ótica de Pierre Bourdieu, entre elas destaco que:

- os primeiros anos de vida são essenciais para a estruturação de *habitus*, no entanto, tal estruturação pode levar tanto à cidadania quanto à submissão;
- o capital cultural das cuidadoras é uma matriz de percepções, apreciações e ações, para as crianças, dessa forma, é indispensável que sejam capacitadas para o cuidado;
- as creches constituem espaços privilegiados de promoção de saúde pela possibilidade de contato diário com a família e prolongado com a criança, o que oportuniza uma complementaridade das ações realizadas na creche e no lar;
- em todos os locais onde atuou, a Enfermagem realizou ações de promoção de saúde; tais ações certamente poderão ser reproduzidas em seu processo de cuidar crianças em creches;
- perceber a saúde como um capital, que requer investimento por meio de atitudes e *habitus* que a promovam, pode ser incorporado pelas crianças.

Por tudo isso, construir o “saber em creches” é uma necessidade.

Requer, em primeira instância, que as crianças sejam vistas, desde o nascimento, em sua integralidade; como cidadãs e como os sujeitos mais importantes do processo de cuidar em creches.

Requer que se percebam as creches como espaços de cuidado profissional de Enfermagem, no qual a meta prioritária seja a incorporação, por parte das crianças, de *habitus* saudáveis de vida e saúde.

Requer ainda, que se conceitue cuidado, adequando-o ao grupo pediátrico. Assim, com base na conceituação de Waldow (2001) entendo o cuidado como, comportamentos e ações que envolvem conhecimentos, valores, habilidades e atitudes, empreendidas no sentido de maximizar as potencialidades das crianças, para que cada uma alcance a plenitude biológica, psicológica, social, cultural e espiritual.

Certamente, a construção de capital científico específico, que fundamente o processo de cuidar crianças em creches, constitui uma das alternativas para conferir a essas instituições o capital simbólico necessário para atrair investimentos econômicos, culturais, sociais, científicos e políticos. Por outro lado, tal estratégia não garante a inserção de enfermeir@s neste espaço. Lastimavelmente, acredito que a inclusão dess@ profissional em creches, em especial naquelas destinadas ao cuidado de crianças carentes, só será efetivada por meio de legislação que determine a sua obrigatoriedade. Acredito ainda, que somente com uma mobilização social será possível vigorar uma legislação com esse teor. Assim, mais uma vez está se mostrando premente a necessidade do envolvimento formal e político d@s profissionais enfermeir@s para que a associação entre teoria e prática se efetive, ou seja, para que os resultados de nossas pesquisas tenham uma vinculação estratégica com a realidade.

