



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO

Clarívia Fontana Possamai

Medicalização e patologização na Educação Infantil: um estudo (auto)biográfico
de Joaquim e suas implicações nos processos formativos

Florianópolis
2024

Clarívia Fontana Possamai

Medicalização e Patologização na Educação Infantil: um estudo (auto)biográfico
de Joaquim e suas implicações nos processos formativos

Tese submetida ao Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do título de doutora em Educação.

Orientador: Prof. Dr. Fábio Machado Pinto.

Florianópolis

2024

Possamai, Clarívia Fontana

Medicalização e patologização na Educação Infantil : um estudo (auto)biográfico de Joaquim e suas implicações nos processos formativos / Clarívia Fontana Possamai ; orientador, Fábio Machado Pinto, 2024.

250 p.

Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Educação, Programa de Pós-Graduação em Educação, Florianópolis, 2024.

Inclui referências.

1. Educação. 2. Medicalização da educação. 3. Infância. 4. Processos formativos. 5. Pesquisa (auto)biográfica.. I. Pinto, Fábio Machado. II. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Educação. III. Título.

Clarívia Fontana Possamai

Medicalização e patologização na Educação Infantil: um estudo (auto)biográfico
de Joaquim e suas implicações nos processos formativos

O presente trabalho, em nível de Doutorado, foi avaliado e aprovado, em 12 de abril de 2024 por Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof.^a Maria Helena Menna Barreto Abrahão, Dr.^a
Universidade Federal de Pelotas – UFPel

Prof.^a Zuleica Pretto, Dr.^a
Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC

Prof.^a Simone Vieira Souza, Dr.^a
Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC

Justina Inês Sponchiado, Dr.^a
Núcleo Castor - NUCA/SC

Lara Beatriz Fuck, Dr.^a
Núcleo Castor - NUCA/SC

Certificamos que esta é a versão original e final do trabalho, que foi julgado adequado para obtenção do título de doutora em Educação.

Prof. Ademir Valdir dos Santos, Dr.
Coordenador do Programa de Pós-Graduação

Prof. Fábio Machado Pinto, Dr.
Orientador

Florianópolis
2024

RESUMO

Este estudo teve como objetivo compreender as implicações da medicalização e patologização no processo formativo de uma criança na Educação Infantil. Trata-se de uma pesquisa (auto)biográfica de abordagem qualitativa-quantitativa, realizada por meio do método progressivo/regressivo (Sartre, 2002). Este método nos permite compreender fenômenos relacionados à educação na infância tomando a criança *em-situação*, constituindo-se num contexto sócio-histórico em que os processos de medicalização da educação ganham forma. Foi realizada uma revisão bibliográfica sobre os processos históricos e o panorama da medicalização no Brasil, sobre as políticas da Educação Infantil e o desenvolvimento infantil a partir das obras Vigotski, em diálogo com a sociologia de Bernard Charlot. Com a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (Parecer nº 5.556.390), realizou-se um levantamento sobre os processos de (não)medicalização do Departamento de Educação Infantil da Associação Feminina de Assistência Social de Criciúma. Como proposta (auto)biográfica, foi realizada a seleção de uma criança que vivenciava processos de medicalização no contexto escolar. Para coleta e construção do material empírico recorreu-se a entrevistas semiestruturadas e observação. Essa pesquisa nos permitiu compreender que os processos de medicalização na educação, os quais estão ligados à influência de um saber médico-higienista que se perpetua na sociedade há séculos, manifestam-se também na esfera da Educação Infantil, afetando práticas pedagógicas das professoras e, conseqüentemente, exercendo um impacto significativo no processo formativo das crianças. Joaquim, a criança protagonista desta pesquisa, depois de enfrentar complicações de saúde respiratória e adenoide, que geraram conseqüências no desenvolvimento da fala e comportamento irritadiço, vivencia os impactos da medicalização e patologização. Professoras o reconhecem como uma criança agitada e que não participa das atividades pedagógicas. Diante disso, as implicações no processo formativo (totalizações em curso) envolvem desde questões psíquicas no processo de formação do seu saber-de-ser, nas relações interpessoais e afetivas, enquanto ser social que aprende a cuidar de si e dos outros, até aspectos da aprendizagem, por não ser incluso nas atividades e, assim, não estabelecer uma relação agradável com o saber escolar. Para propostas de superação, considera-se importante haver formações pedagógicas que promovam reflexões críticas a respeito dos processos de (não) medicalização e sua interferência no desenvolvimento e aprendizagem das crianças, considerando a necessidade de ampliar recursos humanos e pedagógicos, além de condições favoráveis para realização do trabalho docente.

Palavras-chave: Medicalização da educação. Infância. Processos formativos. Pesquisa (auto)biográfica.

ABSTRACT

This study aimed to understand the implications of medicalization and pathologization in the formative process of a child in early childhood education. This is an (auto)biographical research with a qualitative-quantitative approach, carried out using the progressive/regressive method (Sartre, 2002). This method allows us to understand phenomena related to childhood education, taking the child in-situation, constituting a socio-historical context in which the processes of medicalization of education take shape. A bibliographical review was carried out on the historical processes and panorama of medicalization in Brazil; policies of early childhood education and child development based on the works of Vygotsky in dialogue with the sociology of Bernard Charlot. With the approval of the Ethics and Research Committee under opinion no. 5,556. 390, a survey was carried out on the (non)medicalization processes of the Department of Early Childhood Education of the Associação Feminina de Assistência Social de Criciúma. As an (auto)biographical proposal, a child who experienced medicalization processes in the school context was selected. To collect and construct empirical material, semi-structured interviews and observation were used. This research allowed us to understand that the processes of medicalization in education, which are linked to the influence of medical-hygienist knowledge that has perpetuated in society for centuries, also manifest themselves in the sphere of early childhood education, affecting teachers' pedagogical practices and, consequently, exerting a significant impact on children's formative process. Joaquim, the child protagonist of this research, after facing health, respiratory and adenoid complications, generating consequences for the development of speech and irritable behavior, experiences the impacts of medicalization and pathologization. Teachers recognize him as an agitated child who does not participate in educational activities. In view of this, the implications in the formative process (ongoing totalizations) involve everything from psychic issues in the process of forming one's knowledge of being, interpersonal and affective relationships, as a social being that learns to take care of oneself and others, as in aspects of learning by not being included in the activities and, therefore, not establishing a pleasant relationship with school knowledge. For overcoming proposals, it is considered important to have pedagogical training that promotes critical reflections regarding the processes of (non)medicalization and its interference in children's development and learning, considering the need to expand human and pedagogical resources, as well as favorable conditions for carrying out teaching work.

Keywords: Medicalization of education. Infancy. Training processes. (auto)Biographical research.

