

ORIENTAÇÕES A PAIS E PROFESSORES SOBRE A MEDICALIZAÇÃO DA INFÂNCIA DESENVOLVER PARA NÃO MEDICAR




EduFatecie
EDITORA

Silvana Calvo Tuleski
Adriana de Fátima Franco
Fernando Wolff Mendonça
(Organizadores)

Silvana Calvo Tuleski
Adriana de Fátima Franco
Fernando Wolff Mendonça
(Organizadores)

ORIENTAÇÕES A PAIS E PROFESSORES
SOBRE A MEDICALIZAÇÃO DA INFÂNCIA:
DESENVOLVER PARA NÃO MEDICAR



Paranavá - PR

2021

2021 by Editora EduFatecie
Copyright do Texto © 2021 Os autores
Copyright © Edição 2021 Editora EduFatecie

O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores e não representam necessariamente a posição oficial da Editora EduFatecie. Permitido o download da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos aos autores, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

Imagem da capa: Valentina Franco Nishimura, 6 anos. Pintura em tela

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação - CIP

O69 Orientações para pais e professores sobre a medicalização da infância: desenvolver para não medicar / vários autores: organizado por Silvana Calvo Tuleski, Adriana de Fátima Franco e Fernando Wolff Mendonça. Paranavai: EduFatecie, 2021.
72 p. : il. Color.

ISBN 978-65-87911-60-1

1. Medicalização na infância. 2. Medicamentos - Utilização. I. Tuleski, Silvana Calvo. II. Franco, Adriana de Fátima. III. Mendonça, Fernando Wolff. IV. Centro Universitário UniFatecie. V. Núcleo de Educação a Distância.

CDD : 23 ed. 362.19892

Catalogação na publicação: Zineide Pereira dos Santos – CRB 9/1577

DOI <https://doi.org/10.33872/edufatecie.orientacoes>



Todo o conteúdo deste livro está licenciado sob uma Licença de Atribuição *Creative Commons*. Atribuição-Não-Comercial-Não-Derivativos 4.0 Internacional (CC BY-NC-ND 4.0).

EXPEDIENTE:

Diretor Geral: Prof. Ms. Gilmar de Oliveira
Diretor de Ensino: Prof. Ms. Daniel de Lima
Diretor Financeiro: Prof. Eduardo Luiz Campano Santini
Diretor Administrativo: Prof. Ms. Renato Valença Correia
Secretário Acadêmico: Tiago Pereira da Silva
Coord. de Ensino, Pesquisa e Extensão-CONPEX: Prof. Dr. Hudson Sérgio de Souza
Coordenação Adjunta de Ensino: Prof.ª. Dr.ª. Nelma Sgarbosa Roman de Araújo
Coordenação Adjunta de Pesquisa: Prof. Dr. Flávio Ricardo Guilherme
Coordenação Adjunta de Extensão: Prof. Esp. Heider Jefferson Gonçalves
Coordenador NEAD - Núcleo de Educação a Distância: Prof. Me. Jorge Luiz Garcia Van Dal



Unidade III: BR 376, km 102 - Paranavai-PR
(Saída para Nova Londrina)
(55) (44) 3045 9898 / (55) (44) 99976-2105
www.unifatecie.edu.br



CONSELHO EDITORIAL:

Prof. Dr. Alexander Rodrigues de Castro
Prof. Ms. Arthur Rosinski do Nascimento
Prof.ª. Dr.ª. Cassia Regina Dias Pereira
Prof.ª. Dr.ª. Claudinéia Conatoni da Silva Franco
Prof. Dr. Cleder Mariano Belieri
Prof. Ms. Daniel de Lima
Prof.ª. Dr.ª. Denise Kloeckner Sbardelotto

EQUIPE EXECUTIVA:

Editora-chefe:
Prof.ª. Dr.ª. Denise Kloeckner Sbardelotto
Editor-adjunto:
Prof. Dr. Flávio Ricardo Guilherme
Revisão Ortográfica e Gramatical:
Prof.ª. Esp. Bruna Tavares Fernandes
Projeto Gráfico/Design/Diagramação:
Lorena Gonzalez Donadon Leal
Setor Técnico:
Fernando dos Santos Barbosa

Prof. Dr. Fábio José Bianchi
Prof. Dr. Flávio Ricardo Guilherme
Prof.ª. Dr.ª. Gléia Cristina Laverde Ricci Cândido
Prof. Dr. Heraldo Takao Hashiguti
Prof. Dr. Hudson Sérgio de Souza
Prof.ª. Dr.ª. Jaqueline de Carvalho Rinaldi
Prof. Dr. Julio Cesar Tocacelli Colella
Prof.ª. Dr.ª. Letícia Baptista Rosa

Controle Financeiro:

Prof. Eduardo Luiz Campano Santini
Assessoria Jurídica:
Prof.ª. Dr.ª. Letícia Baptista Rosa
Ficha Catalográfica:
Tatiane Vitorino de Oliveira e
Zineide Pereira dos Santos
Secretária:
Geovana Agostinho Daminelli
www.unifatecie.edu.br/editora
edufatecie@fatecie.edu.br

Prof. Ms. Manfredo Zamponi
Prof. Dr. Marcelo Henrique Savoldi Picoi
Prof. Dr. Marcos Paulo Shiozaki
Prof.ª. Dr.ª. Nelma Sgarbosa Roman de Araújo
Prof. Dr. Paulo Francisco Maraus
Prof. Dr. Rená Moreira Araújo
Prof. Dr. Rodrigo Cesar Costa
Prof. Dr. Ronan Yuzo Takeda Violin

1ª Edição Impressa: junho de 2021.
Paranavai – Paraná – Brasil

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	06
PARTE I - QUANDO EDUCAR É O MELHOR REMÉDIO: INFORMATIVO SOBRE MEDICALIZAÇÃO E SAÚDE NA INFÂNCIA	08
INTRODUÇÃO	09
Rejane Teixeira Coelho, Neide Silveira Duarte de Matos, Elvenice Tatiana Zoia, Andreia Cristina Conegero Sanches	
CAPÍTULO 1	
É possível prevenir transtornos da aprendizagem e comportamento? A educação escolar pode colaborar nesse processo?	11
Cleudet Assis Scherer, Eliane Kiyomi Tabuti, Patrícia Barbosa da Silva	
CAPÍTULO 2	
Como as crianças se desenvolvem?	15
Adriana de Fatima Franco, Fernando Wolff Mendonça, Hilusca Alves Leite, Silvana CalvoTuleski	
CAPÍTULO 3	
Prevenir é remediar? Os problemas da medicalização da infância	27
Andreia Cristina Conegero Sanches, Carla Betania Huf Ferraz Campos, Elvenice Tatiana Zoia, Fabíola Batista Gomes Fribida, Neide Silveira Duarte de Matos, Rejane Teixeira Coelho, Rosana Aparecida Albuquerque Bonadio	
CAPÍTULO 4	
A última alternativa deve ser o medicamento: os remédios mais prescritos e seus efeitos colaterais	33
Barbara Cristina Niero, Carla Betania Huf Ferraz Campos, Daniella Fernanda Moreira, Jéssica Elise Echs Lucena Polaquini, Lorena Carrillo Colaço	
CAPÍTULO 5	
Finalizando: em defesa de uma infância tarja branca	40
Andreia Cristina Conegero Sanches, Beatriz Moreira Bezerra Vieira, Débora Lopes de Castro dos Santos, Elvenice Tatiana Zoia, Neide Silveira Duarte de Matos, Rejane Teixeira Coelho	

REFERÊNCIAS	46
Onde encontrar mais orientações	50
PARTE II - DISCUTINDO A MEDICALIZAÇÃO DA INFÂNCIA COM OS PAIS OU RESPONSÁVEIS	51
Cíntia Daquana Costa, Elaine Cristina Peres da Fonseca, Gisele Magri dos Santos, Angela de Cássia Silva Capoia de Osti, Carla Janaina Trindade Del Rossi, Larissa Botelho Bianchini Thadeu, Selma Aparecida Raimundini de Andrade, Sandra Elaine Mendelli Neves, Edna Salete Radigonda Delalíbera, Janaina Franciele Camargo, Maria Aparecida de Fátima, Renata Marchiori	
INTRODUÇÃO	52
1 A criança de ontem e de hoje	53
2 Desenvolvimento infantil	55
3 Retrato da medicalização no Paraná	59
4 Importância da família no processo de desenvolvimento	63
5 Em defesa de uma infância tarja branca	66
REFERÊNCIAS	67
Sobre os/as autores/as	70

APRESENTAÇÃO E INTRODUÇÃO

“Ontem um menino que brincava me falou que hoje é semente do
amanhã...”

(Semente do amanhã, Gonzaguinha)

O presente texto surgiu dos estudos que integram o projeto de pesquisa institucional nominado *Retrato da medicalização da infância no estado do Paraná*. Coordenado pela professora doutora Silvana Calvo Tuleski (UEM), o projeto envolveu a participação de pesquisadores de diversas instituições de ensino superior, como Universidade Estadual de Maringá (UEM/PR), Universidade Estadual de Londrina (UEL/PR), Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG/PR), Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE) e Universidade Estadual do Paraná (UNESPAR), discentes de graduação e pós-graduação, e contou, ainda, com a participação de representantes das secretarias municipais de educação dos municípios envolvidos na pesquisa.

Esta obra tem por objetivo subsidiar a formação de professores e pais nos mais diversos municípios do Paraná e dos demais estados. O problema da medicalização da infância é queixa recorrente entre os professores e pais, havendo uma divisão entre defensores e críticos. Esses posicionamentos muitas vezes estão ancorados em observações subjetivas ou informações superficiais veiculadas pela mídia, muitas delas de caráter propagandístico. Nessa direção, o livro tem a finalidade de socializar os estudos teóricos e o levantamento de dados sobre a medicalização da infância em municípios do Paraná, realizados no período de 2013 a 2019. Os estudos realizados ao longo desses sete anos culminaram na elaboração de dois documentos, um voltado à orientação e formação de professores e outro voltado aos pais. O texto direcionado aos professores busca elucidar as dúvidas mais frequentes, por exemplo, no que se refere ao desenvolvimento infantil e suas manifestações críticas, bem como a partir de que momento é possível se pensar em algum tipo de transtorno no desenvolvimento que mereça um acompanhamento diferenciado. Além disso, aborda-se sobre os índices de crianças medicadas com psicotrópicos no Brasil e no mundo, quais medicamentos são mais utilizados para o transtorno que vem se destacando quantitativamente nos diagnósticos, como o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade.

Em linguagem acessível, procura-se demonstrar os cuidados necessários, tanto com os diagnósticos, como com a prescrição de medicamentos que atuam no Sistema Nervoso Central, visto que as consequências de tal ação precisam ser consideradas. De-

monstra-se a amplitude do processo educativo tendo em vista a promoção do desenvolvimento infantil, principalmente em uma sociedade complexa e contraditória como a atual, que muitas vezes prima pelo imediatismo de determinadas práticas, de modo que esse é impossível de ser alcançado em termos de uma educação que produza novas formas de desenvolvimento, como o comportamento atento e autorregulado.

A diferença entre o texto oferecido aos professores e pais não se encontra apenas na quantidade de páginas, mas na forma de redação dialogada, que objetiva produzir o encontro entre escritores e leitores, ambos com a mesma preocupação em pauta: educar e desenvolver as crianças.

O texto, em sua totalidade, instiga a reflexão sobre o que se quer alcançar com nossas crianças, seja como pais ou como professores, considerando que elas serão a geração do futuro. Desse modo, uma pergunta que não se deve ignorar é: que futuro almejamos para as novas gerações? A resposta a essa pergunta faz com que os esforços se dirijam para a construção de alternativas saudáveis, criativas e criadoras. Com esse objetivo, o material didático oferecido em forma de livro traz alternativas, reflexões, apontamentos, unindo o conhecimento científico a ilustrações por meio de músicas, poemas e charges.

Destaca-se que esse texto de cunho pedagógico visa ser acessível e contribuir como ferramenta de formação e orientação para as redes municipais em suas formações, podendo ser divulgado nos sites das Prefeituras para acesso livre, ampliando sua utilização para além das redes de ensino, mas também conduzindo o debate na interseção entre as redes de saúde e educação.

Desejamos a todos (as) uma boa leitura!

PARTE I
QUANDO EDUCAR É O MELHOR REMÉDIO:
INFORMATIVO SOBRE MEDICALIZAÇÃO E
SAÚDE NA INFÂNCIA

INTRODUÇÃO

*Rejane Teixeira Coelho
Neide Silveira Duarte de Matos
Elvenice Tatiana Zoia
Andreia Cristina Conegero Sanches*

O crescimento significativo no número de crianças encaminhadas para atendimento especializado (psicologia, neurologia, psiquiatria, psicopedagogia, fonoaudiologia) nas últimas décadas, bem como o aumento acelerado da terapia medicamentosa para o tratamento de problemas de comportamento, desatenção, hiperatividade e de aprendizagem, impulsionaram a elaboração deste documento, que integra o projeto de pesquisa institucional nominado Retrato da medicalização da infância no estado do Paraná. Esse teve como objetivo o levantamento de dados sobre a quantidade de crianças de zero a dez anos matriculadas na rede pública municipal de ensino no Estado do Paraná (Educação Infantil e Primeiro Ciclo do Ensino Fundamental), que tenham algum diagnóstico de transtorno de aprendizagem e façam uso de medicamentos para tal. Coordenado pela professora doutora Silvana Calvo Tuleski (UEM), o projeto envolveu a participação de pesquisadores de diversas instituições de Ensino Superior, como: Universidade Estadual de Maringá (UEM/PR); Universidade Estadual de Londrina (UEL/PR); Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG/PR); Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE) e Universidade Estadual do Paraná (UNESPAR), além de discentes de graduação e pós-graduação.

Destarte, o presente informativo objetiva problematizar a temática dos supostos transtornos de aprendizagem e a medicalização cada vez mais precoce, bem como subsidiar a formação de professores, orientar pais, familiares e demais interessados em buscar alternativas que compreendam que a formação das qualidades e características tipicamente humanas como a linguagem, o pensamento, a atenção concentrada, o raciocínio lógico, não resultam simplesmente de um processo natural e espontâneo relacionado à maturação biológica, mas formam-se no decorrer da história, como expressão da atividade do homem.

A discussão sobre essa problemática nos remete a pensar não apenas em quem são as crianças de hoje, mas também em que contexto histórico elas estão inseridas. Contexto que revela que o direito de ser criança ainda não está consolidado, pois vivemos em uma sociedade cujo a distribuição das riquezas materiais e culturais não é igualitária e não está disponível para todos. Nesta conjuntura, questionamos: é possível

olharmos para o comportamento das crianças sem nos atentarmos para a organização da sociedade?

Tem sido cada vez mais frequente a constatação de que as crianças, independente da classe social, têm sido expostas precocemente ao universo mercadológico, sendo concebidas como consumidores em potencial. Nesta lógica, criam-se rotinas fixas, espaços cada vez mais artificiais e restritos que as distanciam da possibilidade de realizarem brincadeiras ao ar livre, provocando, inclusive, o afastamento cada vez maior e mais frequente das relações com outras crianças. Atré-ladas a esta conjuntura, assim como os adultos, elas devem fazer tudo rápido, de forma instantânea e imediata, não são desafiadas e provocadas a realizar brincadeiras criativas e potencializadoras de aprendizagem e de desenvolvimento. A ilustração da Mafalda (Figura 1) expressa a realidade em que as crianças estão inseridas atualmente.

Figura 1. Realidade das crianças atualmente



Fonte: <https://br.pinterest.com/andressa0809/mafalda/> (online).

Do exposto, consideramos fundamental problematizar os múltiplos fatores que determinam o modo como todos nós nos comportamos na sociedade atual e, principalmente, nossas crianças, entendendo que as causas de tais comportamentos não se localizam no organismo das pessoas que se portam desta e de outra maneira. Nesse sentido, o presente documento iniciará discutindo as relações existentes entre os ditos transtornos de aprendizagem e a educação escolar a partir de concepções sobre desenvolvimento e aprendizagem muitas vezes reproduzidas em nossos discursos cotidianos. Em seguida, procuraremos explicar como se dá o desenvolvimento das capacidades tipicamente humanas, que diferentemente dos animais, dependem fundamentalmente das relações sociais. Nos dois subitens subsequentes, abordaremos os problemas da medicalização da infância e os interesses econômicos envolvidos, traremos alguns dados da pesquisa sobre os índices de medicalização em municípios do Paraná, problematizando o diagnóstico mais frequente e os medicamentos mais prescritos. Por fim, resgataremos a importância da infância e das atividades essenciais para o pleno desenvolvimento infantil, em possibilidades nas quais saúde plena e educação estejam entrelaçadas.

CAPÍTULO 1

É POSSÍVEL PREVENIR TRANSTORNOS DA APRENDIZAGEM E COMPORTAMENTO? A EDUCAÇÃO ESCOLAR PODE COLABORAR NESSE PROCESSO?

*Cleudet Assis Scherer
Eliane Kiyomi Tabuti
Patrícia Barbosa da Silva*

De que maneira nós nos desenvolvemos? Será que “pau que nasce torto morre torto”? Ou “é de pequenino que se torce o pepino”?

Para respondermos essas questões, precisamos compreender três importantes maneiras de pensar o desenvolvimento humano:

1ª- Inatista: já nascemos com todas as potencialidades humanas, isto é, o biológico já está pronto e determinado pela hereditariedade. Para essa perspectiva, os educadores se colocarão como alguém passivo no desenvolvimento psíquico infantil, uma vez que nada poderão alterar nesse desenvolvimento. Ou seja, “pau que nasce torto morre torto”.

Figura 2. *Self-made*



Fonte: <http://sociedadesemprisoas.blogspot.com.br/2011/12/mafalda-self-made-man.html>. (online).

2ª – Ambientalista: não existem estruturas inatas, tudo vem do ambiente, moldando os indivíduos por meio de práticas educativas. Tem como consequência a ideia de que podemos formar as crianças como quisermos, por meio de forças ambientais. Ou seja, se o ambiente não for bom, esse indivíduo não será bom. Se as condições materiais e sociais as quais vivem não são ideais, não podemos esperar nada de positivo

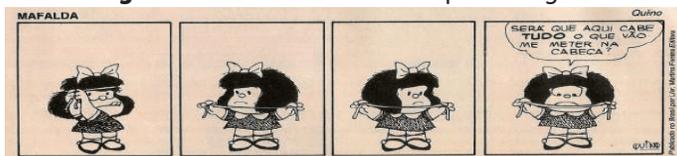
dessas crianças. Portanto, “é de pequenino que se torce o pepino”.

3ª - Histórico-Cultural: para essa concepção, o desenvolvimento não é um processo natural nem espontâneo, mas um processo cultural e socialmente mediado. O aparato biológico é importante, no entanto, são as condições sócio-históricas, tais como: dinâmica familiar (cultura, valores, hábitos) e condições de acesso ao conhecimento sistematizado que promoverão ou não o desenvolvimento efetivo. O desenvolvimento ocorre por toda a vida, orientado para capacidades mais complexas, no entanto, para que ele ocorra, todas as necessidades devem ser atendidas. Cabe à família e à escola promoverem as condições objetivas e subjetivas de desenvolvimento para os indivíduos. Exemplo: Crianças Lobas – Amala e Kamala. Se as meninas tinham todo o aparato biológico, por que se comportavam como animais? Porque faltou a essas crianças o contato com a cultura humana¹.

Que concepções norteiam o desenvolvimento humano e a aprendizagem? Veremos duas formas de pensamento:

1º- Defende a ideia de que primeiro a criança precisa se desenvolver para depois aprender. Portanto, essa concepção poderia ser expressa por frases como: idade mental inferior à cronológica, imaturo, bobinho. Justificando assim, que as crianças possuem dificuldades de aprendizado porque não desenvolveram determinadas qualidades psicológicas. Conseqüentemente, do ponto de vista dessa perspectiva, a escola deveria esperar a criança atingir certo desenvolvimento para depois ensinar determinada habilidade ou conteúdo, portanto, os professores seriam elementos passivos nesse processo e só poderiam fazer o seu trabalho depois que o indivíduo atingisse o nível de maturação esperado.

Figura 3. Desenvolvimento e aprendizagem



Fonte: <https://pt-br.facebook.com/public/Mafalda> (online).

2º- Para a teoria Histórico-Cultural², o que produz desenvolvimento é a aprendizagem. Isto é, o desenvolvimento humano não ocorre sem o ensino adequado, seja ele intencional ou não. Portanto, temos que ter claro que a criança precisa aprender para se desenvolver e adultos mais experientes (na educação escolar, o professor) devem ser

1 Para saber mais sobre a história das meninas lobas, recomendamos o vídeo que pode ser encontrado no seguinte link: <<https://www.youtube.com/watch?v=uWY4iEv13lw>>.