REFERÊNCIAS

- ABBAGNANO, Nicola. *Dicionário de filosofia*. Tradução coordenada e revisada por: Alfredo Bosi, com a colaboração de Maurice Cunio et al. 2. ed. São Paulo: Mestre Jou, 1982.
- ALMEIDA, Maria Cecília Puntel; ROCHA, Juan Stuardo Yazlle Rocha. O saber da Enfermagem e sua dimensão prática. São Paulo: Cortez, 1986. 128p.
- ALVES-MAZZOTI, Alda Judith; GEWANDSZNAJDER, Fernando. *O método nas ciências naturais e sociais: pesquisa quantitativa e qualitativa*. 2.ed. São Paulo: Pioneira, 2000. 203p.
- ARENT, Hannah. *A condição humana*. 6. ed. revista. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1993. 348p.
- ARIÈS, Philippe. *História social da criança e da família*. Tradução: Dora Flaksman. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1981. Original francês.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM. Centro de Estudos e Pesquisas em Enfermagem – CEPEn. *Informações sobre pesquisas e pesquisadores em enfermagem*. Brasília, v. 1-18, 2001. CD-ROM.
- BACKES, Vânia Marli Schubert. *Estilos de pensamentos e práxis na enfermagem; a contribuição do estágio pré-profissional*. Ijuí: UNIJUÍ, 2000. 272 p.
- BESSE, J. M.; BOISSIÈRE, A. *Précis de philosophie*. Paris: Nathan, 1998, p. 52-53. Disponível em: <http://www.terravista.pt/ancora/2254/hermneut.htm>. Acesso em: 13 ago. 2003.
- BIER, Otto. *Bacteriologia e imunologia, em suas aplicações à medicina e à higiene*. 16. ed. São Paulo: Melhoramentos; Ed. da USP, 1975.
- BONDIOLI, Anna; MANTOVANI, Susana. *Manual de educação infantil: de 0 a 3 anos – uma abordagem reflexiva*. 9. ed. Porto Alegre: ArtMed, 1998.
- BONDIOLI, Anna. A dimensão lúdica da criança de zero a três anos e na creche. In: BONDIOLI, Anna; MANTOVANI, Susana. *Manual de educação infantil: de 0 a 3 anos – uma abordagem reflexiva*. 9. ed. Porto Alegre: ArtMed, 1998. p. 212-227.
- BORBA, Ragina Issuzu Hirooka. *Utilização de elementos de administração no desempenho das tarefas de administradores de creches do município de São Paulo*. São Paulo, 1994. 156 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola Paulista de Enfermagem.
- BOURDIEU, Pierre. *Questões de sociologia*. Rio de Janeiro: Marco Zero, 1983.
- _____. *Lições da aula*. Tradução: Egon de Oliveira Rangel. São Paulo: Ática, 1988.

- _____. *Coisas ditas*. São Paulo: Brasiliense, 1990. 234p.
- _____. Trabalhos e Projetos. In: ORTIZ, Renato (Org.) *Pierre Bourdieu – sociologia*. São Paulo: Ática, 1994. p. 38-45.
- _____. Esboço de uma teoria da prática. In: ORTIZ, Renato (Org.) *Pierre Bourdieu – sociologia*. São Paulo: Ática, 1994. p. 47-81.
- _____. O campo científico. In: ORTIZ, Renato (Org.) *Pierre Bourdieu – sociologia*. São Paulo: Ática, 1994. p. 122-125.
- _____. *Razões práticas: sobre a teoria da ação*. Tradução: Mariza Corrêa. Campinas: Papyrus, 1997. 224p.
- _____. *A dominação masculina*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1999a. 160p.
- _____. *A economia das trocas simbólicas*. 5. ed. São Paulo: Perspectiva, 1999b.
- _____. *O poder simbólico*. Tradução: Fernando Tomaz. 3. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2000. 322p. Tradução de: Le pouvoir symbolique.
- _____. *Meditações pascalianas*. Tradução: Sergio Miceli. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2001. 324p. Tradução de: Méditations pascaliennes.
- _____. *Escritos de educação*. 4. ed. Petrópolis: Vozes, 2002a.
- _____. *Pierre Bourdieu entrevistado por Maria Andréa Loyola*. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2002b.
- BOURDIEU, Pierre; EAGLETON, Tarry. A doxa e a vida cotidiana: uma entrevista. In: ZIZEK, Slavos. *Um mapa da ideologia*. Tradução de: Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Contraponto, 1996. p. 265-278.
- BRASIL. *Constituição Federal 1988*.
- _____. Lei Federal n. 8069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências.
- _____. Ministério da Educação e do Desporto. Secretaria de Educação Fundamental. *Referencial Curricular Nacional para a Educação Infantil*. Brasília: MEC/SEF, 1998.
- _____. Lei n. 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. **CORAG**. Assessoria de Publicações Técnicas, 4.ed. Porto Alegre, 2001.
- _____. Ministério do Trabalho. *Consolidação das Leis do Trabalho – 1943*. Disponível em: <http://www.dji.com.br/decretos_leis/1943-005452-clt/clt387a399.htm> Acesso em: 15 fev. 2003.

BRUSCHINI, Cristina. Teoria crítica da família. In: AZEVEDO, Maria Amélia et al. *Infância e violência doméstica: fronteiras do conhecimento*. 2 ed. São Paulo: Cortez, 1997.