RESUMEN

Este estudio tuvo como objetivo comprender las implicaciones de la medicalización y patologización en el proceso formativo de un niño en educación infantil. Se trata de una investigación (auto)biográfica con enfoque cualitativo-cuantitativo, realizada mediante el método progresivo/regresivo (Sartre, 2002). Este método permite comprender fenómenos relacionados con la educación infantil, tomando al niño en situación, constituyendo un contexto sociohistórico en el que se concretan los procesos de medicalización de la educación. Se realizó una revisión bibliográfica sobre los procesos históricos y el panorama de la medicalización en Brasil; Políticas de educación infantil y desarrollo infantil basadas en los trabajos de Vygotsky en diálogo con la sociología de Bernard Charlot. Con la aprobación del Comité de Ética e Investigación bajo dictamen nº 5.556. 390, se realizó una encuesta sobre los procesos de (no)medicalización del Departamento de Educación Infantil de la Associação Feminina de Assistência Social de Criciúma. Como propuesta (auto)biográfica, se seleccionó un niño que vivió procesos de medicalización en el contexto escolar. Para recolectar y construir material empírico se utilizaron entrevistas semiestructuradas y observación. Esta investigación permitió comprender que los procesos de medicalización en la educación, que están vinculados a la influencia del conocimiento médico-higienista que se ha perpetuado en la sociedad durante siglos, también se manifiestan en el ámbito de la educación infantil, afectando las prácticas pedagógicas de los docentes, ejerciendo en consecuencia un impacto significativo en el proceso formativo de los niños. Joaquim, el niño protagonista de esta investigación, luego de enfrentar complicaciones de salud, respiratorias y adenoides, generando consecuencias para el desarrollo del habla y conducta irritable, vive los impactos de la medicalización y patologización. Los profesores lo reconocen como un niño agitado que no participa en las actividades educativas. Ante esto, las implicaciones en el proceso formativo (totalizaciones en curso) involucran desde cuestiones psíquicas en el proceso de formación del conocimiento del ser, las relaciones interpersonales y afectivas, como ser social que aprende a cuidar de sí mismo y de los demás, como en aspectos del aprendizaje al no ser incluidos en las actividades y, por tanto, no establecer una relación agradable con el conocimiento escolar. Para las propuestas de superación, se considera importante contar con una formación pedagógica que promueva reflexiones críticas sobre los procesos de (no)medicalización y su injerencia en el desarrollo y aprendizaje de los niños, considerando la necesidad de ampliar los recursos humanos y pedagógicos, así como las condiciones favorables para el desempeño. realizar labores docentes.

Palabras clave: Medicalización de la educación. Infancia. Procesos de formación. Investigación (auto)biográfica.

AGRADECIMENTOS

Foram tantas pessoas que fizeram (e fazem) parte de meu tecido sociológico, com palavras de incentivo, força e apoio, que não será possível citar todas aqui. Vou me ater àquelas que de alguma forma me acompanharam mais de perto nesse período de doutoramento.

Um agradecimento especial ao meu professor e orientador, Fábio Machado Pinto. Sem você, o caminho teria sido mais difícil. Sua mediação, *expertise* e acolhimento foram fundamentais para que eu pudesse concretizar esta pesquisa. Ser humano e orientador ímpar!

Agradeço a todos(as) os(as) meus(minhas) colegas do Grupo de Estudos Biográficos Sartreano (GEBioS) pelos estudos compartilhados e pelos cafés descontraídos no período de estudos presenciais. Especialmente àqueles(as) que estiveram mais próximos nos últimos tempos: Júlio, Lara, Elis, Justina e Débora.

Às professoras e professores do Programa de Pós-Graduação em Educação em especial aqueles(as) com que tive contato em sala de aula.

Agradeço a banca examinadora por terem aceitado ao convite para estar presente neste momento tão importante de minha trajetória acadêmica e profissional, tenho certeza de que terão ricas contribuições: Zuleica Pretto; Maria Helena Menna Barreto Abrahão, Simone Vieira de Souza, Justina Inês Sponchiado e Lara Beatriz Fuck.

Agradeço ao Fundo Estadual de Apoio à Manutenção e ao Desenvolvimento da Educação Superior -FUMDES que foi fundamental para realização desta pesquisa.

Agradeço a Rafaela Matavelli, minha colega de profissão que se tornou uma grande amiga. Obrigada por estar sempre trazendo leveza, confiança e conforto na vida e neste período de doutoramento.

Agradeço ao Valdenir, meu colega de profissão, psicólogo, professor e parceiro de doutorado, pelas trocas, parcerias e pelo profissionalismo.

Agradeço à direção da AFASC, ao Departamento de Educação Infantil (coordenação, psicólogas, diretora do CEI e professoras) pelo acolhimento e confiança.

Agradecimento especial a família de Joaquim por ter aceitado fazer parte desta pesquisa e autorizar que Joaquim fizesse parte também. Pela confiança que depositaram em meu trabalho.

Um agradecimento especial aos amores da minha vida: minha família. Minha mãe Cleonice, meu (pai)drasto Valentim (*in memoriam*), minha irmã Daniely, meus irmãos José Bruno e José Antônio. Todos, de alguma forma, fizeram-se presentes, me incentivando, torcendo por mim e se orgulhando das minhas conquistas.

Ao meu companheiro amoroso de vida, Christiano, por ter sido fundamental nesta caminhada. Pelo incentivo, pela confiança e pelas comidinhas deliciosas que você me prepara, especialmente como forma de carinho e conforto nos dias difíceis. Por exercer sua paciência e me acalmar em meus momentos de desespero, ao achar que não daria conta. Obrigada por estar presente com todo seu amor e carinho.

E ao Gru, meu amor de quatro patas: obrigada por despertar o que há de melhor em mim. Obrigada por me transformar a cada dia em um ser humano melhor.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Organização da Educação Infantil.....	49
Figura 2 – Movimento progressivo–regressivo	76
Figura 3 – Dimensões antropológica e sociológica	77
Figura 4 – Representação da criança em situação de medicalização	78
Figura 5 – Projeto “Cuidando de quem educa”	92
Figura 6 – Projeto “Família e CEI: uma parceria que dá certo”	93
Figura 7 – Evento “Criança vem com bula?”	95
Figura 8 – Informativo do evento “Criança vem com bula?”	96
Figura 9 – Evento “Vamos dizer não a medicalização na primeira infância”	97
Figura 10 – Atividade horário de acolhimento	144
Figura 11 – Buscando sozinho alternativas de atividades- embaixo das cadeiras .	145
Figura 12 – Demonstração da atividade	145
Figura 13 – Lista de presença – chamada oral.....	146
Figura 14 – Realizando atividade próximo à colega	147
Figura 15 – Joaquim abraçado com Igor	149
Figura 16 – Joaquim interessado pela atividade	151
Figura 17 – Joaquim mostrando interesse pela atividade, mas sendo ignorado	152
Figura 18 – Joaquim interessado pelas pecinhas.....	154
Figura 19 – Joaquim brincando com massinha	155
Figura 20 – Joaquim participando da atividade no parque	156
Figura 21 – Joaquim realizando atividade no parque	156
Figura 22 – Joaquim realizando atividade no parque junto com as colegas	157
Figura 23 – Joaquim explorando o parque e interagindo com colegas	157
Figura 24 – Joaquim excluído da atividade pedagógica	159
Figura 25 – Atividade pedagógica pintura - Joaquim excluído	161
Figura 26 – Atividade pedagógica concluída - pintura.....	161
Figura 27 – Joaquim interessado na atividade da professora	162
Figura 28 – Registro da organização das camas das crianças	163
Figura 29 – Barraca da Selfie - Festa Junina	164
Figura 30 – Atividade de acolhimento	168
Figura 31 – Joaquim dançando com os colegas - Festa Junina.....	169
Figura 32 – Joaquim dançando de mãos dadas com a colega.....	170

Figura 33 – Semáforo do comportamento	171
Figura 34 – Compreensão e totalização em curso - Joaquim.....	193
Figura 35 – Processo de formação do Saber-de-ser.....	206

LISTA DE QUADROS E TABELAS

Quadro 1 – Grupos de pesquisa – Região Sudeste	37
Quadro 2 – Grupos de Pesquisa – Região Sul do Brasil	38
Quadro 3 – Grupos de pesquisa regiões norte, nordeste e centro oeste.	39
Quadro 4 – Projeto “Educar sem rótulos”	99
Quadro 5 – CEIs <i>versus</i> crianças com laudos diagnósticos	104
Quadro 6 – Cronograma de coleta e construção dos materiais empíricos	115
Quadro 7 – Descrição da estrutura física	137
Quadro 8 – Sala <i>versus</i> faixa etária	138
Quadro 9 – Rotina diária grupo III e IV	139
Tabela 1 – Número de atendimentos no setor de Psicologia do DEI/Afasc.....	101