2 Para mais esclarecimentos acerca da teoria Histórico-Cultural, indica-se os seguintes vídeos: <https://www.youtube.com/watch?v=i6NQ1S_SDUw>; <<https://www.youtube.com/watch?v=B1a3m-4bRnG4>> e <<https://www.youtube.com/watch?v=bhAYLi09mz>>.

pontes entre o mundo humano e o ser em desenvolvimento. Nesse sentido, a escola tem um papel importantíssimo por ser a mediadora dos signos (linguagem oral, escrita, matemática, etc.) e instrumentos culturais (objetos sociais elaborados por meio do trabalho humano), que apresentarão o mundo à criança. A escola é portadora e orientadora dos modos socialmente desenvolvidos de ação com os objetos e sua utilização social.

Como poderemos, enquanto educadores, contribuir para o bom desenvolvimento das crianças e adolescentes?

Primeiramente, por intermédio da relação escola/família, uma vez que conhecimentos do dia a dia somados aos conhecimentos sistematizados da educação escolar servirão de motor para a modificação radical cognitiva dos estudantes.

Nesse sentido, a educação escolar³ é parte necessária ao desenvolvimento do autodomínio da conduta dos indivíduos, sendo importante organizá-la de forma a se tornar um instrumento que, de fato, produza a humanidade nas crianças, mediante a internalização dos signos da cultura. Ou seja, por meio da atividade coletiva de ensino, o ser humano terá a possibilidade de apropriação dos objetos materiais e não materiais, que propiciarão as condições para que as capacidades complexas sejam desenvolvidas.

Segundo, para a perspectiva Histórico-Cultural, a transformação das funções psicológicas superiores não é uma simples maturação estrutural, e sim uma mudança qualitativa psíquica decorrente do processo de reequipamento cultural propiciado pelo conteúdo das relações interpessoais apropriadas pelos estudantes, por meio das mediações culturais. Para Facci, Eidt, & Tuleski (2006), esse entendimento muda a centralidade das dificuldades de aprendizagem do nível individual para o social, colocando a qualidade das mediações culturais como determinantes para o desenvolvimento pleno. Conforme as autoras acima citadas, “[...] especialmente no que se refere à qualidade do conteúdo ministrado, à relação professor-aluno, à metodologia de ensino, à adequação de currículo, ao sistema de avaliação adotado, em suma, ao acesso da criança ao mundo dos instrumentos e signos culturais” (p. 111). Desse modo, cabe à escola organizar o ensino de forma adequada, de maneira a formar na criança aquilo que não está formado, para produzir novas necessidades e motivos, modificando a atividade principal dos alunos e reestruturando o seu psiquismo.

Para criar ações educativas intencionais e planejadas, é fundamental por parte do professor o entendimento do conceito de níveis de desenvolvimento, uma vez que a organização adequada do ensino deve estar alinhada a esse conhecimento. Ou seja, nível de desenvolvimento real é o que a criança realiza sozinha. Já no nível de desenvolvimento eminente ou próximo, necessita de ajuda dos adultos ou companheiros mais experientes

³ Recomendamos a visualização do vídeo para maiores informações sobre a Psicologia Histórico-Cultural e a Educação: <<https://www.youtube.com/watch?v=sqm415VF-QM>>.

(VIGOTSKI, 2008), como por exemplo: a criança não sabe escrever, mas poderá ser ajudada a escrever um bilhete por meio de desenhos ou sinais. Nesse caso, deverá entender a função social da escrita que é registrar algo. Portanto, a aprendizagem promoverá o desenvolvimento.

Nesse sentido, professores deverão refletir sobre o direito das crianças e adolescentes à não medicalização e compreender como são oferecidos os instrumentos e signos com vistas a conter, dificultar ou promover o desenvolvimento de funções complexas do pensamento. Uma vez que, segundo Franco, Tuleski & Eidt (2016, p.211):

O contexto do fracasso do sistema educacional atesta que a sociedade capitalista atual inviabiliza as condições necessárias ao desenvolvimento cultural pleno da maioria da população. Porém, concepções psicológicas educativas e médicas, ao obscurecerem a natureza histórica do homem, tornam-se alienadoras.

Para essas concepções, os fenômenos históricos e sociais são considerados naturais, retirando do professor a responsabilidade de ensinar as máximas produções humanas que produzirão o autodomínio da conduta, propagando uma prática medicalizante, esquecendo de que o trabalho educativo deve preconizar a todos os estudantes as condições para aprender o que é necessário que aprenda por quem aprendeu o que é necessário ser ensinado e, desse modo, produzir efetivas neoformações psíquicas (MARTINS, 2016).

CAPÍTULO 2

COMO AS CRIANÇAS SE DESENVOLVEM?

*Adriana de Fatima Franco
Fernando Wolff Mendonça
Hilusca Alves Leite
Silvana Calvo Tuleski*

Tendo em vista a superação das concepções reducionistas sobre o desenvolvimento antes apontadas, quando partimos da compreensão histórico-cultural, antes de pensarmos se o comportamento do nosso aluno é fora do padrão esperado e necessita ser encaminhado a um especialista, é necessário compreendermos como se dá o curso normal do desenvolvimento.

Figura 4. Ritalina



Fonte: <https://circuitopsi.com.br/tdah/> (online).

Primeiramente, necessitamos deixar para trás visões tradicionais sobre o desenvolvimento humano, que o comparam com o mero amadurecimento de funções já existentes desde o nascimento (ASBAHR; NASCIMENTO, 2013). Estas visões, como já exposto, reduzem o desenvolvimento humano ao mesmo que ocorre em um animal ou em uma planta, desconsiderando toda a complexidade existente nas habilidades humanas, cujas origens são culturais. Bastam algumas perguntas para esclarecer isso: que outra espécie trabalha transformando a natureza e criando objetos novos, que antes não existiam, como uma cadeira, uma roupa, um lápis, um celular? Que outra espécie desenvolveu diversas formas de comunicação pela língua (portuguesa, alemã, japonesa, inglesa, etc.)? Que outra espécie desenvolveu os registros escritos ou matemáticos? Que outra espécie produz obras de arte (musicais, plásticas, teatrais, etc.)?

As perguntas acima já nos fazem refletir o quanto não é tão simples compreendermos o desenvolvimento humano e este não pode se resumir ao esquema “mais” e “menos” ou “tem” e “não tem”, como nos diz Vigotski (1996). É na vida que a criança irá

desenvolver o seu psiquismo, ou seja, é na atividade que ela poderá se desenvolver. A criança não nasce com função psíquica complexa desenvolvida, são necessárias atividades que requeiram esse desenvolvimento. Em cada período do desenvolvimento teremos uma atividade que guie o desenvolvimento psíquico, esta atividade é chamada de atividade principal ou dominante. Para Vigotski (1996), é necessário entendermos que o desenvolvimento, desde o nascimento até a idade adulta, não é uma linha reta e ascendente, que como uma escada, subimos degrau por degrau sem nenhum tropeço. Ao contrário, o desenvolvimento normal é marcado por períodos de crise e períodos de estabilidade que se alternam. A crise não é algo ruim em si, mas demarca uma ruptura, um salto qualitativo para algo novo que surge no desenvolvimento. São comportamentos, habilidades e formas de funcionar anteriores que vão sendo abandonadas que produzem a crise: é o novo que nasce e o velho que morre. E não é assim a nossa vida? Ela não é sempre marcada por momentos de crises? A superação da crise nos permite uma nova direção para o nosso desenvolvimento, como se uma borboleta nascesse de uma lagarta para uma vida diferente, agora com asas para voar.

Para Vigotski (1996) até a adolescência, o ser humano da sociedade complexa em que vivemos passaria por seis crises, que demarcam momentos importantes do desenvolvimento, de mudanças drásticas nas habilidades desenvolvidas, na forma de relação com o mundo por meio da atividade e também nas funções psíquicas. Ele postula que há a crise pós-natal, a do primeiro ano, a do terceiro ano, a dos sete anos, a dos treze anos e a dos dezesseis anos. Um ponto importante destacado pelo autor é que nos momentos de crise, a criança ou adolescente se torna difícil de educar. Esse fato não quer dizer que a crise seja patológica, que a criança precise ir para um especialista, mas indica que os adultos que a educam precisam modificar a forma de se relacionarem com ela, pois esta não age mais como antes. Para Vigotski (1996) a pedagogia das épocas de crise é a menos desenvolvida e a mais necessária. Somente a mudança no modo como os adultos educam a criança possibilitará a superação da crise e a passagem para outra atividade dominante, instaurando um período estável do desenvolvimento. Vamos entender um pouco e de modo breve cada momento de crise e sua importância, bem como a necessidade do manejo adequado por parte dos adultos para que a criança avance no seu desenvolvimento.

A **crise pós-natal** demarca uma mudança drástica na vida do bebê, de uma existência intrauterina para uma existência extrauterina. Dentre os aspectos mais notáveis desse período, cuja base é orgânica, podemos citar a necessidade de respirar, alimentar-se sozinho (mamar) e, ao mesmo tempo, adequar-se às regulações externas de um mundo culturalmente estruturado (que tem horários para dormir, alimentar-se, etc.). É o manejo dos adultos nesta regulação da vida extrauterina da criança, estabe-

lecendo os horários e uma rotina, que dará à criança a tranquilidade necessária para coordenar vigília e sono com os horários de alimentação, diminuindo o choro e estabelecendo um período estável do desenvolvimento, marcado pela atividade dominante de comunicação emocional direta com o adulto. Se os adultos ficam ansiosos e não conseguem estabelecer a rotina com o bebê, este se agita mais, chora mais, dorme de dia e fica acordado à noite, alimenta-se a qualquer hora, ocasionando exaustão naqueles que o educam e gerando mais ansiedade, o que estende a crise por mais tempo. A atividade dominante de comunicação emocional direta guia o desenvolvimento e ao mesmo tempo é o desafio desse período. Nesse momento, é fundamental que ocorram formas de interação carinhosas dos adultos com a criança: falando com o bebê de modo doce e aveludado quando o alimenta, quando o troca, quando o faz dormir, aconchegando-o, cantando para ele, etc. Todas estas formas de interação atraem a atenção da criança para o rosto do adulto pela via da sensação e percepção, funções que dirigem o desenvolvimento nesse período, o que produzirá as novas reações do bebê, como: o sorriso, os primeiros gritinhos de felicidade ao ver o adulto, o balanço de pés e mãos de modo agitado (complexo de animação) quando o adulto lhe dá atenção.

Observamos que o período estável que se instaura com a superação da crise pós-natal e o desenvolvimento da atividade de comunicação emocional direta com os adultos vai até por volta de um ano, quando culmina uma nova crise. Para entendê-la, precisamos pensar o que acontece com o bebê até este período de um a um ano e meio, aproximadamente. No período estável, o bebê era mais calmo e os adultos ao seu redor não cansavam de estimulá-lo, falando com ele, oferecendo brinquedos e objetos para que ele tente pegá-los, colocando-o em diversas posições como a vertical, sentado, de barriga para cima e para baixo, etc. Todas essas interações permitem ao bebê muitos ganhos nas habilidades motoras, por exemplo. Ele passa a agarrar objetos, atirar no chão, puxar, sustentar o tronco sentado, erguer-se nas pernas e pular no colo dos adultos, arrastar-se pelo chão e, em alguns casos, já consegue engatinhar e até erguer-se pelos móveis, dando os primeiros passos. Além disso, em função das interações que são mediadas por objetos (instrumentos) e palavras (signos), o bebê já começa a compreender um pouco a linguagem dos adultos, ainda que de modo difuso, e tenta imitá-la com formas de linguagem ininteligíveis, mas que imitam o tom de voz dos adultos e, às vezes, os gestos. Por isso **a crise de um ano** acontece, justamente devido a todo esse desenvolvimento alcançado, podemos dizer que a criança está na fase do “quase”: ela quase anda e quase fala. Ela quer se comunicar, mas ainda não consegue se fazer entender para todos, e nem completamente, além disso, ela quer chegar nas coisas que lhe chamam a atenção para explorá-las. Os comportamentos típicos da crise são as birras, que nesse período tem características motoras, pois foram esses os ganhos fundamentais do período estável. Quando não consegue ser entendida pelo adulto ou quando

ele a impede de pegar algo, ela pode atirar-se no chão, contrair o corpo, bater a cabeça, tossir fortemente, jogar coisas e gritar. Como lidar com isso? Vamos pensar que a criança ainda tem como funções diretrizes a sensação e a percepção e sua atividade dominante ainda é a atividade de comunicação emocional direta da qual deverá emergir a nova atividade, que é a objetal manipulatória.

Quem educa a criança deve conhecer sobre isso para conduzir o seu desenvolvimento na direção da superação da crise. Nos momentos de birra, o adulto não deve ficar falando ou brigando, pois isso a intensifica, visto que a criança se deixa levar pelo tom de voz do adulto. Como a sensação e percepção são as funções guias (e não a memória e atenção), basta o adulto aproximar-se em um tom de voz carinhoso ou surpreendente e instigante, mostrando outro objeto colorido e atrativo, a criança esquecerá o acontecido e se dirigirá ao novo estímulo. A criança ainda se distrai facilmente, pois é guiada pelas percepções imediatas e, sabendo manejar, o adulto não só permitirá a superação da crise, como ajudará a constituir a nova **atividade dominante, que é a objetal manipulatória**. Com isso, a criança diminui as birras iniciando uma nova fase estável que perdura por volta de três anos, quando culmina em uma nova crise.

Vamos entender o que acontece com a criança até os três anos. Nesse período a criança terá muitas conquistas, tanto motoras como na fala. Se antes ela quase andava, agora ela já consegue correr, pular, passar por debaixo de coisas, escalar, etc. Se antes ela quase falava, agora ela não só consegue falar palavras, mas muitas crianças já falam frases inteiras, contam histórias. Todos esses ganhos são resultado da atividade dominante objetal manipulatória, na qual a criança se interessa pelos objetos, descobre que eles possuem nomes e solicita aos adultos que os nomeiem. Com isso, ela desenvolve a memória e a atenção compartilhada, pois os adultos chamam a atenção da criança para as características e funções dos objetos. A criança que chega aos três anos não é mais a mesma criança de antes e tudo o que ensinamos ela usará para entrar em embate conosco nas relações, ou seja, ela forçará que os adultos que a educam lidem com ela de forma diferente. Agora ela aprendeu muita coisa sobre os objetos (seus nomes e seus usos sociais) e presta atenção em como os adultos os manejam, o que a faz querer participar das atividades dos adultos. A criança nesta idade quer “ajudar” os adultos nos seus afazeres e caberá a eles inseri-la naquelas atividades em que é possível colaborar, considerando o que já consegue fazer com supervisão. A **crise dos três anos** se instaura porque a criança quer participar de tudo, mas ela não poderá participar de tudo que os adultos fazem, efetivamente. A crise pode se prolongar se os adultos não permitirem nenhum tipo de participação em nenhuma atividade, tratando-a como bebê. Todo momento de impedimento gerará o sintoma de enfrentamento, que podemos denominar birra, mas esta é uma birra diferente daquela da crise anterior. Agora a birra é mais ela-

borada, a criança possui linguagem desenvolvida além dos novos ganhos motores. Ela poderá ficar teimando, ficar “empacada” ou “emburrada” transmitindo a mensagem: “se você não me deixa fazer o que eu quero, eu também não faço o que você quer”. Agora ela também pode correr e fugir do adulto, se esconder. Como lidar com isso? Com certeza o adulto voltar a ter três anos e ficar discutindo com a criança em pé de igualdade não colaborará em nada e somente acirrará o processo de crise. Esse momento é difícil, pois cabe ao adulto ter clareza de quais atividades e de que modo a criança poderá participar efetivamente, e quais não. O adulto também precisa ter coerência e não agir de modo confuso, demonstrando que “hoje pode e amanhã não” em conformidade com o seu estado emocional, ou seja, sem nenhuma explicação plausível. Vamos lembrar que, com a apropriação da linguagem, a criança desenvolveu memória e atenção compartilhada, funções agora diretrizes das demais, portanto, ela não esquecerá facilmente o que você deixou e o que você não deixou em outro momento, ou seja, ela está atenta às ações dos adultos. Será a coerência e constância dos adultos, tanto nas interdições quanto nas permissões, que possibilitarão a superação da crise e a passagem a outro estágio estável do desenvolvimento. Além disso, é a firmeza argumentativa do adulto sobre quais tarefas a criança não poderá fazer até que cresça mais, que produzirá a solução da crise e a gestação da nova atividade dominante da idade seguinte, que é a **brincadeira de faz-de-conta ou jogo simbólico da idade pré-escolar**.

A interdição firme do adulto somada às possibilidades dadas de participação da criança em outras atividades compartilhadas (ser ajudante em algumas tarefas de casa ou na escola, por exemplo), permitirá à criança, juntamente com o desenvolvimento ainda maior da linguagem simbólica, realizar as atividades por meio da brincadeira. Na brincadeira de faz-de-conta, tudo é permitido, pois na imaginação, a criança torna-se mãe da boneca, a professora dos ursinhos, motorista de ônibus, piloto de avião, médica de borrachas, cozinheira, em outras palavras, é possível fazer o que o adulto faz. Inicia-se então uma nova fase de estabilidade na qual a criança explorará todas as possibilidades de exercer papéis do mundo adulto, por meio da imaginação. Vamos lembrar que nesse momento, se os adultos lerem e contarem histórias para a criança, esta ampliará ainda mais as condições da sua imaginação e se colocará em contato com sentimentos e dramas vividos pelos personagens das histórias, o que possibilitará a ela analisar os comportamentos dos personagens. Todas essas vivências se expressarão de modo mais rico nas suas brincadeiras, em que poderá ser a mãe brava ou boazinha, a professora legal, que explica bem ou aquela que só grita e põe de castigo, o médico simpático, que gosta de crianças ou maldoso que só aplica injeção. Toda essa experiência de vivenciar papéis, entrar em contato com as possibilidades e dificuldades humanas, produz novo salto qualitativo, que por sua vez, produzirá uma nova crise aos sete anos.

A **crise dos sete anos** põe em cheque, novamente, as relações sociais nas quais a criança está inserida, agora de um modo ainda mais complexo e muitas vezes difícil de lidar do ponto de vista do adulto. Isto porque esta criança é outra, mais desenvolvida por meio do exercício dos papéis de adulto que “brincou”, pois, ao imitar os adultos nas brincadeiras, tomou consciência de sentimentos e comportamentos, que antes não eram objeto de sua atenção. O desenvolvimento maior da linguagem lhe permite nomear os sentimentos e comportamentos, tomando maior consciência deles. Esse é um dos aspectos da crise e o outro se refere às novas exigências que a criança terá que enfrentar nessa idade com o ingresso ao ensino formal (Ensino Fundamental⁴), que lhe colocará o desafio de aprender a ler, escrever e calcular, atividades menos espontâneas do que a brincadeira, a modelagem, o desenho livre e as atividades construtivas (brinquedos de encaixe e quebra-cabeças) da etapa anterior. Temos então a conjugação de uma criança mais sensível no que se refere à consciência dos sentimentos e comportamentos seus e dos outros, com um aumento da exigência externa, pois para ler, escrever e calcular a atenção é requerida por mais tempo do que em outras atividades, tal como o controle do comportamento e da impulsividade. Em resumo, a criança nesta idade tem que ficar mais tempo sentada para conseguir dar conta das tarefas, mas ela ainda não tem tais habilidades desenvolvidas, pois atenção voluntária e autocontrole são funções que se desenvolvem gradativamente e aos poucos, com o auxílio constante dos adultos à sua volta.

Nem é preciso dizer o quanto a crise desta idade mobiliza os adultos, principalmente porque as habilidades linguísticas mais complexas alcançadas pela criança a partir da brincadeira de faz-de-conta serão usadas para com os adultos. Nos jogos, ela imitou o adulto tanto no fazer como no falar, imitou como o adulto expressa alegria e raiva, entre outros sentimentos e comportamentos. Agora, as palavras e atitudes dos adultos e dos seus pares machucam, ferem, magoam, deixam com raiva, com amor ou com alegria e ela não somente sente, como sabe distinguir alguns desses sentimentos, nomeando-os. As palavras usadas contra ela e que a ferem ou magoam serão usadas, intencionalmente, com a mesma finalidade para com adultos e colegas. Esse período de crise é de grande sofrimento para a criança devido a esse primeiro contato consciente com os sentimentos e comportamentos, realizando uma avaliação dos outros e de si mesma. Agora a criança fica chateada (e tem mais consciência disso) se seu melhor amigo não a convidou para jogar bola, se o colega pegou seu brinquedo sem pedir permissão e não devolveu, se foi chamada de burra, de incompetente ou de inútil. Agora, as palavras, tanto quanto as atitudes das pessoas, marcarão e demarcarão de forma mais precisa a ideia que terá sobre si mesma e também a imagem que constituirá dos

4 Neste período as exigências se ampliam, pois, se intensificam os procedimentos de alfabetização e de aquisição do cálculo, a realização de tarefas e avaliações mais formalizadas.

outros. Como essa crise se expressa? Isso depende da criança e de como os adultos ao seu redor se comportam, uma vez que são esses os modelos para ela de como se portar no mundo, nas relações sociais. Ela poderá expressar-se de modo choroso em cada situação em que se sentir ferida, magoada, injustamente tratada, ou, ao contrário, poderá expressar-se de modo agressivo pelos mesmos motivos. Usará palavras e frases para atingir as pessoas que ela julga que a magoaram ou foram injustas, podendo dizer que “odeia”, que quer que “morra”, que fique “doente”, chamar de “idiota”, de “burro” ou usar palavrões que ouviu adultos utilizarem em momentos de raiva para magoar e irritar os outros.