CAMPOS, Maria Malta. Educar e cuidar: Questões sobre o Perfil do Profissional de Educação Infantil. In: MEC/SEF/DPE/COEDI. *Por uma política de formação do profissional de educação infantil*, Brasília, 1994. p. 32-42.

_____. Educação infantil: o debate e a pesquisa. *Cadernos de Pesquisa*, n. 101, p. 113-127, jul. 1997.

_____. A mulher, a criança e seus direitos. *Cadernos de Pesquisa*, n. 106, p. 117-127, mar. 1999.

CANEDY, Brenda Haran. Florence Nightingale: woman with a vision. In: KJERVIK, Diane K; MARTINSON, Ida M. *Womann stress: a nursing perspective*. New York: Appleton-Century-Crafts, 1979.

CARMO, Tânia Maria Delfaro. *Caracterização dos recursos humanos que trabalham em creches comunitárias no município de Passos – MG*. Ribeirão Preto, 1996. 187 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Departamento de Enfermagem, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto.

CARRARO, T. E.; MADUREIRA, V. F.; RADÜNZ, V. Algumas teorias de enfermagem. In: LEOPARDI, Maria Tereza. *Teorias em enfermagem: instrumentos para a prática*. Florianópolis: Papa-Livros, 1999. p. 66-74.

CASTRO, Ieda Barreira e. Prefácio à edição brasileira. In: NIGHTINGALE, Florence. *Notas sobre enfermagem: o que é e o que não é*. São Paulo: Cortez, 1989.

CERISARA, Ana Beatriz. Dinâmica das relações entre profissionais de educação infantil. *Perspectiva*, v. 17, n. Especial, p. 109-138, jul.-dez. 1999.

CÉSAR, Juraci A.; HORTA, Bernardo L. *Indicadores básicos de saúde das crianças e mulheres do Rio Grande - RS*. Rio Grande: Ed. da FURG, 1997. 165p.

CÉSAR VAZ, Marta Regina de; BACKES, Vânia Marli Schubert; GOMES, Vera Lúcia de Oliveira. A creche como um campo de prática a ser desvelado pela enfermagem brasileira. In: CONFERENCIA IBEROAMERICANA DE EDUCACIÓN EN ENFERMERÍA, 7., 2003, Medellín, Colombia. *Anais...* Medellín, Colombia, 2003. 1 CD-ROM.

CODIPI – Comitê de Desenvolvimento Integral da Primeira Infância. *Projeto “Começando melhor”*. Brasília: Comunidade Solidária, 2001, p. 4.

COLLIÈRE, Marie-Françoise. *Promover a vida*. Lisboa: Lidel, 1999.

CONSELHO ESTADUAL DE EDUCAÇÃO DO RIO GRANDE DO SUL. Resolução n. 246 de 02 de junho de 1999. Estabelece normas para a oferta de Educação Infantil, no Sistema Estadual de Ensino.

CORTEZ, Jaqueline Carneiro Aguiar. *Acidentes infantis e seus riscos em creche/pré-escola da cidade de São Paulo*. São Paulo, 2002. 79 f. Dissertação (Mestre em Enfermagem) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

CRAIDY, Carmem; KAERCHER, Gládis E. *Educação infantil: pra que te quero?* Porto Alegre: Artmed, 2001.

_____. (Org.). *O educador de todos os dias: convivendo com crianças de 0 a 6 anos*. 3. ed. Porto Alegre: Mediação, 2001.

CRUZ, Silvia Helena Vieira. Reflexões acerca da formação do educador infantil. *Cadernos de Pesquisa*, São Paulo, n. 97, p.79-89, maio 1996.

DEMO, Pedro. *Avaliação qualitativa*. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1988.

_____. *Metodologia científica em ciências sociais*. 2. ed. São Paulo: Atlas, 1989.

_____. *Educação e qualidade*. 4. ed. Campinas: Papirus, 1998.

_____. *Política social do conhecimento: sobre futuros do combate à pobreza*. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2000.