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

Afasc	Associação Feminina de Assistência Social de Criciúma
BNCC	Base Nacional Comum Curricular
Capes	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CAPSi	Centro de Atenção Psicossocial Infantil
CEB	Câmara de Educação Básica
CEI	Centro de Educação Infantil
CLT	Consolidação das Leis Trabalhistas
CNE	Conselho Nacional de Educação
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
DCNEI	Diretrizes Curriculares Nacionais de Educação Infantil
DEI	Departamento de Educação Infantil
Dr.	Doutor
Dr. ^a	Doutora
DSM-V	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders</i>
Esucri	Escola Superior de Criciúma
Fumdes	Fundo Estadual de Apoio à Manutenção e ao Desenvolvimento da Educação Superior
GEBioS	Grupo de Estudos Biográficos Sartreanos
GEDHEE	Grupo de Estudos em Desenvolvimento Humano e Educação Escolar
Gepi	Grupo de Estudo e Pesquisa em Inclusão
Gepiee	Grupo de Estudos e Pesquisa sobre Infância, Educação e Escola
GIQE	Grupo Interinstitucional Queixa Escolar
GPEFE	Grupo de Pesquisa: Estudos foucaultianos e Educação
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
Laesp	Laboratório de Estudos em Saúde Pública
n./n ^o	número
NEPDS	Núcleo de Estudos Psicossociais sobre Direitos Humanos e Saúde
Nespera	Núcleo de Estudos Plurais em Educação, Alimentação e Humanidades
Nupebisc	Núcleo de Pesquisa e Extensão em Bioética e Saúde Coletiva
Neppi	Núcleo de Estudos e Pesquisas sobre Profissões e Instituições
Nusec	Núcleo de Sociologia Econômica
p.	página

SNGPC	Sistema Nacional de Gerenciamento de Produtos Controlados
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina
Tale	Termo de Assentimento Livre Esclarecido
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TDAH	Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade
TEA	Transtorno do Espectro Autista
TOD	Transtorno Desafiante Opositor
Uniedu	Programa de Bolsas Universitárias de Santa Catarina
v.	volume

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO: TRAJETÓRIA ACADÊMICA, PESSOAL E PROFISSIONAL - RELAÇÃO COM A PROBLEMÁTICA DA PESQUISA	15
1 INTRODUÇÃO	21
2 PARTINDO DO UNIVERSAL: HORIZONTE ANTROPOLÓGICO SOBRE MEDICALIZAÇÃO E A EDUCAÇÃO INFANTIL NO BRASIL.....	29
2.1 MEDICALIZAÇÃO: BREVE CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA	29
2.2 PANORAMA DE ESTUDOS SOBRE MEDICALIZAÇÃO NO BRASIL	35
2.2.1 Medicalização no Contexto Escolar: Conceito, Desafios e Impactos.....	40
2.2.2 Prevalência do TDAH no Ambiente Escolar.....	41
2.2.3 Farmacêuticas e a medicalização infantil	43
2.2.4 Reflexões acerca da medicalização escolar e as queixas escolares durante a pandemia.....	45
2.3 EDUCAÇÃO INFANTIL NO BRASIL	46
3 REFERENCIAL TEÓRICO PARA COMPREENDER A INFÂNCIA, A ESCOLARIZAÇÃO E A PESQUISA (AUTO)BIOGRÁFICA.....	51
3.1 INFÂNCIA E ESCOLARIZAÇÃO	51
3.2 DESENVOLVIMENTO INFANTIL EM VIGOTSKI: ELEMENTOS PARA COMPREENDER O PROCESSO FORMATIVO NA EDUCAÇÃO INFANTIL	55
3.2.1 Sete aulas de L. S. Vigotski sobre os fundamentos da Pedologia.....	56
3.2.2 Imaginação e criação na infância	60
3.2.3 Psicologia pedagógica: papel do(a) professor(a)	63
3.2.4 Brincar como estratégia não medicalizante: elementos da psicologia histórico-cultural	65
3.3 DA RELAÇÃO COM O SABER DE BERNARD CHARLOT E O CONCEITO DE MOBILIZAÇÃO E ATIVIDADE: APROXIMAÇÕES COM A PSICOLOGIA HISTÓRICO-CULTURAL	70
3.4 SOCIOLOGIA CONTEMPORÂNEA DA EDUCAÇÃO E A PESQUISA (AUTO)BIOGRÁFICA: MÉTODO PROGRESSIVO-REGRESSIVO	73
4 ASPECTOS METODOLÓGICOS: A CAMINHO DA PESQUISA (AUTO)BIOGRÁFICA (SINGULAR)	83
4.1 QUESTÕES METODOLÓGICAS: MÉTODO PROGRESSIVO-REGRESSIVO NA PESQUISA EDUCACIONAL	83
4.1.1 Método.....	83
4.1.2 CAMINHOS METODOLÓGICOS DA PESQUISA	86
<i>4.1.2.1 Campo da pesquisa e medicalização da educação infantil</i>	<i>87</i>
4.1.3 Ações institucionais relacionadas à não medicalização da educação.....	91

4.1.4 Dados quantitativos relacionados a medicalização e patologização no Departamento de Educação Infantil da Afasc.....	100
5 MEDICALIZAÇÃO NA EDUCAÇÃO INFANTIL: A PARTIR DE SITUAÇÕES CONCRETAS, RELAÇÕES SOCIOLÓGICAS, MOVIMENTO SINGULAR-UNIVERSAL.....	115
5.1 ETAPA MICRO DO CAMPO DE PESQUISA: ENFOQUE SOCIOLÓGICO E (AUTO)BIOGRÁFICO	115
5.2 PROCEDIMENTO: ENTREVISTA COM A FAMÍLIA	118
5.2.1 Contexto sociológico familiar de Joaquim	119
<i>5.2.1.1 Avaliação escolar e de profissionais da saúde.....</i>	<i>132</i>
5.3 CONTEXTO EDUCACIONAL: DIMENSÃO SOCIOLÓGICA.....	136
5.3.1 Conhecendo Joaquim através das observações da pesquisadora	141
<i>5.3.1.1 Primeiro dia de observação – seis de junho de 2023.....</i>	<i>142</i>
<i>5.3.1.2 Descrição da cena de Joaquim na tentativa de interagir com o colega.....</i>	<i>147</i>
<i>5.3.1.3 Segundo dia de observação - sete de junho de 2023</i>	<i>153</i>
<i>5.3.1.4 Terceiro dia de observação – treze de junho de 2023</i>	<i>158</i>
<i>5.3.1.5 Quarto dia de observação – quinze de junho de 2023.....</i>	<i>164</i>
<i>5.3.1.6 Quinto dia de observação dezesseis de junho de 2023</i>	<i>168</i>
5.3.2 Uma síntese reflexiva sobre as observações das aulas de Joaquim	172
5.3.3 Entrevistas com as professoras	175
<i>5.3.3.1 Entrevista – professora Tânia.....</i>	<i>176</i>
<i>5.3.3.2 Entrevista – professora Carla</i>	<i>183</i>
5.4 SÍNTESE COMPREENSIVA DA TOTALIZAÇÃO EM CURSO – JOAQUIM.....	191
5.4.1 DESTAQUES SOBRE A VIDA DE JOAQUIM E A MEDIAÇÃO FAMILIAR: POSSIBILIDADES PARA A (NÃO) MEDICALIZAÇÃO	194
5.4.2 Inserção de Joaquim na Educação Infantil diante da força de um clima antropológico medicalizante (singular-universal).....	197
5.4.3 Joaquim e a relação com os saberes escolares diante de uma atmosfera medicalizante.....	200
5.4.4 Joaquim e as possíveis implicações para além dos saberes escolares: breves aproximações com Flaubert	203
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	210
REFERÊNCIAS.....	213
APÊNDICE A – ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA.....	218
APÊNDICE B – PROTOCOLO DE OBSERVAÇÃO.....	223

APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – FAMÍLIA.....	226
APÊNDICE D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – PROFESSORAS.....	231
ANEXO A – CAMPOS DE EXPERIÊNCIAS BNCC	235
ANEXO B – DECLARAÇÃO INSTITUCIONAL	243

APRESENTAÇÃO: TRAJETÓRIA ACADÊMICA, PESSOAL E PROFISSIONAL - RELAÇÃO COM A PROBLEMÁTICA DA PESQUISA¹

Minha relação com a educação e medicalização ocorreu antes mesmo de eu ter a definição destes conceitos. Acredito que não só eu, mas muitos de nós, no processo de escolarização, já presenciávamos situações que hoje definimos como medicalização e patologização. Ingressei na escola já na 1ª série do Ensino Fundamental I (1ª a 4ª série), em uma escola pública localizada num bairro em que muitos moradores eram de baixa renda e sua principal refeição era realizada na escola. Apesar de não ser abastada financeiramente, sempre tive alimento. De família agricultora, muito do que consumíamos era produzido por nós mesmos. Algumas vezes na semana, até ganhava alguns centavos de cruzeiros (que logo mudou para Real) para comprar balas na venda próxima à escola. Sendo assim, sempre acompanhei minha mãe, organizando alimentos e roupas para ajudar alguns colegas da escola. Ela sempre me orientava a comer algo junto a algum amigo que não tivesse, e o pouco que eu trazia teria que ser suficiente para compartilhar.

Trago essas informações porque, nas turmas em que estudei, sempre havia um(a) ou dois(duas) alunos(as) considerados 'burros(as)', 'retardados(as)' ou que iam para escola 'só para comer', o que era motivo de chacota por alguns(mas) colegas. Esses(as) alunos(as), às vezes, reprovavam e repetiam por três anos a mesma série. Era raro quando conseguiam terminar o Ensino Fundamental, que na época ia até à quarta série. Falando nisso, a cada ciclo escolar que se encerrava, ficavam alguns amigos/colegas para trás. Eu me sentia privilegiada por sempre poder continuar estudando e sabia que, infelizmente, eles(as) não tinham as mesmas possibilidades. Eu não era mais inteligente por continuar, eu tinha mais condições e possibilidades para isso.

Na época, minha escola atendia somente ao Ensino Fundamental I. Então, ao encerrar esse ciclo, fui estudar em uma Escola Estadual localizada no centro da cidade, onde permaneci até a conclusão do Ensino Médio. Nessa escola, no que diz respeito às situações medicalizantes, do que me recordo é que existia uma sala chamada de 'aceleração', que não era a sala em si, mas um programa que existia na época, para o qual migravam os(as) alunos(as) que já haviam reprovado muitas vezes

¹ Por se tratar de uma trajetória pessoal a escrita será realizada na primeira pessoa.

na mesma série e, para não ficar para trás, estudavam uma espécie de três em um. Em um ano, recuperavam dois ou três anos de repetência. É claro que quem estava nessa sala era visto pelos demais estudantes como 'burro'.

Estudei o Ensino Médio nessa escola, no período noturno, para poder trabalhar durante o dia. Após conclusão do Ensino Médio, ingressei no Ensino Superior, na Universidade do Sul de Santa Catarina (Unisul), na cidade de Araranguá, 40 quilômetros de distância da minha cidade, para cursar Psicologia. A escolha pela psicologia foi motivada pelo fato de se tratar de uma profissão que trabalha diretamente com pessoas, portanto me possibilitaria compreendê-las e ajudá-las. Como ainda residia na minha cidade natal, eu me deslocava com transporte coletivo para estudar. Para custear os estudos, dada a minha condição financeira, consegui ser incluída por alguns semestres no Programa de Auxílio de Bolsas de Estudos do governo do Estado de Santa Catarina, o Artigo 170, e minha família pagava o restante. O curso de Psicologia durava 10 semestres, portanto iniciei em 2003/2 e conclui em 2008/2. Ao ingressar na universidade, deparei-me com o amplo universo de oportunidades que um curso superior poderia me oferecer no campo pessoal e profissional. Durante os anos de estudo, procurei sempre conciliar minhas atividades acadêmicas com o trabalho, pois o financeiro era fundamental para manutenção dos estudos, apesar de ter ajuda da minha família.

Nos últimos anos da faculdade, precisei realizar estágios obrigatórios; foi quando meus caminhos se direcionaram com maior ênfase para a área educacional. Realizei o estágio em Psicologia Escolar em uma escola pública com turmas de Ensino Fundamental e Médio. Essa experiência, juntamente com a vivência em companhia de minha mãe e seus afazeres de professora, foi me levando a fazer especializações nessa área. Após concluir a faculdade, ainda trabalhava na área de vendas, porém recebi uma promoção na empresa que me levou a ser transferida para a cidade de Araranguá, onde passei a residir e gerenciar a filial no setor de vendas. Minha função, inicialmente, era voltada principalmente aos aspectos de relacionamento interpessoal e atendimento ao público. Em uma cidade com um pouco mais de recursos, vi a oportunidade de me especializar e iniciei uma pós-graduação *lato sensu* em Gestão de Pessoas, pois era minha área de trabalho à época, mas logo a interrompi, por ser na modalidade a distância, formato com o qual não me identificava naquele momento. Além disso, estava disposta a ir em busca de uma especialização na área da educação.

Assim, fui em busca de um trabalho na área educacional. Para minha alegria, logo consegui um trabalho como professora de cursos técnicos em uma instituição da cidade, na qual lecionava disciplinas de Psicologia. Porém, ainda conciliava o magistério com o trabalho de vendas. Com essa inserção no âmbito educacional, fui em busca de concretizar meu desejo de fazer uma especialização *stricto sensu* – Mestrado em Educação. Como na época não havia processo seletivo aberto, iniciei como aluna especial em uma disciplina isolada e me preparei para o ingresso efetivo. Após um ano, participei do processo seletivo e ingressei no Mestrado em Educação na Unisul (2012/1-2014/1), *Campus* Tubarão.

Em fase de finalização do Mestrado, estava em busca de uma oportunidade como professora no Ensino Superior. Iniciei como professora na Escola Superior de Criciúma (Esucri). Devido ao bom desempenho nas avaliações institucionais, minha carga horária foi aumentando e passei a lecionar nos cursos de Educação Física – (licenciatura e bacharelado) e Enfermagem. Após, fui convidada para fazer parte do projeto de iniciação à pesquisa dessa instituição e assumi parcialmente a coordenação dos estágios obrigatórios no curso de Psicologia. Em 2016, devido ao aumento da carga horária, entre outras questões, precisei residir na cidade de Criciúma, onde se encontravam as duas instituições de ensino em que eu trabalhava.

Antes disso, em 2014, tive a oportunidade de trabalhar como psicóloga escolar no Colégio Universitário, que atende ao Ensino Fundamental e ao Ensino Médio. No colégio, fui responsável pela elaboração do projeto “Família e escola caminhando juntos” que tinha como objetivo estreitar a parceria entre escola e família, visando contribuir ainda mais com a vida escolar dos alunos. Também fui responsável pela elaboração do Projeto “Orientação Profissional”, que tinha como objetivo fazer os alunos do Ensino Médio refletirem acerca de suas escolhas profissionais. Como complemento a esse projeto, elaborei outro, chamado “Aluno Esucri por um dia”, em parceria com a Faculdade Esucri, cujo objetivo era possibilitar aos alunos do 3º ano do Ensino Médio a participação como ‘alunos especiais’ em cursos superiores de seu interesse, em aulas pré-selecionadas, visando aproximá-los de suas futuras profissões.