Um ponto importante aqui, é que as crianças menores às vezes podem reproduzir xingamentos, mas não o fazem tendo consciência do que dizem, enquanto que a partir desta idade (7 anos) a criança já faz uso voluntário e consciente, escolhe as frases e palavras a serem ditas. Isso ocorre tanto para expressar sentimentos amorosos e positivos, quanto negativos. A pergunta é: como sair desse impasse e ajudá-la a superar a crise? Primeiro, o adulto deve saber escolher as palavras ao dirigir-se a criança, inclusive quando vai corrigi-la. Nos momentos de frustração para consigo mesma, a criança pode reagir de modo rebelde, por exemplo, quando não consegue escrever ou ler, ou calcular. Esse sentimento de não conseguir fazer algo e a possibilidade que agora já possui de comparar-se com outros já é doloroso e não precisa ser intensificado pelo adulto por meio de palavras e atitudes. Ao adulto, cabe demonstrar que, no processo de aprender coisas novas e difíceis, todos passam por dificuldades as quais precisam ser superadas com persistência. Quando o adulto compartilha com a criança situações semelhantes por ele já vividas e como ele agiu para solucionar ou resolver, a ajuda a pensar que ninguém consegue fazer tudo certo desde a primeira vez e que muitas vezes temos que repetir, corrigindo até acertar. Quando o adulto não tenta negar ou diminuir o sentimento da criança dizendo que não é necessário se irritar ou ficar triste, ele demonstra compreendê-la, tendo como referencial a idade que ela tem. Ou seja, o que pode parecer uma bobagem para um adulto que já passou pelo processo de alfabetização e domínio da matemática, por exemplo, não o é, naquele momento, para a criança.

Em resumo, por ser um momento sensível, a crise dos sete anos requisita do adulto toda a sua sensibilidade e paciência para manejá-la de modo a auxiliar a criança a superar a crise e inaugurar uma nova fase estável, com a constituição de uma nova atividade dominante a **atividade de estudo**. Quando a criança passar esse primeiro momento tumultuado e avança nas novas aquisições, passará a ter interesse em saber o que os adultos sabem (PASQUALINI, 2013), cujos instrumentos para isto são as novas habilidades de leitura, escrita e cálculo. Desperta a curiosidade da criança para assuntos mais complexos antes irrelevantes para ela e passa a fazer perguntas que, muitas vezes,

os adultos não sabem responder, porque ela leu em um livro, ou porque ouviu algum professor comentar sobre o assunto.

Até por volta dos treze anos, a criança segue numa trajetória de enriquecimento de conhecimentos que nem sempre se traduz em notas altas na escola. A curiosidade pelo funcionamento das coisas, para além das questões meramente práticas, mas agora atenta ao seu funcionamento interno, por exemplo, curiosidade sobre máquinas, sobre a natureza, sobre o corpo humano, etc., é despertada pelos conteúdos escolares quando os professores fazem desses um desafio à criança. Para isso, os conteúdos devem ser tratados como descobertas humanas, contando por meio deles a história do nosso desenvolvimento como espécie humana. Quando isso é feito, a criança mostra-se maravilhada e curiosa para saber mais, bombardeando os adultos de perguntas, as quais merecem atenção. Toda essa ampliação de conhecimentos sobre o mundo, além da maior articulação da linguagem (oral e escrita), produzirá uma nova **crise dos treze anos**, uma crise que combina a transição para o pensamento mais abstrato com o desenvolvimento sexual. Essa crise trará maiores desafios aos adultos, pois o enfrentamento será ainda mais complexo. Agora essa criança que inicia a puberdade não terá que lidar apenas com as mudanças hormonais, com o desejo sexual que desperta, mas também possuirá recursos mais sofisticados, decorrentes do seu acúmulo de conhecimentos, para colocar os adultos em cheque (VIGOTSKI, 1996). O desenvolvimento, ainda que inicial, do pensamento abstrato lhe permitirá usar de ironia, criar dialetos para excluir grupos da mesma idade e adultos da sua comunicação, por exemplo. Além disso, é capaz de perceber as sutilezas comportamentais dos adultos, ler com mais clareza suas emoções para enfrentá-los e desafiá-los. Agora aponta os erros e contradições dos adultos, compara-os uns com os outros nas discussões e, do mesmo modo, percebe os erros que comete e suas contradições.

Como lidar com essa crise? É muito comum pais e educadores relatarem que essa é a pior delas, em que a criança se torna mesmo insuportável, sendo opositora, teimosa, rebelde, não admitindo seus erros, escondendo-os, muitas vezes mentindo voluntariamente. A crise desse período se tornará mais difícil se os adultos não souberem manejá-la e nunca admitirem um erro, não conversarem com a criança sobre erros e acertos, sobre contradições e sobre o quanto, muitas vezes, não teremos certeza do que fazer e precisaremos de ajuda e compartilhar nossas angústias e incertezas. Se o adulto se colocar como “supra-humano”, como se jamais tivesse passado por aquelas situações ou tivesse tido as mesmas dúvidas e inquietações, não conseguirá ajudar na superação dessa crise, podendo prolongá-la ou torná-la aguda. Porém, quando o adulto se coloca como parceiro mais vivido, mais experiente, que nem por isso deixa de compreender o que a criança vive, mas dialoga com ela pensando soluções para os dilemas amorosos,

sexuais, de amizade, com as autoridades, etc., auxiliando-a na constituição da nova atividade guia que é a **comunicação íntima e pessoal**, a criança lida de maneira diferente com a crise. Essa nova atividade guia instaura uma nova fase, mais estável, em que o, agora, adolescente vai se interessar por matérias mais abstratas, assuntos sobre a sociedade e o mundo das relações sociais, sobre a ética e a política, que o levará, gradativamente, à constituição de uma visão de mundo, de si mesmo e de sociedade (VIGOTSKI, 1996). Esse período pode ser marcado por novos interesses, para além das matérias escolares como literatura, poesia, música, astronomia, robótica, esportes radicais, entre outros, nos quais o adolescente pode ficar horas lendo ou assistindo programas sobre o assunto. Os grupos de amigos acabam girando em torno dos mesmos interesses que os agregam. Todas essas vivências mais elaboradas, que produzirão ganhos no desenvolvimento, gerarão a nova **crise por volta dos dezessete anos**.

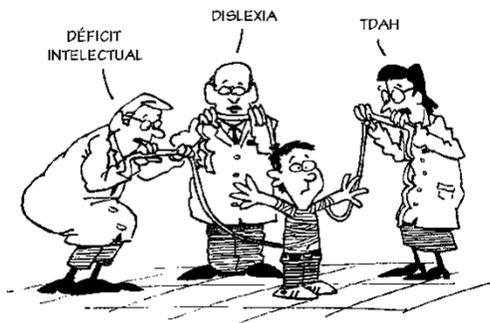
Como as demais, essa nova crise também terá características mais complexas em relação às anteriores. Agora o adolescente, com o desenvolvimento do pensamento conceitual mais abstrato e com a transição para a idade adulta, requer maior independência com relação à família. Em nossa sociedade, esse período é marcado pela possibilidade de ter maioria jurídica e poder dirigir. Mais uma vez os adultos são desafiados, agora a lidarem com o jovem, como de fato um adulto, com direitos e deveres, não mais uma criança ou púbere. Os dilemas dessa crise estão diretamente vinculados às contradições na forma como os adultos tratam o jovem, ou seja, agindo com ele como se fosse criança (LEAL, 2016). A dificuldade do adulto em estabelecer o diálogo de igual para igual é um dos maiores problemas desse período e é o intensificador da crise. Nesse momento, o jovem estabelece juízos sobre grupos e pessoas, procura selecionar aquelas as quais ele quer tomar como parâmetro ou não, a partir dos seus julgamentos. Ao mesmo tempo, não tendo figuras de referência para pautar-se, pode ficar vulnerável a influências negativas. Se antes se iniciava o desenvolvimento de uma visão de mundo, de si e dos outros, nesse momento essas condições estão mais consolidadas e é delas que ele deverá constituir o seu plano de vida, suas metas de inserção e contribuição para o meio social, pensando o seu papel social e profissional, ou seja, o nascimento da **atividade de estudo voltada ao trabalho**. A crise se intensifica quando os adultos querem dirigir, de modo autoritário, as escolhas do adolescente, definindo por ele o trabalho ou profissão, avaliando profissões e trabalhos, de modo preconceituoso, para desestimulá-lo.

Como ajudar a superar essa crise? Estimulando o conhecimento máximo das possibilidades de inserção social, de trabalhos existentes e de formação nos vários níveis de ensino. Dialogando sobre a importância social dos diversos tipos de trabalho, para além do aspecto financeiro, mas referente a como é possível realizar-se como ser humano por meio do trabalho. O adolescente necessita de um modelo de adulto. É

fundamental considerar que não devemos transferir nossas frustrações pessoais para o jovem. É importante compartilhar nossas dificuldades, boas e más escolhas, considerando os gostos e preferências quando éramos jovens, bem como as condições existentes naquele momento da vida, tendo clareza que esses aspectos podem não ser os mesmos para o adolescente que está em nossa frente. No entanto, há uma diferença entre dialogar e monologar, do mesmo modo que há uma diferença entre discutir/compartilhar e impor/dirigir, e o adolescente nessa idade está mais aberto às primeiras opções do que às segundas. Nesse sentido, quando o adulto apresenta para ao adolescente possibilidades de pertencimento a projetos coletivos, pode contribuir para a ampliação de sua consciência.

O manejo adequado por parte dos adultos (pais e professores), portanto, ajudará o adolescente a superar mais essa crise e inaugurar uma nova fase, mais estável no desenvolvimento, até emergir uma nova crise. É certo que passamos por diversas outras crises até o momento final de nossas vidas e, na visão de Vigotski (1996), todas elas fazem nascer algo novo em nós, novas habilidades e maneiras de nos portarmos no mundo e nas relações com os outros. Utilizamos uma demarcação cronológica apenas como referência, mas as idades podem variar, ou seja, algumas crianças podem expressar a crise um pouco antes ou um pouco depois, o que não implica em nada patológico. Devemos observar as características e, principalmente, ter clareza que a superação das crises está na dependência dos processos educativos. Assim, a criança difícil de educar em período de crise, se for ajudada a superá-la, se tornará uma criança que avançará para um período estável e mais tranquilo do desenvolvimento até uma nova crise se apresentar. Os períodos de crise, por si, não necessitam de encaminhamentos médicos ou especialistas, apenas a permanência na crise por falta de manejo adequado no interior das relações sociais pode inspirar estratégias educativas ou psicoeducativas diferenciadas, em alguns casos.

Figura 5. Diagnósticos



Fonte: <https://bravenewworldunb.wordpress.com/2013/09/20/geracao-ritalina/> (online).

Em suma, ao invés de buscarmos etiquetas para as imperfeições das nossas crianças, precisamos desenvolver a pedagogia das idades da crise, conforme apontou Vigotski (1996), pois a única que não passa por crises, é a bailarina da caixinha de música citada por Edu Lobo e Chico Buarque:

CIRANDA DA BAILARINA (Edu Lobo e Chico Buarque)

Procurando bem
 Todo mundo tem pereba
 Marca de bexiga ou vacina
 E tem piriri, tem lombriga, tem ameba
 Só a bailarina que não tem
 E não tem coceira
 Verruga nem frieira
 Nem falta de maneira
 Ela não tem

Futucando bem
 Todo mundo tem piolho
 Ou tem cheiro de creolina
 Todo mundo tem um irmão meio zarolho
 Só a bailarina que não tem
 Nem unha encardida
 Nem dente com comida
 Nem casca de ferida
 Ela não tem

Não livra ninguém
 Todo mundo tem remela
 Quando acorda às seis da matina
 Teve escarlatina
 Ou tem febre amarela
 Só a bailarina que não tem
 Medo de subir, gente
 Medo de cair, gente
 Medo de vertigem
 Quem não tem

Confessando bem
 Todo mundo faz pecado
 Logo assim que a missa termina
 Todo mundo tem um primeiro namorado
 Só a bailarina que não tem
 Sujo atrás da orelha
 Bigode de groselha
 Calcinha um pouco velha

Ela não tem

O padre também

Pode até ficar vermelho

Se o vento levanta a batina

Reparando bem, todo mundo tem pentelho

Só a bailarina que não tem

Sala sem mobília

Goteira na vasilha

Problema na família

Quem não tem

Procurando bem

Todo mundo tem

Todo mundo tem

Para ouvir: https://www.youtube.com/watch?v=W1Oy9wF_BLQ (online).

CAPÍTULO 3

PREVENIR É REMEDIAR? OS PROBLEMAS DA MEDICALIZAÇÃO DA INFÂNCIA

Andreia Cristina Conegero Sanches

Carla Betania Huf Ferraz Campos

Elvenice Tatiana Zoia

Fabiola Batista Gomes Firbida

Neide Silveira Duarte de Matos

Rejane Teixeira Coelho

Rosana Aparecida Albuquerque Bonadio

No tópico anterior, vimos como se dá o desenvolvimento humano no interior das relações sociais e, agora, abordaremos o problema do fracasso escolar, algo que não é recente na realidade brasileira. Desde o período da Primeira República (1889-1920), de acordo com Patto (1996) cerca de 75% da população era analfabeta, decorrente de uma educação elitizada. Dados do IBGE (2000) demonstram que o Brasil diminuiu o número de analfabetos com relação a 1960, isto é, de 65% para 13,6%, no entanto, ainda contava com 16 milhões de analfabetos no país.

Os dados do IBGE (2008) apresentados por Meira (2011) quanto à educação das crianças brasileiras, evidenciam que 27,5% das crianças entre 07 e 14 anos estavam atrasadas em relação à sua série e 7,4% eram consideradas “iletradas escolarizadas”, dessa forma, frequentar a escola não é sinônimo de aprendizagem.

Uma pesquisa realizada em 2008 pela Associação Brasileira de Psiquiatria junto com o Instituto Brasileiro de Opinião Pública e Estatísticas (IBOPE) demonstrou que os transtornos mentais que mais se destacavam entre as crianças de 6 a 17 anos eram aqueles que interferiam no aprendizado, tais como: hiperatividade ou desatenção, com 8,7%; dificuldades de leitura, escrita e matemática, com 7,8%; sintomas de irritabilidade e comportamento opositor, com 6,7%, e crianças com atraso ou problemas de compreensão, em relação às crianças da mesma idade, têm-se uma estimativa de 6,4%.

A atribuição de explicações biológicas como argumentos para justificar problemas de natureza social tratando-os como doença, é a base explicativa do termo medicalização, que não pode ser identificada como um fenômeno contemporâneo, nem tão

pouco, algo exclusivo da área da educação.

De acordo com Moysés (2013), a sociedade, ao longo da história, sempre utilizou mecanismos para dominar e controlar o comportamento daqueles que se apresentaram diferentes, insubordinados e subversivos, com o intuito de torná-los dóceis e submissos. Durante muito tempo essa função esteve sob o poder da religião, mas foi na modernidade, com o desenvolvimento da medicina, que a ciência, ao mesmo tempo que trouxe enormes avanços sobre a possibilidade de curar doenças, extirpar a dor e prolongar a existência humana, despontou também como uma área do saber para exercer a função de controle e classificação sobre os comportamentos humanos, por meio de definições como saúde/doença ou de padrões de normal e de patológico.

Os problemas típicos da vida ou fenômenos da existência humana, dentre os quais destacamos os comportamentos de violência, de indisciplina, de não aprendizagem, de orientação sexual diversa, de solidão, entre outros, que eram vistos como oriundos do campo social, passaram a ser objeto de intervenção médica. Com o tempo, esse conhecimento se especializou e passou a explicar o comportamento humano por meio de áreas como a neurologia e a psiquiatria. Assim, as explicações biológicas passaram a justificar problemas de natureza social “Cérebros disfuncionais são a causa da violência. Cérebros disléxicos e baixo QI justificam fracasso na escola. Alterações genéticas explicam os medos de viver em meio à violência” (MOYSÉS, 2013, p.12).

Os conhecimentos nos quais a medicina ocidental construiu seu saber têm raízes na concepção que explica o ser humano a partir de seu organismo, tratando-se de um modelo que se estrutura na explicação de leis biológicas, como já exposto no primeiro tópico. A vida humana, sua complexidade e o próprio fenômeno da doença deixam de ser pensados em uma perspectiva histórico-social. A consequência desse processo é a naturalização das diferenças culturais e históricas, das condições materiais de existência, sendo essas, ao contrário, explicadas como consequência de incapacidades individuais e orgânicas. Conforme a sociedade foi se tornando mais complexa em termos de estrutura social com o avanço do capitalismo e com o aprimoramento tecnológico, o processo de medicalização da vida descrito anteriormente ganhou contornos próprios, incorporando técnicas e dispositivos mais sofisticados, com o objetivo de controlar de forma mais eficaz os comportamentos.

Um desses dispositivos, utilizado a partir da segunda metade do Século XX, foi a elaboração de um manual diagnóstico e estatístico de doenças mentais, organizado pela Associação Americana de Psiquiatria, APA, denominado de DSM, conhecido como a “bíblia da psiquiatria”. A partir da elaboração desse manual, que atualmente encontra-se na sua quinta edição, verificamos uma expansão vertiginosa de categorias diagnósticas. Hoje, mais de 300 tipos diferentes de transtornos passam a ser objeto de

classificação no manual. Conforme a matéria de Brum (2013) intitulada *Acordei doente mental*, está cada vez mais difícil não se encaixar em uma ou várias doenças descritas pelo manual: se a pessoa come de forma exagerada, se tem dificuldade de se separar de objetos estimados, se sente ciúmes, entre outros comportamentos cotidianos, ao consultar o Manual, poderá estar classificada em uma ou mais categorias diagnósticas.

O segundo dispositivo foi a expansão da indústria farmacêutica. De acordo com Rilke Novato Públio, vice-presidente da Federação Nacional dos Farmacêuticos (FENAFAR), em artigo para o site da Federação, aponta que o Brasil, nos anos de 2007 a 2013, ficou em sexto lugar entre os países que mais cresceram no mercado farmacêutico mundial, e em 2017 pode ficar na quarta posição. Segundo o vice-presidente, o Brasil investiu 11,88 bilhões em 2013 na evolução medicamentosa e a automedicação tem sido um fator que culminou nesse elevado índice de consumo (FENAFAR, 2015). Com esses dados que justificam o crescimento do mercado farmacêutico brasileiro, relacionando-o com o comportamento de automedicação, constata-se que a relação do consumidor com a indústria farmacêutica transcende a relação de utilização de medicamentos sob a prescrição e responsabilidade do médico. Isso nos faz refletir que vivemos um tempo em que o medicamento substitui passeios, relações humanas e experiências ricas em conteúdo. Passamos a acreditar que precisamos consumir remédios para sermos felizes, seguros e não nos abatermos diante dos obstáculos. Um processo ao qual estamos submetidos, que subverte o que é essencial na e para a vida humana, conforme nos faz refletir poeticamente Drummond (Andrade, 1980, s/p):

[...] De modo geral, quer me parecer que o homem contemporâneo está mais escravizado aos remédios do que às enfermidades. Ninguém sai de uma farmácia sem ter comprado, no mínimo, cinco medicamentos prescritos pelo médico ou pelo vizinho ou por ele mesmo, cliente. Ir à farmácia substitui hoje o saudoso hábito de ir ao cinema ou ao Jardim Botânico. Antes do trabalho, você tem de passar obrigatoriamente numa farmácia, e depois do trabalho não se esqueça de voltar lá. Pode faltar-lhe justamente a droga para fazê-lo dormir, que é a mais preciosa de todas. A conseqüente noite de insônia será consumida no pensamento de que o uso incessante de remédios vai produzindo o esquecimento de comprá-los, de modo que a solução seria talvez montar o nosso próprio laboratório doméstico, para ter à mão, a tempo e hora, todos os recursos farmacêuticos de que pode necessitar um homem, doente ou sadio, pouco importa, pois todo sadio é um doente em potencial, ou melhor, todo ser humano é carente de remédio. Principalmente, de remédio novo, com embalagem nova, propriedades novas e novíssima eficácia, ou seja, que se não curar este mal, conhecido, irá curar outro, de que somos portadores sem sabê-lo[...]

Mas, por que os remédios assumiram um destaque tão significativo nessa sociedade? Um dos fatores é que o uso do remédio “promete” evitar o sofrimento, isso porque vivemos um momento histórico em que o “espírito da época é a busca pelo prazer” e, conseqüentemente, evitar a dor e o sofrimento.