DESLANDES, Suely Ferreira. A construção do projeto de pesquisa. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza (Org.). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 18. ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

FARIAS, Fátima T.P. *Educação em saúde co-participação das educadoras infantis no processo de saúde das crianças*. Florianópolis, 2000. 157 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde. Universidade Federal de Santa Catarina.

FONSECA, R. M. G. S. Uma leitura generificada da (re)inauguração de um fazer para mulheres: da Inglaterra ao Brasil. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 55, p. 75-84, jan.-fev. 2002.

FREIRE, Paulo. *Conscientização: teoria e prática da libertação: uma introdução ao pensamento de Paulo Freire*. 3. ed. São Paulo: Moraes, 1980.

_____. *Pedagogia do oprimido*. 24.ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

FREITAS, Marcos Cezar (Org.) *História social da infância no Brasil*. 2.ed. São Paulo: Cortez, 1999.

FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE. *Plano Institucional 2000/2002*.

GADAMER, Hans-Georg. *Verdade e método*. Tradução: Flávio Paulo Meurer. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 1998. Original inglês.

GARCIA, Regina Leite; LEITE FILHO, Aristeo (Orgs.) *Em defesa da educação infantil*. Rio de Janeiro: DP&A, 2001.

GENTILE, Marilena. *Promoção da saúde e município saudável*. São Paulo: Vivere, 2001.

GERMANO, Raimunda Medeiros. *Educação e ideologia da enfermagem no Brasil*. 2.ed. São Paulo: Cortez, 1985.

GOMES, V. L. O.; FONSECA, A. D. Programa de recuperação do crescimento e desenvolvimento de crianças com idade entre zero e cinco anos, matriculadas no Centro Educacional Fraternidade, Rio Grande – RS. *Vittalle*, Rio Grande, v. 11, p. 93-98, 1999.

HABERMAS, Jürgen. *Dialética e hermenêutica*. Tradução: Álvaro L. M. Valls. Porto Alegre: L&PM, 1987.

HORTA, Wanda de Aguiar. Da necessidade de se conceituar enfermagem. *Enfermagem em Novas Dimensões*, São Paulo, v. 1, n. 1, p. 5-7, mar.-abr. 1975.

KUDE, Vera Maria Moreira. Significados da infância na creche. *Educação*, Porto Alegre, n. 43, p. 79-96, abr. 2001.

KUHLMANN JÚNIOR, Moysés. *Infância e educação infantil: uma abordagem histórica*. 2. ed. Porto Alegre: Mediação, 2001. 210p.

LAHIRE, Bernard. Reprodução ou prolongamentos críticos? *Educação & Sociedade*, n. 78, p. 37-55, abr. 2002.

LEININGER, M. M. (Ed.) *Culture care diversity and universality: a theory of nursing*. New York: National League for Nursing, 1991.

LEOPARDI, Maria Tereza. *Teorias em enfermagem: instrumentos para a prática*. Florianópolis: Papa-Livros, 1999. 228p.

LEOPARDI, Maria Tereza; GELBCKE, Francine Lima; RAMOS, Flávia Regina Souza. Cuidado: objeto de trabalho ou objeto epistemológico da enfermagem. *Texto & Contexto*. Florianópolis, v. 10, n. 1, p. 32-49. jan./abr. 2001.

LINDOSO, Bernardes Martins (Coord.). *Educação profissional: referências curriculares nacionais da educação profissional de nível técnico*. Brasília: MEC, 2000.

LOYOLA, Cristina. (Re)lembrando Florence Nightingale na temática de vida com justiça social. In: *BOLETIM ESPECIAL [do] PARTICIPABEn*. 11º Congresso Pnamericano de Profissionais de Enfermagem/ 55º Congresso Brasileiro de Enfermagem. Rio e Janeiro, n. 3, jul. 2003.

LOYOLA, Maria Andréa. Bourdieu e a sociologia. In: BOURDIEU, Pierre. *Pierre Bourdieu entrevistado por Maria Andréa Loyola*. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2002. p. 63-86.