Atuar como Psicóloga Escolar no Colégio Universitário contribuiu muito para minha experiência profissional, pois me deu a oportunidade de me inserir em um contexto escolar e vivenciar as mais variadas experiências. Porém, algumas questões começaram me inquietar, dentre as quais o saber patologizante que se circulava

nesse ambiente. Foi então que vislumbrei uma nova temática para pesquisa, mas que me impunha um novo desafio: continuar a viabilizar meus projetos ingressando no Doutorado em Educação da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).

Avaliando as possibilidades, julguei que seria necessário esperar um pouco mais. Após dois anos de trabalho, sem perder o foco em meu objetivo, iniciei como aluna especial de uma disciplina isolada no Doutorado em Educação da UFSC e desde então fui organizando minha carga horária de trabalho para poder ingressar em uma nova especialização. Precisei me desvincular do Colégio Universitário, para me dedicar um pouco mais aos estudos. Porém, nesse meio tempo, fui convidada pela Secretaria Municipal de Educação de Criciúma para realizar capacitações para gestoras e secretárias das escolas municipais. A partir dessa prática, surgiram novos convites de trabalho, entre os quais para atuar como Psicóloga Escolar no Departamento de Educação Infantil de uma instituição filantrópica. Resolvi então conciliar minha nova atividade com meu trabalho de docente no Ensino Superior. Aceitei o desafio, principalmente, pelo fato de a prática estar diretamente vinculada ao meu desejo de estudo e pesquisa: a patologização na Educação Infantil.

Percebi uma alta demanda de encaminhamentos para o setor de Psicologia e cogitei que isso se devia a vigência de um saber medicalizante no interior da escola. Ao realizar algumas orientações a familiares e professoras, pude perceber, muitas vezes, que este saber tinha um viés de senso comum. Buscando conhecer de forma mais próxima quem seriam aquelas professoras e famílias com quem eu iria trabalhar, organizei dois projetos, que aconteceram simultaneamente. Aqui irei falar rapidamente sobre ambos, que mais a frente será devidamente detalhada.

Um desses projetos se chamava “Cuidando de quem educa” e tinha como objetivo, por meio da realização de encontros, orientar e discutir com as professoras sobre temáticas que direta ou indiretamente influenciavam o trabalho docente e possibilitavam melhorias no atendimento às crianças. O projeto também fortalecia questões emocionais e incentivava a discussão acerca de suas implicações, tanto na vida pessoal como na vida profissional. O outro projeto, chamado “Família e CEI: uma parceria que dá certo”, tinha como objetivo promover encontros, com vistas a orientar e discutir com os familiares temáticas pertinentes ao desenvolvimento infantil. Eu já ia com algo programado em mente, com base em queixas oriundas dos encaminhamentos que recebia, mas também abria espaço para diálogo com as famílias, a fim de saber como eram suas rotinas, suas dificuldades.

Confesso que colocar em prática esses projetos me deixava muitas vezes bem cansada. Comecei com uma carga horária inicial de 20 horas semanais e depois precisei reduzir para 12 horas, devido ao ingresso em disciplinas isoladas no Doutorado em Educação. Mas, ao mesmo tempo, percebia o quanto era necessário; se tivesse apenas uma pessoa participando, eu estaria ali dando o máximo de mim. Ouvi muitas histórias, que me emocionaram, inspiraram e me fizeram questionar: como posso fazer para colaborar ainda mais com a vida dessas crianças, famílias e professoras? Quase querendo abraçar o mundo, mas vendo que não era possível, sofria com isso. Eu via o esforço de muitas famílias e professoras, que davam o seu melhor. Claro, também encontrei profissionais e famílias não muito comprometidos com o desenvolvimento das crianças.

Inclusive percebia algumas práticas medicalizantes aparecerem nos relatos, em meio a considerações sobre o correto e o melhor a fazer, por exemplo: realizar encaminhamentos a profissionais da saúde e ao setor de psicologia diante de qualquer alteração no comportamento da criança. Lembro-me bem de duas situações, que me marcaram bastante. Uma delas é a de uma criança que ia até o parquinho do CEI, onde havia escorregadores, gangorra e outros brinquedos, mas só ficava no escorregador. A professora então entendia que isso era um comportamento repetitivo, característico de criança com Transtorno do Espectro Autista (TEA). Outra situação, envolvendo outra professora de CEI, era a de uma criança que só gostava de brincar com dinossauros e não fazia nenhuma outra atividade; a professora ficou preocupada, pois também julgava que se tratava de uma característica de criança com TEA.

Percebendo que havia necessidade de melhor instruir as professoras sobre práticas não medicalizante, foram organizados dois eventos sobre medicalização na Educação Infantil: “Criança vem com Bula?” (2018) e “Vamos dizer não a medicalização da educação infantil?” (2019). Neste último, contamos com participação da Psicóloga Dr.^a Marilda Facci. Foi uma imensa alegria conseguir que ela viesse ministrar este evento/palestra. Conhecer a Marilda Facci pessoalmente e receber várias dicas e ensinamentos sobre minha área de atuação foi incrível. Até então, eu só a conhecia dos livros e das palestras que frequentava, mas de forma distante. Em ambos os eventos, todas as professoras participaram. Mais à frente, detalharei esses eventos.

Essas, entre outras experiências na Educação Infantil, foram/são fundamentais para minha mobilização diante do novo projeto – o Doutorado em Educação sobre a temática medicalização e patologização da educação.

Comecei cursando disciplinas isoladas no Doutorado em Educação da UFSC, no qual tive o imenso prazer de conhecer professor Fábio Machado Pinto, hoje meu orientador. Professor e pessoa incrível! Comecei a frequentar o GEBioS, grupo que ele coordena. Participei do processo seletivo em 2018, para ingresso em 2019, fui aprovada e me tornei oficialmente aluna do Doutorado em Educação da UFSC, um sonho realizado (porque realmente parecia algo distante). Nesse mesmo ano, fui contemplada com a bolsa do Programa de Bolsas Universitárias de Santa Catarina (Uniedu), do Fundo Estadual de Apoio à Manutenção e ao Desenvolvimento da Educação Superior (Fumdes). Todas essas conquistas me deixavam muito feliz e com desejo de dar o melhor de mim para esta pesquisa.

No ano de 2020, surge a pandemia de Covid-19, sobre a qual não vou dar detalhes, pois todos(as) nós passamos por ela e não saímos ilesos, infelizmente. Pessoas morrendo, medo, insegurança, trabalho excessivo e com menos remuneração, outros perdendo emprego; em muitos momentos, um verdadeiro caos. Em meio a tantas atribulações, em dezembro de 2020, recebo uma proposta para assumir a Coordenação do Curso de Psicologia em uma instituição de Ensino Superior privada bem quando completava sete anos como professora. Em resumo, problemas de saúde, perdas familiares e um desgoverno me pegaram de tal forma que 2020 e 2021 se tornaram anos muito intensos. Realmente foi e ainda tem sido ‘pesado’ passar por algumas situações, e não apenas pelas situações em si, mas porque sei que muitas pessoas estão enfrentando ou enfrentaram condições muito mais difíceis que as minhas, especialmente pelo nosso desgoverno. Se era doloroso conviver com as desigualdades econômicas e sociais, hoje é insuportável, inaceitável! Pesquisar também é um ato político! Confesso que foi difícil continuar até aqui, mas desistir não podia ser uma opção, porque isso não tem a ver só comigo. Eu preciso devolver algo para a sociedade e para a instituição que me acolheu durante a realização desta pesquisa, então me comprometo, a partir dos resultados, a desenvolver ações que promovam uma educação não medicalizante no município de Criciúma, especialmente para a instituição em que realizei esta pesquisa. Além disso, tenho compromisso com meus colegas pesquisadores do GEBioS, aos quais agradeço por todo o aprendizado e acolhimento que me proporcionaram.