Hoje há uma busca incessante por aliviar de forma química tais sofrimentos, talvez por pensar ser “perda de tempo” analisar seus determinantes. Não por acaso, os re-

médios mais procurados são aqueles que atuam diretamente sobre os estados afetivos ou de ânimo, denominados de tarja preta ou também conhecidos como psicotrópicos. Tratam-se de medicamentos que, para serem comercializados, necessitam de receita médica e são desenvolvidos para atuarem no trato de questões como desânimo, tristeza, ansiedade, medo, sentimentos, desatenção, impulsividade.

Há diferentes classificações de medicamentos psicotrópicos, dentre os quais destacam-se: os antidepressivos, os ansiolíticos, os antipsicóticos, os estimulantes psicomotores e os potencializadores da cognição (GRASSI & CASTRO, 2015). A atuação que esses medicamentos exercem sobre o Sistema Nervoso Central pode causar dependência química, assim como um conjunto de efeitos colaterais no organismo.

Outro aspecto que merece destaque é que o uso de medicamentos controlados passou a atingir o público infanto-juvenil e vem assumindo proporções crescentes, como divulgado no estudo utilizado pela OMS em 2016 para alertar a população sobre a tendência crescente mundial de utilização de psicofármacos em crianças e adolescentes.

O tratamento mais indicado para esses transtornos é o remédio. Mas, o que é um remédio?

Figura 6. O uso da Ritalina



Fonte: Benett Alberto de Macedo - <https://outraspalavras.net/outrasmidias/destaque-outras-midias/deficit-de-atencao-por-que-deixei-a-ritalina/> (online).

É uma substância ou recurso utilizado para combater uma dor, uma doença, e que serve para aplacar sofrimentos, para atenuar os males da vida (BRUNTON, 2012). De acordo com o Boletim Informativo da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – (BRASIL, 2012, p.13), a função do medicamento é “[...] funcionar como um adjuvante no estabelecimento do equilíbrio comportamental do indivíduo, aliado a outras medidas, como educacionais, sociais e psicológicas”. Diante dessas conceituações sobre o medicamento, entendemos que sua aplicação abrange quaisquer tipos de doenças, sejam elas orgânicas ou não, visíveis ou não, já que tem a função de diminuir o sofrimento. Na verdade, o elevado consumo de medicamentos demonstra que eles estão sendo utilizados maciçamente para amenizar ou curar qualquer tipo de sofrimento, como se sofrer não fosse algo humano. Podemos perguntar também se ao invés de se empregar

recursos educativos, o remédio estaria substituindo-os, sendo um recurso mais barato e imediato de contenção de comportamentos indesejáveis em nossas crianças? Por que mais barato? Porque educar com qualidade significaria viabilizar melhores condições físicas nas escolas, adquirir materiais pedagógicos melhores, investir na formação e contratação de professores, na diminuição de número de alunos em sala de aula, propiciar trabalhos especializados com as crianças que necessitariam deles para desenvolver-se e aprender. Sem dúvidas, criar todas essas condições requer mais investimentos por parte do Estado do que ofertar medicamentos “apaziguadores de ânimos” nas redes públicas.

No caso de crianças que apresentam dificuldades de aprendizagem ou de comportamento, os medicamentos mais usados atualmente são a *Ritalina* ou o *Concerta*⁵, estimulantes do sistema nervoso central. A bula desses medicamentos alerta que no ser humano o mecanismo de ação do *Metilfenidato* ainda não foi completamente esclarecido, mas há hipóteses que indicam a ativação do sistema de excitação do córtex e do tronco cerebral. Os efeitos no Sistema Nervoso Central, assim como os efeitos psíquicos e comportamentais produzidos nas crianças também não foram concluídos. Percebe-se, entretanto, que o uso indiscriminado de medicamentos estimulantes se faz cada vez mais frequente e, mesmo sem comprovação científica, crianças e adolescentes são medicados de forma desordenada, patologizando problemas de ordem social.

O boletim de farmacoepidemiologia do Sistema Nacional de Gerenciamentos de Produtos Controlados (SNGPC) publicado no ano de 2012 tratou da prescrição e consumo de *Metilfenidato* no Brasil e demonstrou aumento significativo no consumo desse fármaco entre os anos de 2009 a 2011, destacando que no segundo semestre houve redução do consumo no período de férias escolares (ANVISA, 2012).

Em relação ao aumento do consumo, em especial no segundo semestre, Bonadio (2013) indica que pode estar associado às exigências do fim do ano letivo, período em que a escola define se a criança será aprovada ou ficará retida em sua série. O consumo do *Metilfenidato* parece aumentar quando há exigências para obtenção de melhores notas nos exames finais.

Segundo o Ministério da Saúde (2015) o Brasil se tornou o segundo mercado mundial no consumo do *Metilfenidato*. São cerca de 2.000.000 de caixas vendidas no ano de 2010, e estudos apontam para um aumento de consumo de 775% nos últimos 10 anos.

Ortega et al (2010), alertam para o uso indiscriminado do medicamento e a sua contribuição para a produção de indivíduos desatentos e hiperativos, além da tênue relação entre a eficácia do tratamento e o diagnóstico, o que contribui para o aumento

5 Nome comercial dos medicamentos que têm como princípio ativo o *Metilfenidato*.

do número de pessoas diagnosticadas. Segundo os autores, quando se ampliam as categorias sintomáticas do TDAH, amplia-se também o número de pessoas que se identificam e se enquadram nas características do transtorno, produzindo a demanda para o tratamento, que em sua maioria será basicamente medicamentosa.

Welch, Schwartz e Woloshin (2008, apud BONADIO, 2013) denunciam que há uma epidemia de diagnósticos, resultado da medicalização da vida e do diagnóstico antecipado, criticando o uso indiscriminado de medicamentos e a falta de critérios e consenso nos diagnósticos, pois há uma definição imprecisa em relação aos mesmos.

Mas então o medicamento não deve ser administrado?

De acordo com Franco et al. (2013) a medicação se faz necessária para tratar doenças orgânicas, pois elas existem e precisam ser medicadas corretamente, mas o que verificamos é o exagero nos diagnósticos, evidenciando o que Moysés e Collares (2014) chamam de “era dos transtornos”, o que tem contribuído para o aumento descontrolado de crianças medicalizadas.

Dessa perspectiva, a medicalização tem o papel de mascarar os fatores sociais e políticos que interferem na produção do fracasso escolar, recorrendo à ciência médica para explicar os problemas de aprendizagem. Sobre a criança é colocada a responsabilidade de sua “inadequação” escolar, justificada por um problema orgânico⁶.

De acordo com Moysés (2001), médica e professora do departamento de pediatria Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, a medicalização desloca problemas do cotidiano (perdas, frustrações, tristezas) para problemas no campo médico, dessa forma, problemas sociais são convertidos em problemas biológicos, presentes no sujeito. No caso da educação, problemas de “ensinagem” viram problemas de aprendizagem e ganha relevância o discurso médico, legitimando que as crianças são portadoras de algum distúrbio que impede seu aprendizado.

Nesse sentido, ao medicar as dificuldades escolares, retira-se as possibilidades de analisar criticamente a qualidade das nossas escolas, a formação dos professores, a precariedade das políticas educacionais e de saúde e justifica-se o mínimo investimento na educação. Questões econômicas e políticas são disfarçadas quando se busca no medicamento as respostas para as dificuldades de aprendizagem e de atenção. Isentam-se os políticos, os pais, os professores e os cientistas, delegando à criança a responsabilidade pelo próprio fracasso, visto que é orgânico ou psicológico.

⁶ Vídeo Medicamentos letais e crime organizado - Dr. Peter C. Gotzsche: <<https://www.youtube.com/watch?v=klcrblBOVAk>>.

CAPÍTULO 4

A ÚLTIMA ALTERNATIVA DEVE SER O MEDICAMENTO: OS REMÉDIOS MAIS PRESCRITOS E SEUS EFEITOS COLATERAIS

*Barbara Cristina Niero
Carla Betania Huf Ferraz Campos
Daniella Fernanda Moreira
Jéssica Elise Echs Lucena Polaquini
Lorena Carrillo Colaço*

Como tratado no tópico anterior, nos dias atuais, o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) tem grande destaque na mídia e na sociedade, em conjunto com diversos outros “transtornos” de aprendizagem. A popularização desse déficit e o crescente número de diagnóstico nos conduz a um debate importante: por que tantas crianças têm recebido tal diagnóstico? Quais são as condições nas quais estão inseridas e quais saídas são apresentadas para contornar essas dificuldades?

A maneira como a escola tem se posicionado diante desse quadro é preocupante. De acordo com Eidt (2004 *apud* EIDT; TULESKI, 2010) o TDAH tornou-se uma justificativa frequente para os altos índices de fracasso escolar, conferindo somente à criança a responsabilidade pela dificuldade de aprendizado e isentando a escola, a sociedade, a família e todas as outras esferas nas quais ela está inserida e influenciam o seu desenvolvimento. É essencial considerar todos os aspectos determinantes no desenvolvimento infantil e, conseqüentemente, na aprendizagem, para planejar intervenções pedagógicas adequadas, que alterem significativamente o percurso escolar do aluno. Como exemplo, deve-se considerar que outras instâncias, além da escola, estão envolvidas no contexto da criança, como o ambiente familiar, que possui influência direta no modo como essa criança estabelece relações com o mundo, como vivencia suas experiências, uma vez que é inicialmente na vida familiar que se desenvolvem as primeiras mediações e relacionamentos. Conforme verificado por Pereira e Silva (2011), a presença de conflitos conjugais, alienação parental, relações agressivas e abusivas, entre outros obstáculos no círculo familiar, afetam diretamente o psiquismo infantil e o desempenho escolar da criança. Contudo, conforme já exposto anteriormente, o trabalho deve ocorrer em conjunto entre essas esferas que influem no desenvolvimento da criança ao invés de

delegar a responsabilidade para apenas uma delas.

Compreendemos que a sociedade e a cultura possuem grande peso na maneira como são vistos os problemas de escolarização e em quais serviços as soluções têm sido buscadas. Uma vez que estamos inseridos em uma sociedade claramente individualista e que procura por saídas imediatas para qualquer problema, é possível entender o motivo pelo qual a medicalização tornou-se tão comum e passou a ser compreendida como praticamente o único meio de superação para o TDAH. Como veremos posteriormente neste texto, o uso de medicamentos pode causar efeitos colaterais relevantes quando não seguem prescrições cautelosas. Em uma cultura que transforma dificuldades cotidianas em doenças para apresentar um remédio ideal para curá-las, acreditamos ser de grande importância pensar além do senso comum e elaborar soluções que beneficiem integralmente as crianças que sofrem no processo de escolarização.

A perspectiva Histórico-Cultural defende que a infância e seu desenvolvimento estão fortemente conectados com a educação e a sociedade na qual a criança está inserida, como vimos anteriormente. Facci, Barroco e Leonardo (2009) explicitam que ao nascer, o indivíduo encontra a sociedade estruturada e organizada e, para humanizar-se, precisa se apropriar dos bens culturais já existentes, se inserir e atuar no contexto histórico para desenvolver novas aptidões. Assim, o desenvolvimento do ser humano se dá, primeiramente, no âmbito intersíquico e, somente mais tarde, com a apropriação das funções e aptidões, passam ao âmbito intrapsíquico, conforme enuncia Vigotski (1995 *apud* PASQUALINI, 2008).

Ao longo da infância a criança irá se deparar com uma vasta gama de atividades, objetos e comportamentos culturais com os quais entrará em contato e deverá apropriar-se de suas funções e significados, é a apropriação desses elementos culturais que permite à criança a superação do estado puramente biológico em direção ao estado de ser humano cultural. Nesse sentido, a mediação se destaca como a principal promotora de desenvolvimento, pois para que a criança seja capaz de desenvolver-se, é fundamental o papel do adulto enquanto mediador entre ela os bens culturais historicamente construídos, apresentando e significando tais bens, a fim de produzir uma relação diferenciada e mais consciente do ser humano com o mundo e consigo mesmo.

Para tanto, a mediação deve ser intencional e dirigida. Conforme expõe Pasqualini (2008), não basta expor a criança a estímulos diversos, é preciso organizar e orientar sua atividade, o que evidencia a relevância da intervenção intencional do adulto. Nessa direção, na educação escolar, o professor é um dos principais responsáveis por promover a mediação entre a criança, o meio social e o conhecimento científico, contribuindo para a formação do sujeito cultural plenamente desenvolvido. Pasqualini (2015) explica o ato de ensinar como “[...] a intervenção consciente e intencional do professor que visa

a garantir a apropriação do patrimônio humano-genérico pela criança, promovendo assim, seu desenvolvimento omnilateral [...]” (PASQUALINI, 2015, p. 134), ou seja, o desenvolvimento nas suas máximas potencialidades.

Entretanto, a função primordial da mediação não está circunscrita ao contexto escolar, visto que ela deve iniciar-se muito antes desse período e qualquer adulto pode desempenhar tal função, provocando, por exemplo, o desenvolvimento das primeiras funções psicológicas superiores, como a percepção e a atenção. Os processos mediados reconstróem o comportamento da criança de acordo com o uso de signos como estímulos, que acabam também por reconstruírem as funções psicológicas básicas da criança, conforme apontam Vygotsky e Luria (1996). O que se evidencia é que a mediação intencional, orientada a um fim, tanto no contexto escolar como na educação extraescolar, promove o desenvolvimento das funções psicológicas superiores com maior qualidade e são os responsáveis por levar a criança a um desenvolvimento adequado.

A fim de investigar a problemática da medicalização, o projeto de pesquisa “O Retrato da Medicalização da Infância no Estado do Paraná” teve como objetivo o levantamento de dados sobre a quantidade de crianças de zero a dez anos matriculadas na rede pública municipal de ensino no Estado do Paraná (Educação Infantil e Primeiro Ciclo do Ensino Fundamental) que tenham algum diagnóstico de transtorno de aprendizagem e que façam uso de medicamentos para tal.

A seguir, é possível observar os diagnósticos e medicamentos atribuídos às crianças que frequentam a Educação Infantil e o Ensino Fundamental dos municípios de Maringá, Paiçandu, Campo Mourão, Mandaguari e Ponta Grossa. Destacamos que nos dois primeiros municípios a coleta ocorreu na matrícula para o ano letivo de 2013, nos municípios seguintes na matrícula para o ano letivo de 2014, exceto em Ponta Grossa, onde a coleta ocorreu entre o final do ano de 2015 e primeiro semestre de 2016.

Tabela 1. Quantidade de crianças que usam medicação controlada na Educação Infantil

Cidade	Fazem uso de medicação controlada	Não fazem uso de medicação controlada	Questionários	% de questionários válidos	% de crianças medicadas
Maringá	86	5.916	6.002	59,67%	1,43%
Paiçandu	07	352	359	45,96%	1,94%
Campo Mourão	27	2.492	2.519	78,08%	1,07%
Mandaguari	10	1.000	1.010	77,04%	0,99%
Ponta Grossa	45	3.729	3.774	36,8%	1,2%

Fonte: dados dos pesquisadores (2013 a 2016).

A Tabela 1 mostra que Paiçandu é a cidade com maior porcentagem de crianças

fazendo uso de medicação controlada na Educação Infantil. Contudo, os índices não diferem muito entre as cidades, variando da menor porcentagem de 0,99% em Mandaguari até 1,94% de Paiçandu. Apesar de serem porcentagens baixas, vale ressaltar que tais dados são referentes à Educação Infantil, portanto, tratam-se de crianças menores de seis anos de idade que estão iniciando o processo de escolarização.

Tabela 2. Quantidade de crianças que usam medicação controlada no Ensino Fundamental

Cidade	Fazem uso de medicação controlada	Não fazem uso de medicação controlada	Questionários	% de questionários válidos	% de crianças medicadas
Maringá	819	10.853	1 1.672	61,31%	7,01%
Paiçandu	48	849	897	28,58%	5,35%
Campo Mourão	251	3.610	3.861	61,28 %	6,5%
Mandaguari	70	1.140	1.210	64,94%	5,78%
Ponta Grossa	389	9.016	9.405	43,9%	4,1%

Fonte: dados dos pesquisadores (2013 a 2016).

A Tabela 2 diz respeito ao uso de medicação controlada no Ensino Fundamental, em que é possível observar que as porcentagens de uso dessas medicações são maiores quando comparadas às porcentagens da Educação Infantil, apresentadas na tabela 1. Nesse aspecto, Maringá é a cidade com maior porcentagem de crianças medicadas e Ponta Grossa é a cidade com o menor índice. De maneira geral, assim como na Educação Infantil, também não há grande variação entre as porcentagens apresentadas nas cinco cidades.

Tabela 3. Diagnósticos mais frequentes e remédios mais prescritos na Educação Infantil

Município	Diagnóstico predominante	Remédio mais prescrito	Total de medicados
Maringá	30,23% TDAH (n.26)	26,74% <i>Risperidona</i> (n. 23)	86
Paiçandu	42,85% TDAH (n.3)	42,85% <i>Risperidona</i> (n.3)	07
Campo Mourão	55,55% TDAH (n.15)	62,96% <i>Risperidona</i> (n.17)	27
Mandaguari	30% TDAH (n.3)	40% <i>Risperidona</i> (n.4)	10
Ponta Grossa	28,9% TDAH (n.13)	40% <i>Risperidona</i> (n.18)	45

Fonte: dados dos pesquisadores (2013 a 2016).

A Tabela 3 indica que o TDAH é o diagnóstico predominante em todas as cida-

des pesquisadas no que se refere à Educação Infantil, sendo a *Risperidona* o medicamento mais prescrito para essa faixa etária nas cinco cidades pesquisadas.

Tabela 4. Diagnósticos mais frequentes e remédios mais prescritos no Ensino Fundamental

Município	Diagnóstico Predominante	Remédio mais prescrito	Total de medicados
Maringá	86.44% TDAH (n.708)	80.09% Ritalina (n. 656)	819
Paiçandu	79,16% TDAH (n.38)	64,58% Ritalina (n.31)	48
Campo Mourão	92.43% TDAH (n.232)	90.83% Ritalina (n.228)	251
Mandaguari	60% TDAH (n.42)	78.57% Ritalina (n.55)	70
Ponta Grossa	71,2% TDAH (n.277)	61,1% Ritalina (n. 389)	389

Fonte: dados dos pesquisadores (2013 a 2016).

A Tabela 4 apresenta dados referentes aos diagnósticos mais frequentes e medicamentos prescritos no Ensino Fundamental. Nesse aspecto há uma hegemonia do TDAH, assim como na Educação Infantil, contudo, ao contrário desta, a medicação mais prescrita é a *Ritalina*, em todas as cidades.

Observamos então que há um padrão: no Ensino Infantil, o medicamento mais utilizado é a *Risperidona*, já no Ensino Fundamental, predomina a *Ritalina*. Ressaltamos que a medicação mais prescrita para crianças do Ensino Infantil é um antipsicótico, no entanto, o que se observa é que a *Risperidona* tem sido amplamente utilizada no tratamento de TDAH, conforme indica a pesquisa realizada por este estudo. Reiteramos que é preciso colocar em debate quais os efeitos e consequências de administrar um antipsicótico para crianças, cujo organismo está em desenvolvimento e que apresentam comportamentos hiperativos e/ou desatentos e, apesar de serem padrões de comportamento indesejados, principalmente no ambiente escolar, não se tratam de comportamentos psicóticos.

A *Ritalina*, uma das formas comerciais do composto Metilfenidato, também é frequentemente prescrita para o tratamento de outros diagnósticos, como, por exemplo: Transtorno Afetivo Bipolar, Depressão, Síndrome do Pânico, Ansiedade, entre outros. O mesmo fenômeno acontece com a *Risperidona*, que também é prescrita para vários diagnósticos, como foi possível observar na Tabela 3, por exemplo, onde a *Risperidona* foi o medicamento mais prescrito para o TDAH em crianças na Educação Infantil. Os profissionais que mais prescreveram os medicamentos controlados encontrados neste levantamento foram os Neuropediatras e Neurologistas.

Os dados apresentados levantam sérias questões em se tratando do uso de medicamentos controlados para o tratamento de problemáticas relativas à infância. Observamos na pesquisa que o uso de estimulantes (principalmente o Metilfenidato) e de antipsicóticos (sobretudo a *Risperidona*) tem se apresentado como via principal de tratamento para crianças que apresentem diagnóstico de TDAH, e que essa prescrição aumenta com a idade. Longe de discutir questões farmacológicas, alertamos para os efeitos colaterais que esses medicamentos podem acarretar ao desenvolvimento das crianças.

De acordo com pesquisas recentes, o uso contínuo da *Risperidona* por jovens pode gerar hiperprolactinemia, isso é, o aumento da produção do hormônio prolactina, que interfere na ação dos hormônios do desenvolvimento, podendo causar atrasos de crescimento e maturação sexual (BISHOP; PAVULURI, 2008). Já o Metilfenidato tem efeitos cardiovasculares e psiquiátricos reconhecidos, que embora apareçam de forma pouco frequentes na população em geral, têm maior importância em grupos de risco para doenças dessa ordem, conforme aponta a agência que regulamenta o uso de medicamentos – EUROPEAN MEDICINES AGENCY (2009) –. Por essa razão, a *European Medicines Agency* traz recomendações explícitas para a investigação de doenças cardiovasculares e psiquiátricas no candidato ao uso desse medicamento.