_____. Biografia. In: BOURDIEU, Pierre. *Pierre Bourdieu entrevistado por Maria Andréa Loyola*. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2002. p. 87-91.

MACHADO, Maria Lúcia de A. Desafios iminentes para projetos de formação de profissionais para educação infantil. *Cadernos de Pesquisa*, n. 110, p. 191-202, jul. 2000.

MAISONS-LAFFITTE. Prefácio. In: ARIÈS, Philippe. *História social da criança e da família*. Tradução: Dora Flaksman. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1981. Original francês. p. 9-27.

MANDER, R.; MASSE, N. P.; MANCIAUX, M. *Pediatria sociale*. 2. ed. Paris: Flammarion Méd-Sciencis, 1977. 715p.

MARCILIO, Maria Luiza. A roda dos expostos e a criança abandonada na história do Brasil. In: FREITAS, Marcos Cezar de (Org.). *História social da infância no Brasil*. 2.ed. São Paulo: Cortez, 1999. p. 51-76.

MARCONDES, Eduardo. *Pediatria: doutrina e ação*. São Paulo: Sarvier, 1973. 398p.

_____. *Pediatria básica*. 8. ed. São Paulo: Sarvier, 1991.

MARZIALE, Maria Helena Palucci; MENDES, Isabel Amélia Costa. Perfil da produção de uma publicação científica: *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 55, n. 1, p. 31-35, jan.-fev., 2002.

MCKENNA, H. *Nursing theories and models*. London: Routledge, 1997. Ways of knowing, p. 24-54.

MELEIS, A. *Theoretical nursing: development and progress*. Philadelphia: Lippincott, 1991.

MEYER, Dagmar Estermann. A formação da enfermeira na perspectiva do gênero: uma abordagem sócio-histórica. In: LOPES, M. J. M.; MEYER, D. E.; WALDOW, V. R. *Maneiras de cuidar, maneiras de ensinar*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996. p. 63-78.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 6.ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1999.

_____. (Org.) *Caminhos do pensamento: epistemologia e método*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

MONARCHA, Carlos. Arquitetura escolar republicana: a escola normal da praça e a construção de uma imagem de criança. In: FREITAS, Marcos Cezar de (Org.). *História social da infância no Brasil*. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1999, p. 97-121.

MONTANDON, Cléopâtre. Sociologia da infância: balanço dos trabalhos em língua inglesa. *Cadernos de Pesquisa*, n. 12, p. 33-60, mar. 2001.

MORA, José Ferrater. *Dicionário de Filosofia*. 4. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

MOREIRA, Daniel Augusto. *O método fenomenológico na pesquisa*. São Paulo: Pioneira Thomson, 2002.

NASCIMENTO, Edna Mara Ferreira do et al. O corpo de conhecimento da enfermagem e o paradigma holístico: uma aproximação possível. In: *Acta Paul. Enf.*, São Paulo, v. 10, n. 1, p. 7-18, jan./abr. 1997.

NEVES, Eloita Pereira; VARGENS, Octavio Muniz da Costa. Los programas de doctorado en enfermería ante los avances científicos y tecnológicos: desafíos y perspectivas. Estudio de caso de Brasil – un análisis preliminar. In: PRIMERA REUNIÓN DE PROGRAMAS DE DOSTORADO EN ENFERMERÍA PARA AMÉRICA LATINA, 2001, Monterrey, Mexico. [Mimeo.]

NOGUEIRA, C. M. M.; NOGUEIRA, M. A. A sociologia da educação de Pierre Bourdieu: limites e contribuições. *Educação & Sociedade*, n. 78, p. 15-36, abr. 2002.

NIGHTINGALE, Florence. *Notas sobre enfermagem*: o que é e o que não é. Tradução: Amália Corrêa de Carvalho. São Paulo: Cortez; [Ribeirão Preto, SP]: ABEn-CEPen, 1989.

ORTIZ, Renato (Org.) *Pierre Bourdieu – sociologia*. São Paulo: Ática, 1994.