1 INTRODUÇÃO

O processo de medicalização, segundo o Fórum sobre Medicalização da Vida e da Sociedade, envolve um conjunto de fenômenos relacionados à vida social: judicialização, criminalização e a própria patologização. Dessa forma, patologização é apenas um dos aspectos da medicalização, que se refere ao fato de imputar o caráter de patologia, a partir de um saber médico, a situações advindas de questões sociais, políticas, econômicas, entre outras, naturalizada como algo pertinente apenas ao sujeito individual.

[...] a medicalização envolve um tipo de racionalidade determinista que desconsidera a complexidade da vida humana, reduzindo-a a questões de cunho individual, seja em seu aspecto orgânico, seja em seu aspecto psíquico, seja em uma leitura restrita e naturalizada dos aspectos sociais. Nessa concepção, características comportamentais são tomadas apenas a partir da perspectiva do indivíduo isolado, que passaria a ser o único responsável por sua inadaptação às normas e padrões sociais dominantes. A medicalização é terreno fértil para os fenômenos da patologização, da psiquiatrização, da psicologização e da criminalização das diferenças e da pobreza (Fórum sobre Medicalização da Educação e da Sociedade, 2016, p.1)

Diante do fenômeno da medicalização, o qual permeia o contexto da educação escolar, a presente tese tem como objetivo compreender as implicações da medicalização e da patologização para o processo formativo de uma criança na Educação Infantil. A criança protagonista desta pesquisa é Joaquim, menino branco, nascido em novembro de 2019, que mora com sua mãe e seu pai na cidade de Criciúma, SC. Nasceu um mês antes do previsto e precisou ficar isolado por alguns meses. Em seguida, veio a pandemia de Covid-19. Segundo a família, Joaquim ficou em isolamento social por mais um ano e meio, aproximadamente.

O menino enfrentou alguns desafios logo cedo: com um ano e oito meses, iniciou um tratamento médico, devido a infecções auditivas recorrentes e adenoide. Foi muitas vezes ao hospital, tomou muitos antibióticos, usou sonda e precisou fazer cirurgia. Esses problemas de saúde afetaram sua audição, e a presença da adenoide interferia em sua respiração, o que deixava Joaquim irritado, segundo o pai. Com um ano e oito meses Joaquim ainda não falava. A família ficou preocupada, devido a isso e a sua saúde. Ele passou por acompanhamento com fonoaudióloga, otorrinolaringologista, neuropediatra, terapeuta ocupacional e psicóloga, situação que

será explorada mais a frente nesta tese. Joaquim começou a frequentar um Centro de Educação Infantil (CEI) em meados de 2021, com um ano e oito meses.

Como pesquisadora, observei Joaquim em junho de 2023,² portanto posso antecipar um recorte sobre como ele se move no CEI. Joaquim é curioso. Basta ter algo novo na sala ou alguém fazendo algo diferente que lá vai ele conhecer. Nem sempre responde aos comandos das professoras, mas não está sozinho nessa; outros colegas também fazem isso.

Joaquim já sabe ler! Até o momento é o único da sua sala. Não demonstra compreender o que lê, mas o faz com fluência. Fala pouco. Ainda não conseguiu elaborar um diálogo com colegas da sua idade ou adultos. Fala palavra 'soltas'. Gosta de dançar, pular e correr pela sala quando tem música tocando. Não gosta que mude de atividade quando ele está participando, interessado e se divertindo. No dia da festa junina, dançou de mãos dadas com uma colega de sala. Sorria enquanto dançava, parecia feliz.

Joaquim interage na maioria das atividades, de forma singular, assim como as demais crianças. Quando a professora interage diretamente com ele, instruindo-o sobre as atividades e incentivando-o participar, ele se comporta conforme o esperado com mais facilidade e permanece mais tempo. Normalmente, não fica sentado em um local por muito tempo; está quase sempre em movimento. Às vezes, engatinha embaixo das cadeiras: ora parece que gosta, ora parece que apenas passa o tempo, quando não é incluso nas atividades.

Mesmo quando não é incentivado a participar pelas professoras, ele raramente interfere na atividade dos colegas. Fica observando de fora ou buscando alguma atividade que possa realizar sozinho. Poucas vezes tem a iniciativa de interagir com outras crianças, mas, ainda assim, interage. Tem um colega de sala que é o preferido dele, do qual ele gosta de ficar perto. Mas nem sempre fica, pois é chamado a se retirar, porque aparente estar incomodando o colega.

Ver Joaquim tomando café ou almoçando é uma delícia! Ele come e repete. Às vezes, não usa nem talheres, come com a mão mesmo. Gosta de se mexer enquanto come. Parece que está 'dançado' sentado no banco, como acontece quando ouvimos uma música pelo fone, dançamos, mas ninguém escuta a música, sabe?!

² Os registros sobre as observações serão apresentados no item 4.3.1 desta pesquisa.

Ah, há algo curioso: Joaquim não gosta de tomar café na sala de atividades, prefere ir ao refeitório na maioria das vezes. Mas, depois de passar sua chateação, ele acaba comendo na sala também. Foi assim no dia da festa junina. Esse foi o último dia de observação. Foi uma alegria só. Ver Joaquim dançando de mãos dadas com uma colega, sorrindo e demonstrando alegria foi de ganhar o dia! A tese!

Essa apresentação de Joaquim foi embasada no material empírico desta pesquisa e, a partir de minha ótica enquanto pesquisadora, porém, não se limita a isso. Joaquim também é visto por outros olhares e saberes. Mais à frente, vamos conhecer Joaquim sob a ótica da família e das professoras. Antes, gostaria de antecipar alguns questionamentos, para que, ao longo desta tese, o leitor possa dialogar e formular suas próprias indagações com base na apresentação de Joaquim e nos processos de medicalização e patologização que ocorrem na Educação Infantil. Considerando o relato sobre Joaquim, surge a questão: estaria ele vivenciando processos de medicalização e patologização no CEI que frequenta? Se sim, quais seriam as possíveis implicações para o desenvolvimento de Joaquim no contexto da Educação Infantil?

O CEI que Joaquim frequenta faz parte da Associação Feminina de Assistência Social (Afasc), instituição que comporta 40 CEIs (creches), na qual já trabalhei como psicóloga escolar, o que torna este estudo ainda mais instigante, pelo fato de eu já ter acompanhado de perto os processos de medicalização durante minha trajetória profissional na instituição.

Medicalização não é algo novo na educação. No âmbito educacional brasileiro, a construção desse discurso médico-higienizante já vem de longa data e ocorre principalmente a partir da Liga Brasileira de Higiene Mental, constituída em 1923, que, influenciada pelo contexto político e pelo contato com ideias alemãs, francesas e norte-americanas, fez do objetivo de “normalizar” a população a principal preocupação dos médicos, com vistas a inibir os deficientes mentais. A criança passou a ser alvo de avaliação, em especial no âmbito escolar, a fim de viabilizar possíveis diagnósticos precoces e assim prevenir a ocorrência de adultos com doenças mentais (Seixa; Mota; Zilbreman, 2009). O que não se distancia da atualidade, no caso de Joaquim.

Em Santa Catarina, a ideia de ‘proteção’ à infância ganha força nos discursos médico-higienistas da década de 1940. A análise realizada por Batista, Passos e Schmidt (2019) em **Crianças belas, sadias e robustas: o futuro da raça brasileira nas políticas de proteção à infância em Santa Catarina nos idos de 1940**, revela

a existência de uma mobilização em direção a um projeto eugenista no estado, tendo como ferramenta a puericultura. À época, a área médica começou a ter o controle dos corpos infantis, observando, medindo e avaliando minuciosamente suas características físicas, fisiológicas e comportamentais.