A pesquisa revelou ainda que a maioria das crianças medicadas não passa por outro tipo de acompanhamento além do médico. Sobre os altos índices de encaminhamentos escolares para profissionais médicos, Bonadio (2013) ressalta que o laudo do médico especialista acaba por “acalmar” a família e a escola, uma vez que fornece uma “resposta”, justifica a dificuldade e termina, ainda, por isentar escola e família do processo de avaliação.

Defendemos, assim como a autora, uma avaliação diagnóstica que envolva todos os atores no processo para evitar a culpabilização da criança, da família ou da escola. É necessário compreender o desenvolvimento da criança em sua complexidade. Há que se desconstruir a autoridade e hegemonia exclusivas do profissional médico e avançar na direção de uma atuação interdisciplinar e multiprofissional, na qual as diversas áreas de conhecimento contribuam para analisar o desenvolvimento alcançado pela criança, as possibilidades de tratamento (educativo, psicológico, médico, etc.) e o prognóstico (as possibilidades de desenvolvimento futuro a partir das ações definidas).

No início da nossa discussão, apresentamos a concepção de desenvolvimento infantil para a Psicologia Histórico-Cultural. Nessa perspectiva, é determinante o papel do meio social para que a criança aprenda e desenvolva habilidades específicas. Assim, a capacidade de dirigir a atenção e de controlar sua conduta seriam habilidades não naturais do sujeito. Portanto, quando nos deparamos com crianças que não desenvolve-

ram essas funções psicológicas, as ações devem ser para além de recorrer à medicação, mas buscar vias alternativas de trabalho com essas crianças que visem a promoção de constituição dessas funções, sem submetê-las à ampla gama de efeitos colaterais que a medicação costuma suscitar. As atividades escolares, familiares e de todas as esferas das quais a criança participa, devem contribuir para a potencialização do desenvolvimento infantil, livre das amarras químicas que o medicamento impõe.

CAPÍTULO 5

FINALIZANDO: EM DEFESA DE UMA INFÂNCIA TARJA BRANCA

Andreia Cristina Conegero Sanches

Beatriz Moreira Bezerra Vieira

Débora Lopes de Castro dos Santos

Elvenice Tatiana Zoia

Neide Silveira Duarte de Matos

Rejane Teixeira Coelho

“Eu venho do sertão da Bahia, uma cidade no sertão da Bahia, e naquele tempo se brincava muito, não havia televisão”
(*Lydia Hortelino*)

“Eu brincava muito de bola de gude, empinava pipa, carro de lata... escondido! Papai não queria”.
(*Dinda Salustiano*)

“Não tive brincadeira nenhuma quando era criança, eu fui um menino sofrido, fui cabra de engenho, fui um cabra que trabalhei muito na cana.”
(*Mestre Aguinaldo*)

Os relatos mencionados remetem à infância e experiências com a brincadeira de artistas, músicos, psicólogos e diferentes profissionais retratados no documentário *Tarja Branca* (2014), dirigido por Cacau Rhoden⁷. E você, professor, se fosse compor esses relatos, como descreveria o papel da brincadeira na sua infância?

Para problematizar o papel do brincar, buscamos, a partir desse documentário, juntamente com todo conteúdo exposto até agora, elementos que podem contribuir com a análise sobre a natureza e a especificidade da brincadeira com o objetivo de defender uma infância para além de rótulos e da medicalização. Ao resgatarmos o que nos faz humanos na perspectiva histórica e cultural, como abordamos anteriormente, entendemos que a brincadeira não é uma atividade inata, tampouco natural e que surge sozinha ao longo do desenvolvimento do homem. Pelo contrário, a origem do ato de brincar da criança é social, ou seja, surge no interior do grupo da criança (cada grupo com suas características específicas) e com as devidas orientações dos adultos, pois

⁷ Documentário produzido pela produtora Maria Farinha Filmes, que concentra suas produções audiovisuais em temas afetos à infância na contemporaneidade como os documentários *Nunca me sonharam* (2017), *Território do brincar* (2016), *Muito além do peso* (2012) e *Criança, a alma do negócio* (2008).

está vinculado ao meio em que está posta e às condições objetivas que lhe permitem expressar-se, bem como às suas necessidades e motivações. Neste ponto retomamos o que já foi abordado em tópicos anteriores, ou seja, o papel do adulto como fundamental na orientação das atividades da criança em cada período do desenvolvimento. Essa relação imprescindível do adulto para com a criança pode ser vista em outro documento, *O começo da vida* (2016), com direção de Estela Renner. Nos primeiros estágios da infância, principalmente, a sociabilidade da criança é totalmente condicionada pela atividade do adulto. Através da ação da criança no mundo, mediada pelos adultos, ela passa a conquistar autonomia para realizar atividades sozinha e, nesse processo, a brincadeira, anteriormente guiada externamente, passa a ter importância fundamental para o desenvolvimento da criança como um todo.

O brincar tem um papel importante no desenvolvimento das funções psicológicas na criança, com destaque para as funções psicológicas superiores como, por exemplo, a imaginação, a atenção, a percepção mediada (não ligada ao objeto ou situação imediatamente dada), bem como da função reguladora do comportamento e controle de seus impulsos. Nos jogos e brincadeiras, a criança precisa agir contra seus impulsos imediatos de modo a cumprir com o objetivo e o significado⁸ daquela atividade para ela (VIGOTSKI, 2007). Através da brincadeira e operando com a imaginação e a criatividade, a criança consegue satisfazer essas “tendências irrealizáveis”, aquilo que ela não pode fazer na realidade. É importante compreender que a imaginação não é uma função descolada da realidade, mas se apoia justamente nos elementos tomados dela e presentes nas experiências anteriores de outras pessoas (VIGOTSKI, 2009). Isso significa que os elementos já existentes na realidade e no processo de criação são modificados e recombinaados na nossa imaginação. A imaginação, ao transformar-se em meio de ampliação da experiência, transforma o comportamento e atua no desenvolvimento humano, pois o homem não se restringe somente às suas experiências, mas também às de outrem, podendo ser expressas e recombinaadas durante a atividade da brincadeira, por exemplo, quando analisamos esse ponto da infância especificamente.

Tendo em vista a natureza social da brincadeira, compreendemos que ela também sofre transformações. Em uma sociedade que produz desigualdades econômicas e sociais pela concentração de renda, existem diferentes formas de interação da criança com o brinquedo. Temos aquelas crianças que podem adquirir determinados brinquedos ou aquelas que aprenderam a construir seus próprios instrumentos para brincar; conhecem determinadas brincadeiras ou se restringem à manipulação de jogos e aparelhos eletrônicos; aquelas que são incentivadas pelo entorno familiar e social a preservar brincadeiras passadas por gerações ou aquelas que não possuem nenhuma

⁸ Segundo Leontiev, os significados da atividade são sociais, isto é, conceitos construídos historicamente e que o sujeito se apropria ao longo de sua história individual (MARTINS, 2007).

condição material e concreta para desenvolverem sua criatividade e imaginação através do brinquedo.

Podemos perceber a importância que a brincadeira tem no desenvolvimento das funções psicológicas superiores, como a imaginação e a percepção mediada (não ligada ao objeto ou situação imediatamente dada), bem como na função reguladora do comportamento e no controle de seus impulsos. Nos jogos e brincadeiras, a criança precisa agir contra seus impulsos imediatos de modo a cumprir com o objetivo e significado daquela atividade para ela (VIGOTSKI, 2007).

Imbricada ao desenvolvimento do controle do comportamento está a importância da brincadeira, isto é, a ação ativa e significativa da criança sobre os objetos que possuem o fim de satisfazer uma necessidade de forma imaginária para o desenvolvimento da atenção voluntária. A criança passa a subordinar sua atenção a determinados aspectos daquela atividade, suas regras e estrutura interna de maneira ativa, muito diferente do que seria se ela passasse o resto da vida apenas ouvindo as instruções dos adultos. Nesse momento, ela passa a incorporar os significados presentes na brincadeira. Uma consequência futura dessa incorporação de significados e desenvolvimento da atenção voluntária é a possibilidade de o homem dedicar-se a uma atividade inicialmente pouco atraente que é o trabalho, o que de fato permitiu que ele se desenvolvesse cultural e mais complexamente (VIGOTSKI, 2000).

Além disso, temos o imperativo da fragmentação da pessoa, da criança, em inúmeras atividades: gradativamente vimos o prazer pelo brincar sendo substituído pelo imperativo do se ocupar, fenômeno que, relacionado com outras circunstâncias históricas e sociais, produzem crianças que não aprendem mais a brincar e adultos que não sabem mais desfrutar das atividades diárias: nem crianças nem adultos são capazes de levar suas atividades até as últimas consequências, isto é, concentrarem-se tanto na atividade quanto no sentido⁹ dela, não são capazes de captar a contribuição daquela atividade para sua formação geral. Trata-se da constante “complexificação” do cotidiano da criança: são inúmeras atividades, cursos, aulas, desde muito cedo, que vão tornando a criança fragmentada, pois essas atividades são fragmentadas.

Simultaneamente, em tempos de crise aguda do capitalismo junto ao abismo cada vez mais acentuado entre classes sociais, vivenciamos o crescimento de uma cultura pautada no consumo, em que as necessidades efêmeras se confundem e se vestem como necessidade de comprar e de vender. A ilusão de que todos os indivíduos são livres e iguais, na realidade, significa que uma classe é livre para vender sua força de trabalho e outra a se apropriar dos produtos materiais e culturais. Nesse contexto, o

⁹ Já o sentido diz respeito à experiência direta do indivíduo com o mundo circundante, como ele se relaciona particularmente com a atividade (Martins, 2007).

consumo também passa a atravessar as relações sociais.

Transposto para a infância, esse fenômeno se materializa na impossibilidade de as crianças conscientizarem uma necessidade, isso é, uma tarefa que o sujeito deve satisfazer a partir de seu contato com os objetos da realidade ou até mesmo de esperar essa necessidade ser atendida, pois o desejo e a criação – já materializados no brinquedo comprado – já estão dados. Nesse contexto, o brincar, tão rico e fundamental para o desenvolvimento da criança, virou também mercadoria a ser consumida imediatamente e logo deixada de lado para dar lugar ao próximo produto visto nos comerciais de televisão. Para os pais, a riqueza de experiência da criança se traduz em riqueza de recursos. Quanto mais brinquedos, melhor. A quantidade substitui a qualidade. *Tarja Branca* permite que analisemos: qual é a importância do brincar para as crianças da atualidade? Que papel possuem as brincadeiras artesanais e cantigas infantis em meio ao grande número de brinquedos imediatamente “consumidos” e os eletrônicos, cada vez mais precocemente presentes nas vidas das crianças?

Como resultado dessas circunstâncias sociais e históricas, presenciamos a expansão da medicalização como promessa de cura para as angústias e os problemas escolares. É a medicalização do cotidiano, o *boom* dos Tarja Preta. A partir do exposto, podemos entender uma outra faceta da medicalização, a que se apresenta como um estabilizador da ordem capitalista, de manutenção de indivíduos produtivos e geradores de consumo. Diante disso, evidentemente, enxergar alguma brecha de autonomia e criatividade é tarefa árdua, pois muitas vezes é difícil até mesmo enxergar-se nesse trabalho como ser humano. O filme propõe o resgate deste contrário, da riqueza expressa na brincadeira da criança como exercício máximo de suas potencialidades em desenvolvimento, da criatividade e da liberdade existente no autodomínio, que seria o remédio Tarja Branca.

Quando observamos um contexto produzido com falsas necessidades, é possível fazer um paralelo com a falsa necessidade de se patologizar e medicar crianças que aparentemente não são capazes de ficarem quietas, se concentrarem ou controlarem suas condutas. A medicalização na infância está cada vez mais precoce e difundida como a fórmula mágica para educar. O consumismo dos *shoppings centers* substituiu a brincadeira da criança, da mesma forma que modos artificiais de controlar o comportamento da criança substituem o desenvolvimento de seu autocontrole por vias de sua própria atividade e interação com o mundo social. Num mundo permeado pela promessa de soluções imediatas, a criança não se põe mais ativamente na brincadeira, mas sim como uma consumista passiva, mais observadora que criadora. Isso quando as condições concretas da realidade da criança lhe permitem estar em contato com diferentes brinquedos, expressando-se de maneiras diferentes conforme a classe social em que

está inserida¹⁰. Essa mesma posição passiva é observada quando se difundem ideias e conceitos de que a criança é incapaz de desenvolver-se ativamente por meio de ações educativas, que sua criatividade e o autodomínio de sua atenção e comportamento estão subordinados ao uso de uma pílula, de um medicamento “tarja preta” milagroso.

[...] embora os estágios do desenvolvimento também se desdobrem ao longo do tempo de uma certa forma, em seus limites de idade, todavia, dependem de seu conteúdo e este, por sua vez, é governado pelas condições históricas concretas nas quais está ocorrendo o desenvolvimento da criança. Assim, não é a idade da criança enquanto tal, que determina o conteúdo de estágio do desenvolvimento; os próprios limites de idade de um estágio, pelo contrário, dependem de seu conteúdo, e se alteram juntamente da mudança das condições histórico-sociais (LEONTIEV, 2001, p.65-66, grifos nossos).

A brincadeira, então, assume outra direção no processo formativo e deixa de expressar a liberdade e criatividade da criança, e assim são difundidas ideias de que seu comportamento precisa ser realmente dominado. Nesse sentido, quais conhecimentos, quais ideologias têm permeado as práticas educacionais de modo a “aprisionar” crianças para longe de seu desenvolvimento a partir das brincadeiras? Quais informações que chegam até nós, ou que buscamos, estão colocando o desenvolvimento da criança longe de sua origem social e cultural e mais próxima de inibidores medicamentosos?

Em entrevista¹¹, Ganghy Piorski, estudioso do papel do brincar e do brincar livre, afirma que as crianças precisam estar longe do consumo e integradas aos ambientes que proporcionam a alegria de explorar, isso tudo sob o olhar atento dos pais e/ou adultos. Preocupado com a formação das novas gerações, Piorski pesquisou por mais de quatro anos a importância da brincadeira e do brincar na infância e lançou em 2016 o livro *Brinquedo do chão*, uma forma de mostrar que o brincar se faz com a vida em espaços que possibilitem a expressão, a investigação, os gestos e a linguagem.

Assim, entendemos que todo conteúdo teórico e até mesmo os meios de comunicação precisam ser analisados de modo crítico em relação ao conhecimento que se propõe a defender. Ao analisar, por exemplo, 60 reportagens do Portal Globo.com entre os anos de 2010 e 2014 que se referiam ao TDAH, foi possível notar que 38 delas abordavam o tratamento desse transtorno. Essa abordagem, no entanto, não ocorria de modo a revelar contradições, prós e contras do fenômeno TDAH. De um total de trinta e oito reportagens, apenas uma matéria mencionou o tratamento terapêutico (psicológico, pedagógico, fonoaudiológico, etc.), dez matérias mencionaram diretamente o tratamento medicamentoso e vinte e sete apresentaram um tratamento combinando

10 Não podemos partir da premissa que exista somente um tipo de infância, universal e imutável, mas que ela é determinada pelas condições sociais de classe em determinado tempo histórico. O documentário *A invenção da infância* (Liliana Sulzbach, 2000), disponível no YouTube, nos ilustra esse fenômeno ao mostrar as diferentes infâncias de crianças da classe média de uma cidade de São Paulo e crianças que trabalham desde pequenas no sertão da Bahia.

11 Disponível em: <<https://catraquinha.catracalivre.com.br/geral/defender/indicacao/o-brincar-se-faz-com-vida-e-nao-com-produtos-comprados/>>.

medicamento e outras formas de tratamento. Nesse último caso, o marketing da indústria farmacêutica foi apresentado com outras faces, como é o caso da matéria publicada no GNT no dia 16 de agosto de 2010 com o título *Como saber se você tem TDAH*, na qual apresenta, após a descrição de alguns sintomas que em sua combinação levam ao TDAH, o contato de um pediatra com informações de telefone, e-mail e site. Ou seja, após abordar os sintomas do transtorno e mencionar o fato de ser imprescindível uma avaliação especializada para saber se o sujeito tem o TDAH, consta, ao fim da matéria, o contato de um psiquiatra em específico. Outra matéria que pode ser citada é a *Crianças com TDAH: confira dicas para aprimorar o horário de estudo em casa*, publicada no site GNT em 22 de dezembro de 2011, na qual são abordadas dicas retiradas de um livro. Esse livro foi escrito por um neuropsiquiatra especialista em saúde mental infantil, como consta na matéria, além de mencionar ainda o valor do livro e a editora (SANTOS, 2016). Por muitas vezes no conteúdo informativo ou teórico, há uma linha tênue na identificação do que é uma brincadeira e do que é a manifestação de uma doença que causa hiperatividade.

Embora tais questões sejam abordadas pela mídia, que é o conteúdo mais acessível a todos, a proposta deste documento é oposta. Defendemos a disseminação de um conhecimento que seja crítico a respeito da infância e desenvolvimento de crianças, destacando a importância das relações sociais e culturais, incluindo o papel da brincadeira nesse processo.

E como resgatar a ludicidade e autonomia não só nas brincadeiras das crianças, mas no nosso estudo e trabalho? Essa é uma das questões centrais que *Tarja Branca* nos coloca a pensar. Uma das respostas para essa revolução começa no imperativo: brincar é urgente.

É preciso acentuar a brincadeira como atividade vital na vida da criança e como uma das importantes atividades organizadoras do comportamento, que orienta e insere a criança rumo à próxima atividade dominante na fase escolar – o estudo. A atividade de estudo não ocorre de forma espontânea. É preciso preparar o aluno e formar nele uma postura de estudante, no qual será desenvolvida por meio da formação de novos motivos que visem a assimilação e sistematização de novos conhecimentos.

Como observamos nos depoimentos do documentário, ao brincar, a criança controla seu corpo, organiza os estímulos e as pessoas ao redor. Brincar é ligar a criança ao meio social, é inseri-la na cultura. É preciso que nos questionemos de que modo estamos inserindo nossas crianças na cultura e que tipo de cultura é essa, quais os produtos históricos estão sendo disponibilizados e priorizados e, mais importante, quais as consequências disso. Estamos contribuindo para uma geração e sociedade de indivíduos

TARJAS PRETAS ou TARJAS BRANCAS?

Diante dessa tarefa, ao professor cabe papel fundamental na formação da infância tarja branca, isto é, que enfatize o desenvolvimento do controle do comportamento da criança, necessário à atividade de estudo, de modo que ela não necessite de meios medicamentosos em sua rotina escolar. A participação do ato de brincar para a formação da personalidade da criança só é possível por meio desse direcionamento pedagógico.

É diante disso que a questão inicial pode ser reformulada: e você, professor, qual seria seu relato sobre o papel da brincadeira na infância das crianças de hoje? Diante de todo desenvolvimento tecnológico e da rapidez na circulação das informações, é possível abstrair conteúdo que oriente uma prática educacional TARJA BRANCA consultando apenas o veiculado na mídia? As práticas pedagógicas desenvolvidas na atividade de jogos protagonizados têm permitido às nossas crianças criar motivo para atividade de estudo? Como podemos auxiliar a criança na transição da brincadeira para o estudo?

Entendemos que esse caminho precisa ser construído com responsabilidade e seriedade, por todos aqueles que hoje se preocupam com o resultado de uma infância hipermedicalizada. Este material tem por objetivo despertar a reflexão e fomentar ações na direção de instrumentos que desenvolvam as capacidades infantis e que não sirvam de meros “amortecedores” para as mazelas sociais e educacionais.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, C. D. O Homem e o Remédio: qual o problema?. **Jornal do Brasil**, 26/07/1980. Disponível em: <<http://cadernodefilosofias.blogspot.com.br/2012/11/>>. Acesso em: 10 de dezembro de 2017.

ASBAHR, F. da S. F.; NASCIMENTO, C. P. Criança não é manga, não amadurece: conceito de maturação na teoria histórico-cultural. **Psicologia: Ciência e Profissão** (online), vol.33, n.2, p.414-427, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S14148932013000200012&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 05 de maio de 2017.

ABP, Associação Brasileira de Psiquiatria. **Pesquisa sobre sintomas de transtornos mentais e utilização de serviços em crianças brasileiras de 6 a 17 anos**, 2008. Disponível em: <<http://www.abpbrasil.org.br/medicos/pesquisas/>>. Acesso em: 13 de fevereiro de 2017.

BISHOP, J. R., & PAVULURI, M. N. Review of risperidone for the treatment of pediatric and adolescent bipolar disorder and schizophrenia. **Neuropsychiatric Disease and Treatment**, v.4, n. 1, p. 55-68, 2008. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2515898/#>>. Acesso em: 25 de março de 2015.