OSTETTO, Luciana Esmeralda. Andando por creches e pré-escolas públicas: construindo uma proposta de estágio. In: _____ (Org.). *Encontros e encantamentos na educação infantil*: partilhando experiências de estágios. Campinas: Papirus, 2000. p. 15-29.

PADILHA, Maria Itayra Coelho de Souza. *A mística do silêncio* – a enfermagem na Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro no século XIX. Pelotas: Ed. Universitária/UFPel, 1998.

PECI, Alketa. Pesquisa e conhecimento. In: Fórum 2º ENEO – Estrutura e ação nas organizações: algumas perspectivas sociológicas. *RAE – Revista de Administração de Empresas*, v. 43, n. 1, jan.-fev.-mar. 2003, p. 24-34.

PINTO, Louis. *Pierre Bourdieu e a teoria do mundo social*. Tradução: Luiz Alberto Monjardim. 1. ed. Rio de Janeiro: FGV, 2000. Tradução de: Pierre Bourdieu et la théoric du monde social.

PRADO, Marta Lenise do; GELBCKE, Francine Lima. Produção do conhecimento em enfermagem no Brasil: as temáticas de investigação. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 54, n. 1, p. 34-42, jan./mar. 2001.

REED, Pámela G. Nursing reformation: historical reflections and philosophic foundations. *Nursing Science Quarterly*, v. 13, n. 2, p. 129-136, Apr. 2000.

RIBEIRO, Patrícia Mônica. *Criança desnutrida*: “pequenino” espelho quebrado na relação mãe e filho. Belo Horizonte, 2002. 236 f. Dissertação (Mestre em Enfermagem) – Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais.

RICHARDSON, Roberto Jarry. *Pesquisa social: métodos e técnicas*. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

RIZZINI, Irene. *O século perdido: raízes históricas das políticas públicas para a infância no Brasil*. Rio de Janeiro: USU Ed. Universitária: Amais, 1997.

RODRIGUES, Benedita Maria do Rego Deusdará. *O cuidar de crianças em creche comunitária: redimensionando o treinamento numa perspectiva compreensiva*. Rio de Janeiro, 1996. 105 f. Tese (Doutora em Enfermagem) –Escola de Enfermagem Anna Nery. Universidade Federal do Rio de Janeiro.

ROSSETTI-FERREIRA, Maria Clotilde et al. Promoção da qualidade e avaliação na educação infantil: uma experiência. *Cadernos de Pesquisa*, n. 105, p. 52-77, nov. 1998.

SARMENTO, Manuel Jacinto. A globalização e a infância: impactos na condição social e na escolaridade. In: GARCIA, Regina Leite; LEITE FILHO, Aristeo (Orgs.) *Em defesa da educação infantil*. Rio de Janeiro: DP&A, 2001. p. 13-28.

SHIBAYAMA, Rosemeire dos Santos Vieira. *O conversar com crianças de creches segundo suas educadoras/cuidadoras*. São Paulo, 2001. 68 f. Dissertação (Mestre em Enfermagem) – Universidade de São Paulo.

SILVA, Alcione Leite da. O saber nightingaliano no cuidado: uma abordagem epistemológica. In: LOPES, M. J. M.; MEYER, D. E.; WALDOW, V. R. *Maneiras de cuidar, maneiras de ensinar: a enfermagem entre a escola e a prática profissional*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. p. 41-60.

_____. Cuidado como momento de encontro e troca. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 50., 1998, Salvador. *Anais...* Salvador: ABEn, 1998. p. 74-79.

SILVA, Alcione Leite; ARRUDA, Eloita Neves. Referenciais com base em diferentes paradigmas: problema ou solução para a prática de enfermagem? *Texto & Contexto de Enfermagem*, Florianópolis, v. 2, n. 1, p. 82-92, jan.-jun. 1993.

SILVA, Graciette Borges da. *A enfermagem profissional: análise crítica*. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1989.

SOARES, Mariângela Abate de Lara. *Situação de saúde e nutrição de crianças: uma realidade vivenciada em creches*. São Paulo, 1998. 78 f. Dissertação (Mestre em Enfermagem) – Universidade de São Paulo.