O saber médico-higienista busca demonstrar sua eficácia na prevenção de doenças intervindo nos espaços escolares e direcionando sua atuação para a educação, no que diz respeito aos aspectos físicos, morais e intelectuais dos estudantes, a fim de dar forma à chamada educação integral (Rizzini; Gondra, 2014). Assim, foi-se constituindo um saber medicalizante, reduzindo

[...] questões que deveriam ser analisadas em conjunto com diversas disciplinas, como sociologia, antropologia, economia, ciências políticas, história, entre outras, ao campo da medicina, a escola, em vez de enxergar o aluno a partir da sua história e de sua singularidade, está sendo uma ponte de acesso ao processo de medicalização de crianças e adolescentes consideradas desviantes (Giusti, 2016, p. 144).

Mesmo após quase cem anos de história, a medicalização ainda está presente nos discursos médicos e adentra os espaços escolares com estratégias mascaradas de 'proteção' à infância. Como exemplo disso, nos estados do Rio de Janeiro e de Santa Catarina, foram aprovadas leis para implementação do programa de diagnóstico de dislexia e de Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH) para estudantes da Educação Básica: respectivamente, Lei nº 5.416, de 29 de maio de 2012 e Lei nº 15.113, de 19 de janeiro de 2010 (Giusti, 2016).

Em 2013, foi publicada a nova versão do Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM-V*) (2013), que passou a incluir novos transtornos, incidentes sobre a infância e a adolescência, o que pode estar relacionado ao aumento de diagnósticos advindo de comportamentos apresentados nos contextos escolares.

Nesse mesmo período, no Brasil, cresce o uso de psicofármacos para tratamento do TDAH. De acordo com análise realizada pelo Fórum sobre Medicalização da Educação e da Sociedade (2015), por meio da Nota técnica: o consumo de psicofármacos no Brasil, dados do sistema nacional de gerenciamento de produtos controlados Anvisa (2007-2014), a importação do Metilfenidato no Brasil, princípio ativo para fabricação de Ritalina® e Concerta®, chegou a 578kg em 2012, ultrapassando os 1.820kg em 2013, um aumento significativo em apenas um ano. Rio Grande do Sul, Paraná e Santa Catarina estão entre os seis estados do Brasil que

mais compraram Ritalina® entre janeiro de 2009 e junho de 2014 e estão entre os oito estados que mais vende Ritalina® por mil habitantes (2007 -2014): com o Rio Grande do Sul em primeiro lugar, Paraná em segundo e Santa Catarina em terceiro.

Pesquisas realizadas por Lenzi e Marchi (2017), Manfré (2018), Santos e Vasconcelos (2010) constataram que os encaminhamentos de estudantes para profissionais da saúde, geralmente, partem da escola, motivados por questões comportamentais. Após o diagnóstico, na maioria das vezes, há a prescrição de medicamentos para solucionar as problemáticas dos estudantes.

Em vista do exposto, esta pesquisa justifica-se pelo fato de Santa Catarina figurar entre os principais estados com maior venda de Ritalina®, medicamento usado, especialmente, por crianças em idade escolar. Essa crescente onda de medicalização, patologização e medicação se faz presente na Educação Infantil, o que foi o principal motivo da realização desta pesquisa, pois a pesquisadora já trabalhou na instituição de Educação Infantil campo desta pesquisa entre 2017 e 2019, portanto acompanhou o crescimento dos encaminhamentos de crianças ao setor de Psicologia da instituição e a profissionais externos, na maioria das vezes, neuropediatras.

As justificativas e queixas dos encaminhamentos ao setor de psicologia³ diziam respeito à necessidade de investigação de algum transtorno psicológico na criança, devido aos comportamentos apresentados (quieta demais, brincava somente com um brinquedo, agitada demais, não falava como a maioria dos colegas etc.). Geralmente, os encaminhamentos enviados pelas professoras já vinham com a indicação de alguma medicação, em razão da suspeita de determinado diagnóstico, ou então para melhorar o comportamento da criança em sala.

Diante dessa realidade, surgiu o interesse e a necessidade de pesquisar as implicações da medicalização e patologização no processo formativo de uma criança na Educação Infantil. Quais as implicações da medicalização e da patologização no processo formativo de uma criança na Educação Infantil? Como essa criança se constitui, enquanto sujeito de aprendizagem, vivenciando a situação de medicalização e patologização?

Essa problemática carrega consigo a hipótese de que a exposição excessiva de uma criança aos processos de medicalização e patologização durante sua fase na

³ Não serão discutidos os procedimentos e as atividades realizadas pelo setor de psicologia a partir do recebimento dos encaminhamentos.

Educação Infantil prejudica o desenvolvimento de suas potencialidades de aprendizagem e faz ela se isolar, por não conseguir fazer as atividades pedagógicas ou não por não desenvolver habilidades sociais e afetivas. Assim, as professoras consideram o possível diagnóstico/laudo da criança como justificativa como fundamento de sua suposta incapacidade de realizar determinadas atividades, ao invés de esgotarem as possibilidades de estratégias que potencializem o processo formativo das crianças.

Portanto, para alcançar o objetivo desta pesquisa, realizamos uma pesquisa (auto) biográfica a partir do método progressivo-regressivo/singular-universal (Sartre, 2002), que está organizada em quatro capítulos, além desta introdução.

O segundo capítulo se chama **Partindo do universal: horizonte antropológico sobre medicalização e a Educação Infantil no Brasil**. Nessa etapa da pesquisa, em uma dimensão universal, será apresentada uma breve contextualização histórica sobre a medicalização, sem delimitação territorial. Em seguida, limitando-se ao território nacional, será apresentado um panorama sobre estudos acerca da medicalização no Brasil, publicados por grupos de pesquisas que estudam essa temática e por pesquisadores em periódicos científicos, com o intuito de apresentar, de forma mais geral, o clima antropológico dessa temática.

Ainda numa dimensão universal, será apresentada a Educação Infantil no Brasil, seus processos de escolarização e suas políticas educacionais, elementos basilares para a compreensão das fontes que alimentam o fazer pedagógico da instituição de Educação Infantil em que ocorreu a pesquisa.

O terceiro capítulo se chama **Referencial teórico para compreender a infância, escolarização e a pesquisa (auto)biográfica**. O item **Infância e Escolarização** inicia com as concepções de infância. Em seguida, discute-se o **Desenvolvimento infantil em Vigotski: elementos para compreender o processo formativo na educação infantil**. As bases teóricas que norteiam as discussões nesta pesquisa incluem as teses de Vigotski (1896-1934), que afirmam que o indivíduo se constitui a partir da inserção no contexto social, apropriando-se da cultura sócio-histórica, tendo implícitas em suas obras estratégias não medicalizantes. Além disso, o autor é referência das Diretrizes Curriculares da Educação Infantil do Município de Criciúma (2020), exploradas nesta pesquisa.

As obras de Vigotski, **Psicologia pedagógica** (2001) e **Imaginação e criação na infância** (2009), foram as bases desta pesquisa, pois discutem sobre a importância

do papel do professor e os processos de desenvolvimento da criança e suas funções psicológicas superiores.

No item **Sociologia contemporânea da educação e a pesquisa (auto)biográfica: método progressivo-regressivo**, apresentam-se a sociologia crítica contemporânea e sua articulação com o método progressivo-regressivo de Sartre.

No item **Da relação com o saber de Bernard Charlot e conceito de mobilização e atividade: aproximações com a psicologia histórico-cultural**, apresenta-se um ensaio acerca das aproximações entre a psicologia histórico-cultural e a noção de relação com o saber de Bernard Charlot.