BONADIO, R. A. A. **Problemas de atenção: implicações do diagnóstico de TDAH na prática pedagógica**. Maringá, Universidade Estadual de Maringá, 2013. Tese (Doutorado em Educação) 253 f.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Prescrição e consumo de Metilfenidato no Brasil: identificando riscos para o monitoramento e controle sanitário. **Boletim de Farmacoepidemiologia do SNGPC**, Brasília, ano 2, n. 2, p. 1-14, 2012. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/sngpc/boletins/2012/boletim_sngpc_2_2012_corrigido_2.pdf>. Acesso em: 31 janeiro 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Ministério da Saúde recomenda restrição ao uso de Ritalina** (online). Disponível em: <<https://www.cartacapital.com.br/saude/ministerio-da-saude-recomenda-restricao-ao-uso-de-ritalina-9208.html>>. Acesso em: 2 de julho de 2016.

BRUM, E. Acordei doente mental: a quinta edição da Bíblia da Psiquiatria, o DSM-5 transformou numa "anormalidade" ser "normal". **Revista Época**, São Paulo. Disponível em: <<http://elianebrum.com/opiniao/colunas-na-epoca/acordei-doente-mental/>>. Acesso em: 12 de julho de 2016.

BRUNTON, L. L. et al. **As bases farmacológicas da terapêutica de Goodman e Gilman**. 12. ed. Porto Alegre: AMGH, 2012. 2112p.

CABRAL, R. **Crianças e aprendizagem**. (Online). Disponível em: <<https://admirareduca-caomaranhense.wordpress.com/>>. Acesso em: 15 de junho 2017.

DOSSIÊ TDAH: entenda o que é e conheça os sintomas. **Revista Crescer**. [s.n], 2013. Disponível em: <<http://revistacrescer.globo.com/Crianças/Comportamento/noticia/2013/09/dossie-tdah-entenda-o-que-e-e-conheca-os-sintomas.html>>. Acesso em: 05 de dezembro de 2016.

EUROPEAN MEDICINES AGENCY (EMA). Elements recommended for inclusion in Summaries of Product Characteristics for methylphenidate-containing medicinal products authorised for the treatment of ADHD in children aged six years and above and adolescents, 2009. Disponível em: <http://www.ema.europa.eu/docs/en_GB/document_library/Referrals_document/Methylphenidate_31/WC500011184.pdf>. Acesso em: 15 de janeiro de 2015.

EIDT, N. M.; TULESKI, S. C. Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade e Psicologia Histórico - Cultural. **Cadernos de Pesquisa**, v. 40, n. 139, p. 121-146, jan./abr. 2010.

FENAFAR. O Consumo de Medicamentos no Brasil - a tênue linha entre o remédio e o veneno, por Rilke Novato (online). Disponível em: <<http://fenafar.org.br/fenafar/index.php/item/7966-o-consumo-de-medicamentos-no-brasil-a-t%C3%A0nue-linha-entre-o-rem%C3%A9dio-e-o-veneno-por-rilke-novato>>. Acesso em: 13 de fevereiro de 2017.

FRANCO, A. F.; TULESKI, S.C.; EIDT, N.M; CHAVES, M. A medicalização da infância e políticas públicas: análise teórica a partir da Psicologia Histórico-Cultural. In: XI JORNADA HISTEDBR. **Anais**. Cascavel, PR, 2013. Disponível em: <http://www.histedbr.fe.unicamp.br/acer_histedbr/jornada/jornada11/artigos/2/artigo_simposio_2_766_adriff franco@hotmail.com.pdf>. Acesso em: 29 de agosto de 2016.

GRASSI, L.T.V.; CASTRO, J. E.S. Estudo do consumo de medicamentos psicotrópicos no município de Alto Araguaia – MT. **Revista Saberes da FAPAN**, 3ed., Jun., Cáceres- Mato Grosso, 2015. Disponível em: <http://www.unijipa.edu.br/media/files/2/2_663.pdf>. Acesso em: 10 de dezembro de 2017.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e estatística. **Pesquisa Nacional por amostra de domicílios**: sínteses de indicadores 2012, 2013. Disponível em: <<http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv65857.pdf>>. Acesso em: 13 de fevereiro de 2017.

LEAL, Z. de F. R. G. **Adolescência, educação escolar e constituição da consciência:** um estudo sob a perspectiva da psicologia Histórico-Cultural. Maringá: EDUEM, 2016.

LEONTIEV, A. N. **O desenvolvimento do psiquismo.** São Paulo: Centauro, 2001.

MARTINS, L. M. **A formação social da personalidade do professor:** um enfoque vigotkiano. Campinas, SP: Ed. Autores Associados, 2007

MARTINS, L. M.; RABATINI, V. G. A concepção de cultura em Vigotski: contribuições para a Educação Escolar. **Psicologia Política**, v.11, n. 22, p. 345-358, jul-dez, 2011. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rpp/v11n22/v11n22a11.pdf>>. Acesso em: 27 de abril de 2014.

MARTINS, L. M. Prefácio. IN: PASQUALINI, J.; TSUHACO, Y. N. (Orgs.) **Proposta Pedagógica do Sistema Municipal de Ensino de Bauru.** Bauru, Secretaria Municipal de Educação (Recurso Eletrônico), 2016.

MEIRA, M. E. M. Incluir para continuar excluindo: a produção da exclusão na educação brasileira à luz da Psicologia Histórico-Cultural. In: Marilda Gonçalves Dias Facci; Marisa Eugênia Melillo Meira; Silvana Calvo Tuleski. (Orgs.). **A exclusão dos "incluídos":** uma crítica da Psicologia da Educação à patologização e medicalização dos processos educativos. Maringá: EDUEM, 2011, p. 91-132.

MOYSÉS, M. A. A. **A institucionalização invisível:** crianças que não aprendem na escola. Campinas, SP: FAPESP/ Mercado de Letras, 2001.

_____.; COLLARES, C. A. L. Mais de um século de patologização da educação. **Diálogos em Psicologia**, Ourinhos, SP, ano I, n. 1, p. 50-64, 2014. Disponível em: <<http://www.fio.edu.br/revistapsi/arquivos/moyses.pdf>>. Acesso em: 02 de agosto de 2017.

O COMEÇO da vida. Direção: Estela Renner. Maria Farinha Filmes, SP/RJ, 2016, DVD.

ORTEGA, F.; BARROS, D.; CALIMAN, L. ITABORAHÍ, C.; JUNQUEIRA, L.; FERREIRA, C.P. A ritualina no Brasil: produções, discursos e práticas. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 14, n. 34, p. 499-512, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v14n34/aop1510.pdf>>. Acesso em: 27 de novembro de 2014.

PATTO, M. H. S. **A produção do fracasso escolar:** histórias de submissão e rebeldia. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1996.

PASQUALINI, J. C. Construção de princípios para a organização do ensino na educação infantil a partir da análise da prática do professor: relato de um percurso investigativo pautado no materialismo histórico-dialético. In: TULESKI, S. C.; CHAVES, M.; LEITE, H. A. (Orgs.). **Materialismo histórico dialético como fundamento da psicologia histórico-cultural.** Maringá: Eduem, 2015.

_____. Desenvolvimento infantil e ensino: a análise histórico-cultural de Vigotski, Leontiev e Elkonin. In: **31ª Reunião Anual da ANPed - Constituição Brasileira, Direitos Humanos e Educação, Anais...** Caxambu-MG, 2008. p. 1-16.

_____. Periodização do desenvolvimento psíquico à luz da escola de Vigotski: a Teoria Histórico-Cultural do desenvolvimento infantil e suas implicações pedagógicas. In: MAR-SIGLIA, A.C. G. (Org.). **Infância e Pedagogia Histórico-Crítica.** Campinas, SP, Autores Associados, 2013, p. 71-98.

PEREIRA, I. S. A.; SILVA, J. C. Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade à luz de uma abordagem crítica: um estudo de caso. **Psicologia em revista**, vol.17, n.1, p. 117-134, Belo Horizonte, abr. 2011. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/per/v17n1/v17n1a09.pdf>>. Acesso em: 16 de outubro de 2015.

PRESTES, Z. **Os psicólogos soviéticos e a educação**. Online. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=sqm415VF-QM>>. Acesso em: 15 de junho de 2017.

QUINO, J.L. **Mafalda**. Online. Disponível em: <<http://sociedadesemprisoas.blogspot.com.br/2011/12/mafalda-self-made-man.html>>. Acesso em: 05 de maio de 2017.

_____. **Mafalda**. Online. Disponível em: <<http://pt-br.facebook.com/public/mafalda>>. Acesso em: 05 de maio de 2017.

Ritalina (Cloridrato de Metilfenidato - comprimidos). Farm. Resp.: Virginia da Silva Giraldi. São Paulo: Novartis Biociências SA, 2012. **Bula de remédio**. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/datavisa/fila_bula/frmVisualizarBula.asp?pNuTransacao=10716102013&pldAnexo=1909485>. Acesso em: 13 de fevereiro de 2017.

SANTOS, D. L. C. Das unidades às representações: como uma mídia constrói sua visão acerca do TDAH. **Projeto de iniciação científica** (orientadora Hilusca Alves Leite e Coorientadora Silvana Calvo Tuleski). Universidade Estadual de Maringá, Maringá-PR, 2016.

TARJA Branca. Direção: Cacau Rhoden, Maria Farinha filmes, SP/RJ, 2014. DVD.

TV PAULO FREIRE. **Nós da educação: a teoria histórico cultural de Vigotski**. Bloco 1. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=i6NQ1S_SDUw>. Acesso em: 10 de junho de 2016.

_____. **Nós da educação: A teoria histórico cultural de Vigotski Bloco 2**. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=B1a3m4bRnG4>>. Acesso em: 10 de junho de 2016.

_____. **Nós da educação: A teoria histórico cultural de Vigotski. Bloco 3**. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=bhAYLi09mz>>. Acesso em: 10 de junho de 2016.

VIEIRA, B.M.B. Arte cinematográfica problematizando a medicalização da vida: desenvolvimento de estratégia didático-pedagógica para formação de educadores. **Projeto de iniciação científica** (Orientadora Silvana Calvo Tuleski e Coorientadora Adriana de Fátima Franco). Universidade Estadual de Maringá, Maringá-PR 2015.

VIGOTSKI, L. S. A brincadeira e seu papel no desenvolvimento psíquico da criança. **Revista Virtual de Gestão de Iniciativas Sociais**. Tradução de Zoia Prestes, v 1, n.8, p.23-36, janeiro, 2008. Rio de Janeiro.

_____. **Imaginação e criação na infância**. Comentários de Ana Luiza Smolka. Tradução de Zoia Prestes. São Paulo: Ática, 2009.

_____. **Obras Escogidas Tomo III**. Madrid: Visor, 2000.

_____. O papel do brinquedo no desenvolvimento. In: VIGOTSKI, L. S. **A formação social da mente**. 7ª ed. São Paulo: Martins Fontes, 2007, pp. 107- 124.

_____. Paidología del Adolescente. **Obras Escogidas**, Tomo IV, Visor: Madri, 1996a, p. 9-248.

_____. Psicología Infantil. **Obras Escogidas**, Tomo IV, Visor: Madri, 1996b, p. 251-273.

_____.; LURIA, A. R. A criança e seu comportamento. In_____. **Estudos sobre a história do comportamento: símios, homem primitivo e crianças**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.

WELCH, G; SCHWARTZ, L; WOLOSHIN, S. O que está nos deixando doentes é uma epidemia de diagnósticos. Tradução de Daniel de Menezes Pereira. **Jornal do Cremesp**, São Paulo, 245ª edição, p. 12, fev. 2008. Disponível em: <<http://www.cremesp.org.br/?siteAcao=Jornal&id=954>>. Acesso em: 29 de agosto de 2016.

ONDE ENCONTRAR MAIS ORIENTAÇÕES:

Subsídios para a campanha – Não à medicalização da vida, medicalização da educação. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2012/07/Caderno_AF.pdf>. Acesso em 10 de junho de 2017.

Recomendações de práticas não medicalizantes para profissionais e serviços de educação e saúde. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/wpcontent/uploads/2015/06/CFP_CartilhaMedicalizacao_web-16.06.15.pdf>. Acesso em 10 de junho de 2017.

PARTE II
DISCUTINDO A MEDICALIZAÇÃO DA
INFÂNCIA COM OS PAIS OU RESPONSÁVEIS

*Cíntia Daquana Costa
Elaine Cristina Peres da Fonseca
Gisele Magri dos Santos
Angela de Cássia Silva Capoia de Osti
Carla Janaina Trindade Del Rossi
Larissa Botelho Bianchini Thadeu
Selma Aparecida Raimundini de Andrade
Sandra Elaine Mendelli Neves
Edna Salete Radigonda Delalibera
Janaina Franciele Camargo
Maria Aparecida de Fátima
Renata Marchiori*

INTRODUÇÃO

Esta cartilha é resultado do Projeto de Pesquisa intitulado *Retrato da Medicalização da Infância no Estado do Paraná*, que envolveu universidades estaduais (UEM, UEL, UEPG e UNESPAR) e nove municípios previamente selecionados como representantes do Estado do Paraná, e objetivou levantar, analisar e discutir o uso de medicamentos controlados em alunos da Educação Infantil, Séries Iniciais do Ensino Fundamental e Educação Especial.

Vivemos um momento de muitas transformações sociais, políticas e econômicas que interferem na vida das pessoas e por isso merecem nossa atenção e reflexão. A criança, como ser integrante desse contexto social e cultural, vivencia e é afetada por esses processos, tanto de forma positiva como negativa, e suas consequências se refletem nas diversas instituições em que participa.

Nesse sentido, uma das grandes preocupações atuais de profissionais afins como pedagogos, psicólogos, fonoaudiólogos, médicos de diferentes especialidades e outros profissionais, é o aumento considerável do uso de medicamentos para o controle da atenção, da agitação, da inquietude de nossas crianças. Não podemos considerar como natural esse procedimento, sendo necessário questionarmos, refletirmos sobre suas causas e consequências e, principalmente, encontrarmos novas possibilidades e alternativas para que possamos reverter essa situação.

A elaboração deste material foi uma necessidade para o esclarecimento dessa problemática, nele discorreremos acerca do processo do desenvolvimento infantil, as necessidades da criança nesse momento, os efeitos do uso excessivo da medicação e, principalmente, propomos algumas orientações aos pais e familiares almejando contribuir para uma infância saudável, feliz, divertida, criativa e humanizadora.

1. A CRIANÇA DE ONTEM E DE HOJE

Nos dias atuais, raramente nos deparamos com crianças brincando em grupos nas ruas ou parques, de amarelinha, pega-pega, bola de gude, pipa, casinha, escolinha, subindo em árvores, jogando futebol, betes e muitas outras brincadeiras que nós, adultos, vivenciamos ao longo de nossa infância. Essas atividades nos possibilitavam a arte de conviver mais diretamente com nossos amigos, em que exercitávamos nossa tolerância, frustração (o ganhar e o perder), o errar e o desculpar, o discordar e o negociar.

A mudança na forma de brincar das crianças no decorrer dos tempos deve-se às transformações sociais, políticas e econômicas que geram efeitos, tais como: a falta de espaços públicos que favoreçam a convivência; maior perigo nas ruas, que causa medo e insegurança; a falta de tempo dos adultos; o individualismo; uso intenso de aparelhos eletrônicos. Muitas atividades infantis de hoje não incluem o outro como parceiro, tais como jogar no computador e *videogame*, navegar na *internet*, brincar no celular ou *tablet* entre outros.

A criança nos tempos atuais recebe muitos estímulos, pois convive e participa mais diretamente na vida dos adultos, utiliza aparelhos eletrônicos desde bebê, assiste filmes, desenhos, musicais, tem maior acesso à escola e ao mundo, de forma geral. Por outro lado, os pais também estão com a vida mais “corrida”, sem tempo, agitados, preocupados, e não se dão conta, na maioria das vezes, o quanto essas condições são constituintes do desenvolvimento psíquico dos seus filhos.

Essas novas formas de existência ocorrem porque estamos inseridos em uma cultura que é resultado das diferentes atividades, ações, trabalhos e práticas dos homens. Portanto, dizer que as crianças são mais agitadas, inquietas, hiperativas, espertas, inteligentes, desafiadoras, mal-educadas, sem limites e muitas outras características como se esses atributos fossem inerentes à sua natureza é não compreender que todos os indivíduos são constituídos no interior da sociedade e da cultura de seu tempo.

É fundamental perguntar: quais as características da sociedade atual? Algumas respostas que temos são: individualismo, busca pelo prazer imediato, descompromisso com o outro, banalização da violência, falta de tempo até para a família, consumismo, falta de disposição de pensar, refletir, agindo pela impulsividade. Diante dessa realidade, podemos entender um pouco melhor a infância nessa sociedade.

Diante do exposto, nossa preocupação é com a medicalização das crianças para

tratar questões sociais e a necessidade de se empreender junto a elas novas formas de relações, de modo a fortalecer os vínculos afetivos, o respeito, a autoridade sem autoritarismo, a presença plena e não presença-ausência, a atenção em tempo real e não compartilhada com interesses próprios (TV, *internet*, celular, etc.), objetivando transformar a realidade hoje posta que é a MEDICALIZAÇÃO DA VIDA.

Para refletir! Como foi a sua infância e como é a dos seus filhos? Como eram as relações com os seus pais, com outras crianças e com a escola?

MÚSICA: Criança Não Trabalha (Arnaldo Antunes)

Lápis, caderno, chiclete, peão
Sol, bicicleta, skate, calção
Esconderijo, avião, correria,
Tambor, gritaria, jardim, confusão

Bola, pelúcia, merenda, crayon
Banho de rio, banho de mar,
Pula sela, bombom
Tanque de areia, gnomo, sereia,
Pirata, baleia, manteiga no pão

Giz, merthiolate, band aid, sabão
Tênis, cadarço, almofada, colchão
Quebra-cabeça, boneca, peteca,
Botão. pega-pega, papel papelão

Criança não trabalha
Criança dá trabalho
Criança não trabalha

1- 2 feijão com arroz
3 -4 feijão no prato
5- 6 tudo outra vez

Fonte: <https://www.youtube.com/watch?v=u9aa7FqMcRU>

2. DESENVOLVIMENTO INFANTIL

Ao educar a criança, o fazemos a partir dos conhecimentos que já temos. Muitos pais veem a criança como adulto em miniatura e exigem dela para além de suas reais condições físicas e emocionais; outros a superprotegem, gerando sentimento de impotência e insegurança.

É necessário compreendermos: quem é a criança que temos sob nossa responsabilidade e que temos que educar? Como ela se relaciona com o mundo em cada fase de sua vida? Qual nosso papel na sua formação? O que fazer para promover seu desenvolvimento pleno e saudável?

Figura 7. Filhos-cobaia



Fonte: <https://participardapolitica.blogspot.com/2021/04/tirinha-da-mafalda-filhos-cobaia.html> (online).

O desenvolvimento da criança depende da interação com os outros, ela não se desenvolve ou “amadurece” sozinha. Por exemplo, ela aprende a falar porque os adultos ao seu redor chamam sua atenção para determinados sons, repetem, movimentam a boca na frente do seu rosto, até que ela começa a fazer da mesma forma. Conforme a criança cresce, vai desenvolvendo novas capacidades de pensar e novas formas de estar no mundo. Mas, para que essas novas capacidades surjam, é preciso que tenha a oportunidade de realizar novas atividades, as quais devem ser oferecidas pelos adultos. Essas atividades são diferentes, dependendo do período de desenvolvimento em que a criança se encontra.

As crianças se desenvolvem por meio de mudanças que ocorrem a partir de suas relações com os adultos em seu meio. No aprendizado com o adulto e na vida em sociedade, a criança vai se desenvolver. O desenvolvimento ocorre em períodos cujas idades são apenas aproximadas e dependem da vivência da criança:

- Primeiro período (por volta do primeiro ano de vida): o bebê ainda é muito dependente do adulto para suprir todas as suas necessidades (alimentação, ir de um lugar a outro, higiene, conforto), entretanto, ainda não é capaz de se comunicar de forma

clara. Por outro lado, o adulto precisa compreender os modos de ação da criança para que a comunicação entre eles se estabeleça. Nesse período a atividade principal que guia o desenvolvimento da criança é a *comunicação emocional direta* com o adulto, sob a forma de balbucios, choro, expressões faciais, gestos, sorrisos e movimentos do corpo, onde o afeto tem um papel muito importante.

É de grande importância para o desenvolvimento da criança que nessa fase os adultos conversem muito com ela, nomeiem os objetos do mundo e também os seus sentimentos. Durante os momentos de cuidado e de alimentação, por exemplo, o adulto pode “narrar” para o bebê o que está sendo feito, olhando nos seus olhos, utilizando expressões faciais e gestos. Assim, ele estará atento ao adulto e começará a compreender os significados das palavras e das ações do outro. Além disso, o adulto deve responder aos gestos, choros, sorrisos, balbucios e expressões faciais do bebê como tentativas dele de se comunicar, dando significado a esses comportamentos.

Durante o primeiro ano de vida, a atenção, enquanto um processo mental, ainda é involuntária, depende da percepção que a criança tem dos objetos ao seu redor e podemos dizer que a atenção voluntária é uma forma compartilhada pelo adulto e pela criança. Nessa etapa, a atenção ainda é inconstante e um objeto pode ser facilmente substituído por outro, especialmente se ele for uma novidade, pois a criança “se deixa levar” pelos objetos novos, brilhantes, coloridos e pelos que estão associados à satisfação de suas necessidades.