STEIN, Ernildo. Dialética e hermenêutica: uma controvérsia sobre método em filosofia. In: HABERMAS, Jürgen. *Dialética e hermenêutica*. Tradução: Álvaro L. M. Valls. Porto Alegre: L&PM, 1987. p. 98-134.

STRENZEL, Giandréa Reuss. *A educação infantil na produção dos programas de Pós-Graduação em Educação no Brasil: indicações pedagógicas das pesquisas para a educação das crianças de 0 a 3 anos*. Florianópolis, 2000. Dissertação (Mestre em Educação) – Universidade Federal de Santa Catarina.

TAVARES, Marli Rodrigues. *Cuidando de crianças em creches públicas*: perspectivas de inserção do enfermeiro. Rio de Janeiro, 1999. 87 f. Dissertação (Mestre em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery. Universidade Federal do Rio de Janeiro.

TRENTINI, Mercedes; PAIM, Lygia. *Pesquisa em enfermagem*: uma modalidade convergente-assistencial. Florianópolis: UFSC, 1999. 162p.

TURATO, Egberto Ribeiro. *Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa*: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas. Petrópolis: Vozes, 2003.

UNICEF. *Relatório sobre a situação da infância brasileira 2001 – A situação da infância*. Brasil: UNICEF, 2001.

VALLS. Álvaro L.M. Introdução. In: HABERMAS, Jürgen. *Dialética e hermenêutica*. Tradução: Álvaro Valls. Porto Alegre: L&PM, 1987. p. 5-12.

VERÍSSIMO, Maria De La Ó Ramallo. *O olhar de trabalhadoras de creches sobre o cuidado da criança*. São Paulo, 2001. 200 f. Tese (Doutora em Enfermagem) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

WALDOW, Vera Regina. *Cuidado humano*: o resgate necessário. 3. ed. Porto Alegre: Sagra, 2001.

APÊNDICE – Referências utilizadas pelas autoras na construção do referencial teórico das teses e dissertações acerca do cuidado de Enfermagem à criança em creches

TÍTULO /REFERENCIAIS	REFERÊNCIAS
<p>Utilização de elementos de administração no desempenho das tarefas de administradores de creches do município de São Paulo.</p> <p>Princípios administrativos de Taylor e Fayol.</p>	<p>CHIAVENATO, I. Administração: teoria, processo e prática, São Paulo: McGraw-Hill, 1985. 381p.</p> <p>_____. Teoria geral da administração. 3. ed. São Paulo: McGraw-Hill, 1987, v. 1. 487p.</p> <p>_____. Recursos humanos na empresa: pessoas, organizações, sistemas. São Paulo: Atlas, 1989a. v. 1. 207p.</p> <p>_____. Recursos humanos na empresa: descrição e análise de cargos, avaliação do desempenho humano. São Paulo: Atlas, 1989b. v. 3. 141p.</p> <p>_____. Recursos humanos na empresa: compensação, planos de benefícios sociais, higiene e segurança do trabalho, relações sindicais. São Paulo: Atlas, 1989c. v. 4. 168p.</p> <p>_____. Recursos humanos na empresa: treinamento e desenvolvimento de pessoal, desenvolvimento organizacional, auditoria de R.H., banco de dados e sistemas de informações. São Paulo: Atlas, 1989d. v. 5. 150p.</p> <p>FAYOL, H. Administração industrial e geral. São Paulo: Atlas, 1960. 157p.</p> <p>TAYLOR, F. W. Princípios de administração científica. 7. ed. São Paulo: Atlas, 1978. 134p.</p>
<p>O cuidar de crianças em creche comunitária: contribuição da sociologia fenomenológica de Alfred Schutz.</p> <p>Sociologia compreensiva de Alfred Schutz.</p>	<p>SCHUTZ, A. El problema de la realidad social. Buenos Aires: Amorrortu, 1974.</p> <p>_____. Estudios sobre teoria social. Buenos Aires: Amorrortu, 1974.</p> <p>_____. Fenomenologia del mundo social. Buenos Aires: Piados, 1973.</p>
<p>O conversar com crianças de creches segundo suas educadoras/cuidadoras.</p> <p>Teoria Desenvolvimentista de Wallon.</p>	<p>GALVÃO, I. Henri Wallon: uma concepção dialética do desenvolvimento infantil. Petrópolis: Vozes, 1995.</p> <p>_____. Wallon e a criança, esta pessoa abrangente. Rev. Criança. n. 33, p. 3-7, 1999.</p> <p>WALLON, H. Do ato ao pensamento: ensaio de psicologia comparada. Lisboa: Portugalia, 1959.</p> <p>_____. Objetivos e métodos da psicologia. Lisboa: Estampa, 1975.</p> <p>_____. Psicologia e educação da criança. In: WEREBE, M.J.G.; NADEL-BRULFERT, J. Henri Wallon: psicologia. São Paulo: Ática, 1986. ap. 6, p. 149-157.</p>

...

TÍTULO/REFERENCIAIS	REFERÊNCIAS
<p>Educação em saúde co-participação das educadoras infantis no processo de saúde das crianças.</p> <p>Pedagogia problematizadora de Paulo Freire.</p>	<p>FREIRE, Ana Maria Araújo. Paulo Freire: ética, utopia e educação. Paulo Freire: esperança que liberta. Petrópolis: Vozes, 1999.</p> <p>FREIRE, Paulo; BETTO, Frei. Essa escola chamada vida. 6. ed. São Paulo: Ática, 1988.</p> <p>FREIRE, Paulo. Cartas à Guiné-Bissau: registros de uma experiência em processo. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1977.</p> <p>_____. Pedagogia do oprimido. 7. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1979.</p> <p>_____. Conscientização: teoria e prática da libertação – uma introdução ao pensamento de Paulo Freire. São Paulo: Moraes, 1980.</p> <p>_____. Extensão ou comunicação? 8. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1983.</p> <p>_____. Ação cultural para a liberdade e outros escritos. 8. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.</p> <p>_____. Educação e mudança. 18. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1991.</p> <p>_____. Medo e ousadia – o cotidiano do professor. 4. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1992.</p> <p>_____. Política e educação. São Paulo: Cortez, 1993.</p> <p>_____. Educação como prática da Liberdade. 22. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1996.</p> <p>_____. Pedagogia da esperança – um reencontro com a pedagogia do oprimido. 5. ed. São Paulo: Paz e Terra, 1998.</p> <p>_____. Pedagogia da autonomia – saberes necessários à prática educativa. 10. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1999.</p>
<p>O olhar de trabalhadoras de creches sobre o cuidado da criança</p> <p>Teoria das Representações Sociais de Moscovici.</p>	<p>JODELET, D. La representación social: fenómenos, concepto y teoría. In: MOSCOVICI, S. Psicologia social II. Barcelona: Paidós, 1986. p. 469-494.</p> <p>SOUZA FILHO, E. A de. Análise das representações sociais. In: SPINK, M.J., organizadores. O conhecimento no cotidiano: as representações sociais na perspectiva da psicologia social. São Paulo: Brasiliense, 1993. cap. 5, p. 109-145.</p>
<p>Criança desnutrida: “pequenino” espelho quebrado na relação mãe e filho</p> <p>Teoria do Vínculo.</p>	<p>BERSTEIN, M. Contribuições de Pichòn-Rivière à psicoterapia. In: OSÓRIO, L.C. Grupoterapia hoje. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989. p. 108-132.</p> <p>BOWLBY, J. Formação e rompimento dos laços afetivos. São Paulo: Martins Fontes, 1997. 228p.</p> <p>GAYOTTO, M.L.C. Vínculo. [s.n.t.]. 6p. Mimeografado.</p> <p>GIFFONI, V.L. O conceito de grupo e os princípios organizadores do grupo no pensamento de Henrique Pichòn-Rivière. [s.n.t.]. 6p. Mimeografado.</p>