Ao final desse período ocorre a crise de um ano. Essa crise é marcada pela necessidade de se obter uma nova forma de ação, pois a forma atual não mais satisfaz as necessidades da criança. Ela consegue dar os primeiros passos, esboça as primeiras palavras, mas ainda não domina a linguagem para expressar todas as suas necessidades e tem limitadas condições de explorar seu entorno livremente: isso gera a crise. Aí, vemos então a criança inquieta, querendo andar para todos os lados, mas precisando da nossa ajuda para isso; usando de uma mesma palavra para se referir a uma infinidade de coisas e apontando com o dedinho; demonstrando irritação quando não interpretamos o que ela está querendo dizer.

- Segundo período (aproximadamente de 1 a 3 anos): o período seguinte é o da exploração de objetos, em que a criança já anda no espaço físico e pode se deslocar em direção ao que é de seu interesse, demonstrando curiosidade em relação a tudo que há em sua volta. Aprende a utilizar os objetos da forma correta (colher, telefone, por exemplo) por meio da orientação dos adultos. É importante que seja apresentada uma variedade de elementos à criança, o que enriquece sua linguagem e sua autonomia. Quando aprende a falar, consegue expressar suas vontades para o adulto. A linguagem, a fala, é a grande conquista do desenvolvimento infantil nessa fase e muda sua forma

de se relacionar e pensar.

Devido ao interesse que a criança tem em explorar os objetos nessa fase, é importante que haja uma variedade deles para que ela se sinta mais atraída por aqueles que conhece pouco. Não significa que os pais tenham que investir grandes quantias de dinheiro na compra de brinquedos caros e novos, mas sim que utilizem objetos simples, mas que são novidade para a criança, ou seja, que sejam variados em termos de cores, texturas, tamanhos, etc.

Em relação ao desenvolvimento da atenção nessa etapa, verifica-se que a linguagem possibilita uma nova reorganização. Entretanto, a criança ainda depende da presença do outro, da mediação externa para orientar tal função. Por meio de gestos indicativos, os adultos destacam e nomeiam objetos e situações, direcionando a atenção da criança para aquilo que desejam. Essa ação caracteriza a atenção compartilhada, que depende das ações dos adultos com os objetos, mediadas pela linguagem verbal.

Com maior domínio da linguagem, a criança passa a ser capaz de deslocar com autonomia a sua atenção, indicando este ou aquele objeto com um gesto ou nomeando-o com a palavra correspondente. A criança começa a controlar seu comportamento para a brincadeira, mas ainda não tem total controle da sua conduta. Da mesma forma que ocorre no primeiro período de desenvolvimento, a necessidade de novas formas de ação com a linguagem e com os objetos gera uma insatisfação, uma crise com o que se tem, e faz com que se busquem novas formas de atividade.

- Terceiro período (aproximadamente de 3 a 6 anos): a principal atividade da criança é a brincadeira de papéis, a fantasia. Como deseja fazer o que o adulto faz, mas ainda não tem condições para isso, a criança utiliza o faz-de-conta, em que brinca de dirigir, de ser mãe, professora. É importante a participação dos pais durante esse momento, pois eles podem enriquecer o mundo da criança apresentando valores e elementos da cultura. A criança começa a compreender o seu papel e o papel do outro, assim como as regras de seu meio.

Nesse sentido, devemos ofertar às crianças, tudo aquilo de mais elaborado, criativo, rico e belo que a humanidade produziu ao longo da sua história. A criança brinca reproduzindo as relações sociais do meio em que vive e o adulto deve participar mostrando a ela como funciona o “mundo das pessoas”. Os pais podem enriquecer a brincadeira ao questionar a criança sobre o papel que está representando, disponibilizando objetos que permitam a ela o uso da imaginação, tornando esse momento rico de aprendizagem e desenvolvimento.

É por meio das brincadeiras e jogos que a criança, nessa etapa, desenvolverá novas propriedades referentes à atenção. No jogo, a atenção se torna ativa, pois, ao

brincar, a criança necessita lembrar-se dos papéis, do seu e das outras crianças, não podendo “perder-se” ou “distrair-se”, pois atrapalharia a brincadeira.

A crise dos três anos é caracterizada por uma fase de teimosia e rebeldia da criança, em que ela se apegua às suas ideias e desejos e dificilmente abre mão deles, constituindo uma mudança brusca da sua personalidade. A criança torna-se mais difícil de lidar, é caprichosa, demonstrando uma necessidade de autoafirmação e independência. Mas a crise tem um aspecto positivo, pois durante seu curso a criança começa a desenvolver características de sua personalidade e a demonstrar suas vontades e sentimentos. Quando a criança aprende que pode realizar muitos de seus desejos no jogo e na brincadeira, a crise é superada.

- Quarto período (cerca de 6 a 11 anos): nesse período, a atividade principal da criança é o estudo e a relação mediada pelos símbolos, ou seja, a leitura e a escrita. Começa então a querer saber o que o adulto sabe, começa a controlar melhor sua atenção e seus comportamentos, tornando-se capaz de planejar suas ações.

Para que realize as atividades de estudo, a criança precisa ter uma capacidade de controlar melhor sua atenção. Ao final desse período, a atenção voluntária dá um salto qualitativo e passa a ser utilizada para classificação e categorização. De modo geral, a atenção está submetida à sua vontade e, por isso, depende muito da mediação do adulto, que direcionará sua atenção para o essencial e a ajudará a estabelecer relações entre os conteúdos importantes das atividades de estudo.

Ainda nesse período, ocorre a crise dos sete anos, a qual se caracteriza pela perda da espontaneidade, em que a criança já não fala mais o que pensa como fazia no período anterior, ou seja, ela começa a planejar e a agir de forma “artificial”. Essa crise também tem características positivas, pois nela a criança torna-se mais independente e começa a se relacionar de maneira diferente com os colegas de sua idade, além de começar a compreender melhor o que significam os seus sentimentos e a ser capaz de julgar se é bom ou mau.

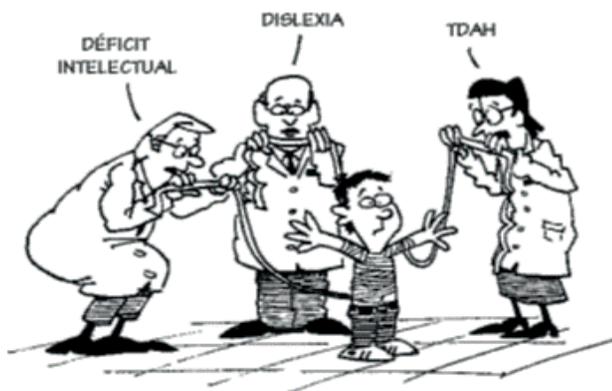
Nos momentos de crise, torna-se difícil educar a criança se a forma de lidar com ela não acompanhar as rápidas mudanças em sua personalidade. Quando ela demonstra já ser capaz de realizar algumas atividades de maneira independente, muitos adultos permanecem tratando-a como se ela ainda estivesse no período anterior, não permitindo que ela cresça e se desenvolva. Por isso, o adulto deve analisar o que a criança já é capaz de realizar com autonomia, contribuindo para que ela supere as crises.

3. RETRATO DA MEDICALIZAÇÃO NO PARANÁ

Qual a diferença entre medicar e medicalização? Medicação se refere a uma prática da clínica médica em que uma doença que afeta o organismo é diagnosticada e o médico ou pessoa capacitada prescreve uma medicação com o intuito de cura ou atenuação da gravidade clínica.

A medicalização, por sua vez, é entendida como um processo em que as questões da vida do sujeito, que são influenciadas por fatores sociais, afetivos, econômicos, políticos, entre outros, são reduzidas a causas puramente orgânicas, entendidas como uma doença do indivíduo, que deve ser tratada com medicamentos, sendo que esses têm mera função sintomática e pouco efetiva na saúde geral do indivíduo.

Figura 8. Medicalização



Fonte: <https://bravenewworldunb.wordpress.com/2013/09/20/geracao-ritalina/> (online).

Um exemplo de medicalização é o que ocorre atualmente no diagnóstico de TDAH (Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade), em que o uso generalizado do medicamento metilfenidato é feito para resolver problemas de atenção e comportamento de crianças e adolescentes sem considerar as inúmeras causas que podem levar aos mesmos sintomas e que não são biológicas.

Se os comportamentos das crianças e adolescentes são formados a partir dos relacionamentos que eles mantêm com os outros, seja na família, na escola e nos demais ambientes que frequentam, a maneira como são tratados refletirá na sua maneira de agir no mundo. Assim, comportamentos “inadequados”, na maioria das vezes, não são resultado de doença ou transtorno, mas podem ser causados pelo meio social.

Quando desconhecemos as fases do desenvolvimento infantil, podemos fazer uma leitura errada dos comportamentos considerados normais em determinada fase da vida da criança, podendo ser vistos como patológicos, levando à medicalização por parecer uma solução rápida e eficiente.

No Brasil, as discussões sobre a medicalização são recentes. Um marco dessa discussão foi a realização do I Seminário Internacional *A Educação Medicalizada: Dislexia, TDAH e Outros Supostos Transtornos*, que ocorreu na cidade de São Paulo em 2010. Esse evento reuniu em torno de mil profissionais e estudantes das áreas da saúde, educação, representantes de entidades afins e teve como ação política o lançamento do Fórum sobre Medicalização da Educação e da Sociedade¹².

No boletim da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, doravante ANVISA, de 2012, consta que houve um aumento de 73,5% nas vendas do metilfenidato entre os anos de 2009 e 2011 para uso em crianças de 6 a 16 anos em todo o país. Em 2009, foram vendidos 156.623.848 mg do medicamento e em 2011, o número subiu para 413.383.916mg. Nesse mesmo período, no Paraná, o aumento foi de 65,4% no uso do medicamento.

Em 2016, a Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização, Diversidade e Inclusão do Ministério da Educação, encaminhou aos sistemas de ensino o material intitulado *Recomendações do Ministério da Saúde para adoção de protocolos estaduais e municipais de dispensação do metilfenidato na perspectiva de prevenir e combater o uso excessivo de medicamentos por crianças e adolescentes*. Essa iniciativa teve como justificativa a preocupante constatação de que o Brasil é o segundo maior mercado consumidor de *metilfenidato*, medicamento conhecido pelos nomes comerciais de *Ritalina* e *Concerta*.

De acordo com o relatório da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA, 2009), os cinco estados maiores consumidores de *Metilfenidato* são, nesta ordem: DF, RS, SC, PR e GO

No ano de 2012 no município de Maringá, estado do Paraná, foi lançado o Projeto Retrato da Medicalização da Infância no Estado do Paraná, cuja iniciativa foi de um grupo de professores pesquisadores da Universidade Estadual de Maringá (UEM), abraçado por outras universidades e Secretarias Municipais de Educação de diversos municípios, tendo como objetivo coletar, sistematizar e analisar dados referentes ao número de crianças diagnosticadas e medicadas nas redes municipais de ensino dos municípios participantes que atendem crianças e adolescentes da Educação Infantil e Séries Iniciais do Ensino Fundamental com idades entre 6 meses a 12 anos, aproximadamente.

Apresentamos abaixo os resultados da pesquisa Retrato da Medicalização da

¹² Disponível para acesso nos endereços: <<http://www.medicalizacao.org.br>> ou <<http://www.facebook.com/forumsobremedicalizacao>>.

Infância no Estado do Paraná.

Tabela 5. Dados dos municípios pesquisados - Educação Infantil

Município	População (aprox.)	Alunos matriculados	Questionários válidos
Maringá	370.000	10.057	59,67% (n. 6.002)
Paiçandu	39.400	781	45,96% (n. 359)
Campo Mourão	92.000	3.226	78,08% (n. 2.519)
Mandaguari	36.609	1.311	77,04% (n. 1.010)

Fonte: dados dos pesquisadores (2012 a 2014)

Tabela 6. Diagnósticos mais frequentes e remédios mais prescritos na Educação Infantil

Município	Diagnóstico predominante	Remédio mais prescrito	Total de medicados
Maringá	30,23% TDAH (n.26)	26,74% Risperidona (n. 23)	86
Paiçandu	42,85% TDAH (n.3)	42,85% Risperidona (n.3)	07
Campo Mourão	55,55% TDAH (n.15)	62,96% Risperidona (n.17)	27
Mandaguari	30% TDAH (n.3)	40% Risperidona (n.4)	10

Fonte: dados dos pesquisadores (2012 a 2014)

Tabela 7. Dados dos municípios pesquisados - Ensino Fundamental

Município	População (aprox.)	Alunos matriculados	Questionários válidos
Maringá	370.000	19.035	61,31% (n. 11.672)
Paiçandu	39.400	3.138	28,58% (n. 897)
Campo Mourão	92.000	6.300	61,28% (n. 3.861)
Mandaguari	36.609	1.863	65% (n. 1.210)

Fonte: dados dos pesquisadores (2012 a 2014)

Tabela 8. Diagnósticos mais frequentes e remédios mais prescritos no Ensino Fundamental

Município	Diagnóstico Predominante	Remédio mais prescrito	Total de medicados
Maringá	86.44% TDAH (n.708)	80.09% Ritalina (n. 656)	819
Paiçandu	79,16% TDAH (n.38)	64,58% Ritalina (n.31)	48
Campo Mourão	92.43% TDAH (n.232)	90.83% Ritalina (n.228)	251
Mandaguari	60% TDAH (n.42)	78.57% Ritalina (n.55)	70

Fonte: dados dos pesquisadores (2012 a 2014)

O uso de medicamentos como *Metilfenidato* e *Risperidona* são regulamentados pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA - Brasil) e *US Food and Drug Administration* (FDA - órgão do governo dos Estados Unidos que controla medicamentos e alimentos). No entanto, as duas agências fazem alertas quanto ao uso abusivo e inadequado desses medicamentos, principalmente na infância.

O Boletim Brasileiro de Avaliação de Tecnologias em Saúde afirma que o *Metilfenidato* possui um alto potencial para abuso e dependência, por isso deve ser usado com muita cautela, principalmente na infância, e que os pais devem ser bem informados acerca dos efeitos e sintomas decorrentes do uso desse medicamento, assim como devem ser avaliados os seus benefícios e riscos. O FDA aprova o *Metilfenidato* para o tratamento do TDAH e recomenda que seja feita uma observação constante dos efeitos colaterais em pessoas que façam uso contínuo do medicamento. Seu uso é recomendado apenas em crianças de seis anos de idade ou mais e não há consenso acerca da dose ideal (Lucena, 2016). Prescrições feitas abaixo da idade recomendada revelam desconhecimento sobre o desenvolvimento infantil e podem ocasionar prejuízos devido aos efeitos colaterais desses medicamentos.

Outro medicamento muito prescrito para crianças com TDAH, inclusive menores de seis anos de idade, é a *Risperidona*, a qual não é indicada para esse tipo de transtorno. Conforme a Agência de Vigilância Sanitária (Brasil, 2012), esse medicamento é destinado ao tratamento de psicoses, como a esquizofrenia, e para crianças com autismo severo.

4. IMPORTÂNCIA DA FAMÍLIA NO PROCESSO DE DESENVOLVIMENTO

Quando falamos de desenvolvimento infantil, o que significa crescer saudável? A criança saudável brinca, corre, pula, dança, canta, faz arte e estripulias, não para quieta, é curiosa, alegre, divertida, desafiadora, criativa.

A criança aprende a se comportar e agir de acordo com o meio em que vive, sendo a família responsável por educá-la. Desde bebê devemos ensiná-la o que pode e o que não pode ser feito. Assim, educar é dar amor, carinho, atenção, segurança, proteção, mas também impor limites, regras, responsabilidades, ensinar respeito, solidariedade, compaixão, generosidade, honestidade, justiça. O ensinamento dessas atitudes e virtudes, na relação adulto-criança, permeada pelo afeto, conduz a um desenvolvimento saudável e à formação de uma criança, jovem e adulto humanizado, na plenitude do significado dessa palavra.

Figura 9. Educar



Fonte: <https://br.pinterest.com/andressa0809/mafalda/> (online).

A família e a escola são fundamentais para o processo de desenvolvimento psíquico, afetivo e cognitivo da criança. Nesse sentido, é importante que tenham conhecimento sobre o que, como e quando intervir, de modo a promover situações favoráveis para que a criança avance em suas conquistas em todos os aspectos. É fundamental que família e escola trabalhem em prol dos mesmos objetivos.

Por sua vez, impor limites é fundamental, visto que proporciona à criança segurança, auxilia no controle das emoções e organiza sua forma de agir no mundo. A ausência de regras e bons exemplos, a imposição autoritária de normas, a inconsistência das condutas dos adultos com a criança, podem acarretar consequências no desenvolvi-

mento cognitivo-afetivo-social. Viver em um ambiente em que haja contradições entre as pessoas que educam, que não tenham consistência nas regras, que não deixam claro o que pode e o que não pode, que falam uma coisa e agem de forma contrária, não possibilita à criança ter uma referência sobre o certo e o errado, tendo como consequências mais graves os distúrbios psicológicos.

Limites aplicados de forma coerente fazem as crianças se sentirem felizes, seguras e protegidas. Ouvir a palavra “não” resgata as crianças da “tirania de seus próprios desejos” e, sucessivamente, o adulto vai lhes ensinando a lidar com as frustrações, a entender que não pode tudo, desenvolvendo o autocontrole, tão importante para suas vidas. As crianças que crescem em famílias em que as regras são bem compreendidas e a hierarquia familiar é clara e firme, aprendem a respeitar melhor as pessoas, a dar mais valor em suas conquistas, a serem mais solidárias.

O adulto deve dar liberdade e limites para a criança, entendendo que limites não são sinônimos de castigos físicos, mas sim tudo o que a impede de fazer apenas o que quer. Por exemplo, castigos físicos e humilhação servem como forma de repreensão dos comportamentos inadequados, porém, contribuem para que a criança responda de forma ofensiva e agressiva aos limites. Lembremos que as crianças aprendem observando e repetindo comportamentos dos adultos.

Por sua vez, liberdade não significa permitir tudo e sim saber ouvir a criança com afeto e atenção, reconhecendo seus sentimentos, desejos e necessidades. É importante conversar com a criança, manter o diálogo e a sinceridade, respeitando os limites de sua compreensão. Assim, o estabelecimento de uma relação afetiva com a criança conduzirá à liberdade com responsabilidade e respeito.

Os pais devem ter clareza que as ações educativas compreendem desde coisas simples, como ensinar a manusear talheres, auxiliar na higiene pessoal, até as mais complexas, como ler e contar histórias, auxiliar nos deveres escolares, estimular a relação com novos amigos. Em cada etapa da vida a educação terá um objetivo, que vai se tornando mais difícil ao longo do desenvolvimento da criança. Além disso, vale destacar o exemplo dos mais velhos, visto que a realização desses mesmos hábitos por parte daqueles que ensinam a criança será sempre fundamental (MAKARENKO, 1980).

Ter filhos dá trabalho. Além dos cuidados básicos, é preciso encontrar tempo para dedicar carinho e atenção a eles e isso nem sempre é fácil porque, no mundo atual, os pais acumulam uma série de tarefas. Muitas vezes, o cansaço e a impaciência prevalecem, porém, sabemos que o vínculo afetivo é importante na prevenção de problemas emocionais futuros.

Diante da correria do dia a dia, procure ter momentos com seus filhos; deixe

tudo de lado por um tempo e volte-se totalmente a ele: seu filho precisa saber que ele é a prioridade em sua vida. Em termos mais simples, isso significa interagir com seu filho. Esses momentos se tornarão inesquecíveis.

Figura 10. Momentos com os filhos



Fonte: <https://br.pinterest.com/andressa0809/mafalda/> (online).

As crianças necessitam de confirmação do seu amor através de palavras e atitudes. Converse com elas e compartilhe suas histórias sobre a escola, trabalhos de casa, amigos, e assim por diante. Crianças que recebem atenção e mais tempo de qualidade junto dos pais se tornam adultos mais saudáveis e com mais habilidades sociais.

Brinque com seu filho. O jogo para a criança é uma espécie de exercício, uma preparação para a vida adulta. Ela começa a desenvolver suas potencialidades brincando. O jogo possibilita o desenvolvimento total da criança em seus aspectos motor, afetivo, social e moral. Os jogos geralmente tendem a algum tipo de necessidade social: inter-relação, respeito a regras e ao próximo, cooperação, autocontrole, autoestima, capacidade de transpor obstáculos. Com o jogo, é possível o desenvolvimento da autonomia, fundamental para a maturidade emocional e afetiva.

Um dos maiores presentes que você pode dar ao seu filho é ajudá-lo no desenvolvimento da capacidade de analisar e resolver problemas. Permita que ele venha até você e compartilhe seus problemas e o oriente a fazer as melhores escolhas possíveis. Não faça pelo seu filho aquilo que ele pode fazer sozinho. E o que ele ainda não consegue, você poderá ensiná-lo, propondo desafios, problematizando, levando-o a pensar e buscar caminhos, alternativas e soluções.

Figura 11. Capacidade de analisar



Fonte: <https://br.pinterest.com/andressa0809/mafalda/> (online).

5. EM DEFESA DE UMA INFÂNCIA TARJA BRANCA

Um dos questionamentos ressaltados pelo presente projeto é a preocupação com o uso demasiado de medicamentos, visto que conforme abordamos na cartilha, o comportamento da criança se difere de um período a outro, seja ele histórico; seja ele no seu desenvolvimento cronológico, considerando os aspectos biopsicossociais. Então, cabe perguntar: quem é a criança que temos sob nossa responsabilidade? Como ela se relaciona com o mundo em cada fase da sua vida? Qual é o nosso papel na formação do seu psiquismo?

O desconhecimento das fases do desenvolvimento infantil pode levar a interpretações errôneas dos comportamentos e ações da criança, bem como de atitudes inadequadas junto à mesma. Assim, comportamentos considerados normais em determinada fase da sua vida, podem ser entendidos como patológicos, levando ao uso de medicações por parecer uma solução rápida e eficiente.

Portanto, dizer que a criança de hoje é mais agitada, impulsiva, desafiadora... requer a compreensão de que os indivíduos se desenvolvem no interior de uma sociedade e cultura do seu tempo, e pensar as características dessa sociedade nos faz entender a maneira de agir do infante. No entanto, algumas vezes, essa inserção social - assim como seu desenvolvimento - acaba sendo menosprezada e o comportamento infantil acaba por ser analisado fora do contexto social e entendido como inerente à sua natureza humana, então o remédio parece ser a única maneira de controle.

Embora saibamos que, em alguns casos, a medicação se faz necessária, precisamos considerar os fatores ressaltados anteriormente, pois, mesmo sabendo da sua importância e do seu auxílio em casos específicos, uma investigação minuciosa deve ser realizada antes de qualquer encaminhamento para a área médica, visto que embora possam ser necessários, os medicamentos trazem com si reações adversas, que podem também prejudicar a saúde da criança.

Diante do exposto, antes de fazer uso da medicação, torna-se indispensável criar junto a esta criança novas formas de relações, de modo a fortalecer os vínculos afetivos, o respeito ao outro, às regras sociais, a importância da autoridade, possibilitando um desenvolvimento harmônico, saudável e mais humanizado. Cabe então, principalmente à família e depois à escola, favorecer o processo de humanização da criança, possibilitando seu desenvolvimento integral, ressaltando ser fundamental que ocorra

um trabalho integrado entre estas duas instâncias.

Considerando o papel importante da linguagem no processo de desenvolvimento da atenção e da autor-regulação, destacamos que, na interação adulto e criança e/ou criança e criança, é fundamental estar atento a esse aspecto, dialogando, mediando, intervindo, criando oportunidades diversificadas para proporcionar à criança a imensa riqueza cultural que construímos coletivamente e que somos responsáveis por colocá-la a serviço dela, conduzindo-a para a plenitude de sua humanização.

Para mais informações, sugerimos os seguintes documentários que mostram a influência da história e da cultura no desenvolvimento das crianças:

Documentário *Tarja Branca* - O título faz referência a uma forma de abordar as questões da infância que se contrapõem à solução “tarja-preta”, ou seja, o uso de medicamentos controlados.

Documentário *A Invenção da Infância* - Ser criança significa ter infância? Uma reflexão sobre o que é ser criança no mundo contemporâneo. Disponível em: <<http://curtadoc.tv/curta/inclusao/a-invencao-da-infancia/>>

Documentário *Criança, a alma do negócio* - O impacto da sociedade de consumo e da mídia na formação das crianças e adolescentes. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=KQQRHH4RrNc>>.

Série *O começo da vida* – Baseada em avanços na tecnologia e na neurociência, esta série avalia como o ambiente afeta as crianças e como elas podem afetar o nosso futuro. Disponível na plataforma *Netflix*

REFERÊNCIAS

ANVISA, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Prescrição e consumo de metilfenidato no Brasil: identificando riscos para o monitoramento e controle sanitário. **Boletim de Farmacoepidemiologia do SNGPC** - Ano 2, nº 2 - jul./dez. de 2012 – Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/sngpc/boletins/2012/boletim_sngpc_2_2012_corrige-do_2.pdf>. Acesso em: 15 de setembro de 2016.

_____. Metilfenidato no tratamento de crianças com transtorno de déficit de atenção e hiperatividade. **Boletim Brasileiro de Avaliação de Tecnologia em Saúde**, 2014. Disponível em: <<http://portal.anvisa.gov.br/documents/33884/412285/Boletim+Brasileiro+de+Avalia%C3%A7%C3%A3o+de+Tecnologias+em+Sa%C3%BAde+%28BRATS%29+n%C2%BA+23/fd71b822-8c86-477a-9f9d-ac0c1d8b0187?version=1.1>>. Acesso em: 15 de setembro de 2016.

_____. **Sistema Nacional para Gerenciamento de Produtos Controlados** – SNGPC - Resultados 2009/2010. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/sngpc/relatorio_2009.pdf>. Acesso em: 15 de setembro de 2016.

BONADIO, R. A. A. **Problemas de atenção**: Implicações do diagnóstico de TDAH na prática pedagógica. Tese de doutorado: Programa de Pós-graduação em Educação da

Universidade Estadual de Maringá, 2013.

BRASIL, Ministério da Saúde. Nota Técnica N° 194/2012/NUT/ CODAJUD/ CONJUR NUT/ CODAJUD/ CONJUR NUT/ CODAJUD/ CONJUR-MS. **Consultoria Jurídica/Advocacia Geral da União**. Brasília, maio de 2012. Disponível em: <<http://u.saude.gov.br/images/pdf/2014/setembro/17/Risperidona.pdf>>. Acesso em: 10 de outubro de 2016

_____. **Recomendações do Ministério da Saúde para adoção de práticas não medicalizantes e para publicação de protocolos municipais e estaduais de dispensação de metilfenidato para prevenir a excessiva medicalização de crianças e adolescentes**. 2015. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2015/outubro/01/Recomendações-para-Prevenir-excessiva-Medicalização-de-Criança-e-Adolescentes.pdf>>. Acesso em: 10 de outubro de 2016.

CARVALHO, M. M.; Góis, C. Hiperprolactinemia em psiquiatria. **Acta Med Port**. 2011; 24(6):1005-1012.

COLAÇO, L. C. A **produção de conhecimento e a implicação para a prática do encaminhamento, diagnóstico e medicalização de crianças**: contribuições da Psicologia Histórico-Cultural. Dissertação de mestrado, Universidade Estadual de Maringá, Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes, Departamento de Psicologia, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, 2016.

EIDT, N. M.; TULESKI, S. C.; FRANCO, A. F. Atenção não nasce pronta: o desenvolvimento da atenção voluntária com alternativa à medicalização. **Nuances**: estudos sobre Educação, 25 (1), 2014, p. 78-96.

ELKONIN, D. Sobre el problema de la periodización del desarrollo psíquico en la infancia. In: DAVIDOV, V; SHUARE, M. (Org.). **La Psicología Evolutiva y Pedagógica en la URSS** (antologia). Moscou: Progreso, 1987, p. 125-142.

FRANCO, A. F.; TULESKI, S. C.; EIDT, N. M.; CHAVES, M. **A medicalização da infância e políticas públicas**: Análise teórica a partir da Psicologia Histórico-Cultural. Disponível em: <http://www.histedbr.fe.unicamp.br/acer_histedbr/jornada/jornada11/artigos/2/artigo_simposio_2_766_adriff franco@hotmail.com.pdf>. Acesso em: 6 de novembro de 2016.

ISAÍAS, M. **Hiperactividad**: una advertencia sobre la medicalización de niños. Diario La Capital, Argentina, supl. Educación, 2007. Disponível em: <<http://www.forumadd.com.ar/documentos/a16.htm>>. Acesso em: 23 de março 2017.

LEITE, H. A. **A atenção na constituição do desenvolvimento humano**: contribuições da psicologia histórico-cultural. Tese de Doutorado, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, 2015.

LUCENA, J. E. E. **O desenvolvimento da atenção voluntária na Educação Infantil**: Contribuições da Psicologia Histórico-Cultural para processos educativos e práticas pedagógicas. Dissertação de mestrado, Universidade Estadual de Maringá, Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes, Departamento de Psicologia, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, 2016.

LURIA, A. R. **Fundamentos de neuropsicologia**. São Paulo: Editora Universidade de

São Paulo, 1981.

MAKARENKO, A. S. **La educación infantil**. Madrid: Nuestra Cultura, 1980.

PASQUALINI, J. C. Periodização do desenvolvimento psíquico à luz da Escola de Vigotski: a teoria histórico-cultural do desenvolvimento infantil e suas implicações pedagógicas. In: MARSIGLIA, Ana Carolina Galvão. (Org.) **Infância e Pedagogia Histórico-Crítica**. Campinas, SP: Autores Associados, 2013, p. 71-97.

QUINO, J. L. **Toda Mafalda**. São Paulo: Martins Fontes, 2003.

SMIRNOV, A. A.; GONOBOLIN, F. N. La atención. Em **Psicología** (cap. VI, pp. 177-200). México: Tratados y Manuales Grijalbo, 1960.

VYGOTSKY, L. S. (2013) **Obras Escogidas**. Tomo IV.

WILLIAMS, L. C. de A., & STELKO-PEREIRA, A. C. **Violência nota zero**: Como aprimorar as relações na escola. São Carlos, SP: EdUFSCar, 2013.

SOBRE OS/AS AUTORES/AS

Adriana de Fatima Franco. Psicóloga pela UNESP-Bauru, mestrado e doutorado em Psicologia da Educação pela PUC-SP e Pós-doutorado pela Universidade Estadual Paulista (UNESP- Araraquara). É professora do Departamento de Psicologia e Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Estadual de Maringá. E-mail: adrifranco@hotmail.com

Andreia Cristina Conegero Sanches. Farmacêutica, Mestre em Ciências Farmacêuticas pela UNESP, Doutora em Ciências Farmacêuticas pela UFPR, professora associada da Universidade Estadual do Oeste do Paraná, colegiado do curso de Farmácia, Centro de Ciências Médicas e Farmacêuticas. E-mail: andreiaconegero@gmail.com

Angela de Cássia Silva Capoia de Osti. Graduada em Ciências pela Faculdade de Filosofia Ciências e Letras de Mandaguari, Pedagoga pela Faculdade de Filosofia Ciências e Letras de Mandaguari. Especialista em Psicopedagogia pela Faculdade de Filosofia Ciências e Letras de Mandaguari. Atualmente atua na secretaria de educação da Prefeitura Municipal de Mandaguari. E-mail: acdeosti@yahoo.com.br

Barbara Cristina Niero. Psicóloga, professora no Centro das Faculdades Metropolitanas Unidas FMU-SP, doutoranda no Programa de Psicologia Escolar e da Aprendizagem na Universidade de São Paulo. E-mail: babixxniero@gmail.com

Beatriz Moreira Bezerra Vieira. Psicóloga e mestra em Psicologia pela Universidade Estadual de Maringá. Atualmente é doutoranda no Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Estadual de Maringá e atua como professora temporária do Departamento de Psicologia da mesma universidade (DPI-UEM) e como docente do Centro Universitário Integrado de Campo Mourão (PR). E-mail: beatrizmb_vieira@hotmail.com

Carla Betania Huf Ferraz Campos. Fisioterapeuta pelo Centro Universitário Adventista de São Paulo, mestre e doutoranda em Biociências Aplicadas à Farmácia pela Universidade Estadual de Maringá. Docente dos cursos de Enfermagem, Psicologia e Pedagogia da Faculdade Adventista Paranaense (FAP). E-mail: carla_betania@hotmail.com

Carla Janaina Trindade Del Rossi. Psicóloga Escolar na rede pública e privada de Ensino de Mandaguari. Graduada em Psicologia pela Universidade Estadual de Maringá, Pós-Graduada em Gestão Pública pela Universidade Estadual de Ponta Grossa e Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Estadual Paulista, campus de Assis.

Cíntia Daquana Costa. Pedagoga assessora do setor de Educação Especial da Secretaria Municipal de Educação de Cambé. E-mail: educacaoinclusiva@cambe.pr.gov.br

Cleudet Assis Scherer. Doutora em Psicologia pela Universidade Estadual de Maringá (PPI/UEM), Mestre em Educação pela Universidade Estadual de Maringá (PPE/UEM) Pedagoga pela Faculdade de Ciências e Letras de Campo Mourão (FECILCAM). É professora do Colegiado de Pedagogia da Universidade Estadual do Paraná - UNESPAR/ Campus de Campo Mourão). E-mail: cleudet@yahoo.com.br

Daniella Fernanda Moreira. Psicóloga, mestre em Psicologia pela Universidade Estadual de Maringá. E-mail: dfmoreira.psico@gmail.com

Débora Lopes de Castro dos Santos. Psicóloga pela Universidade Estadual de Maringá.
E-mail: dehbeelopes@gmail.com

Edna Salet Radigonda Delalibera. Psicóloga, mestre em educação pela Universidade Estadual de Maringá; Psicóloga da Secretaria Municipal de Educação de Maringá.
E-mail: ednasrd@hotmail.com

Elaine Cristina Peres da Fonseca. Psicóloga pela Universidade Estadual de Londrina, especialização em Psicologia Clínica pela Universidade Estadual de Londrina e em Saúde Mental pela Universidade Estadual de Londrina. Atualmente é Psicóloga da Prefeitura Municipal de Cambé.
E-mail: educacaoinclusiva@cambe.pr.gov.br

Eliane Kiyomi Tabuti. Psicóloga pela Faculdade Metropolitana de Maringá (2015), Farmacêutica Industrial pela Universidade Estadual de Maringá. Pós-graduação em Manipulação Farmacêutica pelo Centro Universitário de Maringá. Mestre em Psicologia pela Universidade Estadual de Maringá. E-mail: eliane.tabuti@gmail.com

Elvenice Tatiana Zoia. Pedagoga pela Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE), Mestre em Educação pela Universidade Federal do Paraná (UFPR). Doutoranda em Educação pelo Programa de Pós-Graduação em Educação na Universidade Estadual de Maringá (UEM); Docente do Centro de Educação, Comunicação e Artes da Universidade Estadual do Oeste do Paraná. E-mail: tatianazoia.zoia@gmail.com

Fabiola Batista Gomes Firbida. Psicóloga, mestre em Psicologia pela Universidade Estadual de Maringá, doutora em Psicologia pela Unesp Assis-SP e pós doutoranda do Programa de pós-graduação em Psicologia da UEM. E-mail: fabiolabgomes@hotmail.com

Fernando Wolff Mendonça. Pedagogo Fonoaudiólogo - Mestre em Educação pela UFPr. Doutor em Educação pela UEM. Professor adjunto do Departamento de pedagogia - UEM- CRC; Professor no Programa de Pós-Graduação em Psicologia - PPI – UEM. E-mail: ferwmen@hotmail.com

Gisele Magri dos Santos. Graduada em Matemática pela Universidade Estadual de Londrina. Atualmente Assessora da Prefeitura Municipal de Cambé.
E-mail: educacaoinclusiva@cambe.pr.gov.br

Hilusca Alves Leite. Psicóloga e Mestre em Psicologia pela Universidade Estadual de Maringá. Doutora em Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano pela Universidade de São Paulo. Atualmente atua como docente na Universidade Estadual de Maringá. Email: hilusca.leite@yahoo.com.br.

Janaina Franciele Camargo. Psicóloga pela Universidade Estadual de Maringá, Especialização em Saúde Mental com Ênfase em Transtornos Globais do Desenvolvimento pela Faculdade de Tecnologia Machado de Assis - FAMA. Mestrado pelo Programa de Pós-graduação em Psicologia Social da Universidade Federal da Paraíba - UFPB, Doutoranda no Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Estadual de Maringá – UEM. Atua como psicóloga na Secretaria de Educação da Prefeitura do Município de Maringá. E-mail: jana1013@gmail.com

Jéssica Elise Echs Lucena Polaquini. Psicóloga pela Universidade Estadual de Maringá, Mestrado em Psicologia pela Universidade Estadual de Maringá. Atualmente é Professora de Psicologia - Unicesumar e atende em Clínica de Psicologia a partir da abordagem da Psicologia Histórico Cultural. E-mail: jessicaelucena@gmail.com

Larissa Botelho Bianchini Thadeu. Psicóloga da Secretaria Municipal de Educação de Mandaguari. E-mail: larissa_seduc@yahoo.com.br

Lorena Carrillo Colaço. Psicóloga pela Universidade Estadual do Centro-Oeste - UNICENTRO/PR. Pós-Graduada em Docência do Ensino Superior (2016) e Neuroaprendizagem (2018). Especialista em Avaliação Psicológica pela Universidade Paranaense - UNIPAR (2019). Mestre em Psicologia pela Universidade Estadual de Maringá (2016). Psicóloga na Secretaria Municipal de Assistência Social de Iracema do Oeste - Paraná. E-mail: lcc.lorena@gmail.com

Maria Aparecida de Fátima. (Secretaria Municipal de Educação de Rio Bom e SEED - PR) Pedagoga pela Universidade Estadual do Centro-Oeste, Graduada em Arte pelo UNAR, Pós-Graduada em Educação Especial pela UNIVALE, Pós-Graduada em Arte, Educação e Terapia e Metodologia do Ensino de Filosofia e Sociologia pela Faculdade São Braz, atualmente cursando Pós Graduação em Gestão Escolar. Professora da Secretaria Municipal de Educação de Rio Bom e da SEED-PR. E-mail: mari-fatima@hotmail.com

Neide Silveira Duarte de Matos. Pedagoga, Mestre em Educação pelo PPGE/UNIOESTE-Cascavel, Doutora em Psicologia pelo PPI/UEM com estágio na Faculdade de Psicologia da Universidade de Havana/Cuba. Docente adjunta do Centro de Educação, Comunicação e Artes da Universidade Estadual do Oeste do Paraná. E-mail: neide.matos@unioeste.br

Patrícia Barbosa da Silva. Graduação em Psicologia pela Universidade Estadual de Maringá (UEM). Atualmente, realiza mestrado pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia (PPI /UEM), no qual estuda o desenvolvimento humano e processos educativos, com auxílio financeiro da CAPES. Email: patricia1.barbosa.da.silva@gmail.com

Rejane Teixeira Coelho. Psicóloga, Mestre e doutora em Psicologia Social pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Docente do Centro de Educação, Comunicação e Artes - CECA, campus de Cascavel, da Universidade Estadual do Oeste do Paraná. Email: enajerco@uol.com.br.

Renata Marchiori. Psicóloga do CRAS de Rio Bom, Pós-graduação em Psicopedagogia Clínica e Institucional e Pós- graduação em Neuroaprendizagem. E-mail: Renata_Markiori@hotmail.com

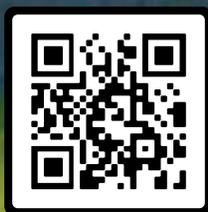
Rosana Aparecida Albuquerque Bonadio. Psicóloga, Mestre e Doutora em Educação pela UEM. Docente do Departamento de Psicologia da Universidade Estadual de Maringá. E-mail: raalbuquerque@uem.br

Sandra Elaine Mendelli Neves. Psicóloga pela Faculdade de Jandaia do Sul. Atua na Secretaria Municipal de Educação de Mandaguari. E-mail: sandramandellineves@hotmail.com

Selma Aparecida Raimundini de Andrade. Psicóloga pela Universidade Estadual de Maringá, especialização em Marketing Interno e Recursos Humanos pelo Centro de Estudos Superiores de Londrina, especialização em Psicopedagogia Clínica e Institucional pela Faculdade de Filosofia Ciências e Letras de Mandaguari, Mestre em Educação pela Universidade Estadual de Maringá. Atualmente é Psicóloga Escolar da Prefeitura Municipal de Mandaguari - Secretaria de Educação. E-mail: selma_raimundini@hotmail.com

Silvana Calvo Tuleski. Psicóloga, Mestre em Fundamentos da Educação pela UEM, Doutora e Pós-doutora em Educação Escolar pela UNESP de Araraquara. Docente do Departamento e do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Estadual de Maringá. E-mail: silvanatuleski@gmail.com

O objetivo deste material é responder a muitas das dúvidas que pais e professores possuem sobre o desenvolvimento infantil. Perguntas como: como as crianças aprendem e se desenvolvem? Quais os momentos críticos do desenvolvimento e como podemos lidar com eles? Como é possível desenvolver a atenção e o comportamento voluntário? Que papel tem o ensino no desenvolvimento das funções psicológicas? As crianças hoje estão sendo excessivamente diagnosticadas com transtornos? Quais os efeitos colaterais dos medicamentos mais prescritos na infância? Estas e outras perguntas procuramos abordar ao longo dos capítulos em uma linguagem acessível a pais e professores. Boa leitura!!



ISBN: 978-65-87911-60-1



9 786587 911601

+55 (44) 3045 9898
Rodovia BR 376, Km 102, nº 1.000
CEP 87.720-140 - Paranavaí-PR
www.unifatecie.edu.br/editora
edufatecie@fatecie.edu.br