No quarto capítulo, **Aspectos metodológicos: a caminho da pesquisa (auto)biográfica (singular)**, apresentam-se as **Questões de método: progressivo-regressivo na pesquisa educacional**, que tratam dos instrumentos de pesquisa; **Campo da pesquisa e medicalização da Educação Infantil; Ações institucionais relacionadas à (não) medicalização da educação; e Dados quantitativos relacionados à medicalização e patologização no Departamento de Educação Infantil da Afasc**, acerca do quantitativo de diagnósticos, transtornos mais presentes e encaminhamentos enviados ao setor de psicologia do Departamento de Educação Infantil da Afasc.

No quinto capítulo, **Medicalização na Educação Infantil: a partir de situações concretas, relações sociológicas**, chega-se ao singular/regressivo.

Por fim, buscou-se compreender uma situação concreta 'por dentro', qual seja, a trajetória de uma criança que passa por situação de medicalização na Educação Infantil, por meio de estudo (auto)biográfica de seu processo formativo nessa etapa de ensino.

Neste ponto, a pesquisa já inicia o processo de verticalização. No item **Etapa micro do campo de pesquisa: enfoque sociológico e (auto)biográfico**, já foram selecionados a criança e o CEI. Ocorrem então as entrevistas com a família, reunião com a diretora, entrevistas com as professoras e observação da criança em sala.

A pesquisa (auto)biográfica com uma criança bem pequena (1 ano e 7 meses a 3 anos e 11 meses), é realizada, em parte, a partir de entrevistas com os adultos que se relacionam diretamente com ela; neste caso, pai, mãe e professoras. E em parte por meio da observação da própria criança em sala, com apontamentos por parte da pesquisadora. As observações foram registradas em vídeo e depois transcritas.

No item **Síntese compreensiva da totalização em curso – Joaquim**, apresenta-se uma síntese compreensiva dos materiais empíricos da tese, em especial sobre Joaquim e sua relação com a família e com as professoras do CEI, em diálogo com o referencial teórico. A síntese foi dividida em três tópicos: **Joaquim na Educação Infantil diante da força de um clima antropológico medicalizante (singular-universal); Joaquim e a relação com os saberes escolares diante de uma atmosfera medicalizante; Joaquim e as possíveis implicações para além dos saberes escolares: breves aproximações com Flaubert.**

2 PARTINDO DO UNIVERSAL: HORIZONTE ANTROPOLÓGICO SOBRE MEDICALIZAÇÃO E A EDUCAÇÃO INFANTIL NO BRASIL

2.1 MEDICALIZAÇÃO: BREVE CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA

Medicalização da vida, da sociedade ou da educação é um tema bastante pertinente na atualidade e muito discutido por diversas áreas do conhecimento, como a psicologia, a sociologia, a filosofia, a educação e até a psiquiatria, ou melhor, antipsiquiatria. Ivan Illich (1975), Michel Foucault (1977, 1979, 1984, 2007) e Thomas Szasz (1974) são autores pioneiros na discussão sobre medicalização. Illich (1975) define a “medicalização da vida” como expansão do campo médico destinada a tratar de problemas de outra ordem que não a médica. Michel Foucault discute sobre medicalização, poder médico-psiquiátrico e normatização da sociedade em suas obras.

Apesar de ser um tema ainda atual, seu nascimento se deu, em especial, no século XVIII e ainda se mantém presente em nossa sociedade. Segundo Foucault (1984, 1979, 2007, 1977, entre outras),⁴ no curso **O poder psiquiátrico (1973-1974)**, que depois se transformou em um livro, o autor destaca a constituição do poder psiquiátrico por meio de mecanismos de poder disciplinares. Especialmente a aula de 16 de janeiro de 1974, voltada à psiquiatrização da infância no espaço escolar.⁵ Foucault (1977), ao tratar da história da medicalização, considera três aspectos: i) a biohistória, que se refere à marca que a intervenção médica deixou na história da espécie humana, em nível biológico, iniciada no século XVIII; ii) a medicalização em si, ou seja, a ampliação da intervenção médica aos diversos aspectos do ser humano; iii) a economia da saúde, ou seja, relação entre o avanço da saúde, o consumo de saúde e seu desenvolvimento das sociedades mais privilegiadas. O autor faz uma análise a respeito da história da medicalização ou, melhor dizendo, da medicina social, conforme o modelo seguido no ocidente, a partir do século XVIII até o início do século

⁴ Aqui será realizada apenas uma breve explanação das análises propostas por Foucault (1977, 2007) nas obras **O poder psiquiátrico e História da medicalização**, buscando-se compreender como a medicalização ocupou o espaço escolar.

⁵ Em 1974, Foucault realiza uma conferência sobre a **História da medicalização** no Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Brasil, publicado em 1977. O objetivo é utilizar essas obras, que são contemporâneas à década de 70, e fazer uma breve explanação sobre a história da medicalização no âmbito geral da sociedade e sobre sua inserção no campo escolar.

XIX. Foucault (1977) considera a medicina social, uma prática social estabelecida na sociedade capitalista, cuja constituição se dera no período citado. A medicina assume três configurações: medicina estatal (Alemanha); medicina do trabalhador (Inglaterra); medicina urbana (França). Será apresentada uma breve explanação sobre cada uma dessas estruturas ao longo deste trabalho, com objetivo de compreender como o poder médico foi se sobressaindo sobre a sociedade de um modo geral, a partir da ótica de Foucault.

Na Alemanha, séc. XVIII, a medicalização tinha como foco o controle estatal sobre os fenômenos da saúde, por meio da inserção dos médicos no grande aparelho do Estado. Já na França, a medicalização caracteriza-se como medicina urbana, pois na segunda metade do século XVIII o país viveu um momento de extensa urbanização, mas sem recursos sanitários adequados, o que facilitou o processo de disseminação de doenças. Portanto, o esquema político-médico para controle desta situação era a quarentena, que consistia em normativas de isolamento das pessoas dentro de suas casas, algumas sem poder sair do próprio cômodo, entre outros. Isso ocorria no caso de alguma doença contagiosa.

A medicina urbana não se caracterizava apenas como uma medicina do corpo, mas envolvia todas as esferas da vida e do meio em que se vivia. Ela surge antes de Revolução Francesa, e sua relevância para a medicina social foi a noção de salubridade. *“Correlacionado con ella surge el concepto de higiene pública como la técnica de control y de modificación de los elementos del medio que pueden favorecer o perjudicar la salud”* (Foucault, 1977, p. 18).⁶

O conceito de salubridade surge no início da Revolução Francesa (séc. XVI) e o conceito de higienização no início do século XIX, sendo a essência da medicina social na França. Salubridade ou insalubridade se referem à influência do meio sobre a saúde ou doença, e “[...] *la higiene pública es el control político-científico de este médico*” (Foucault, 1977, p. 18).

Na Inglaterra, a medicina do trabalhador, conforme Foucault (1977), apresenta a medicalização por meio da força de trabalho e da pobreza. Cria-se a ‘Lei dos pobres’, que propala uma medicina de caráter social. Para o pobre fazer uso deste serviço médico, no entanto, deveria se submeter ao seu controle.

⁶ Esta, entre outras citações em espanhol, visa manter originalidade do texto.

Así se establece un cordón sanitario autoritario en el interior de las ciudades entre los ricos y los pobres: a estos últimos se les ofrece la posibilidad de recibir tratamiento gratuito o sin mayores gastos y los ricos se libran de ser víctimas de fenómenos epidémicos originarios de la clase pobre. (Foucault, 1977, p. 21).

Em 1875, John Simon, um dos fundadores da medicina social inglesa, em complemento a ‘Lei dos pobres’, criou o *Health service*, que buscava atendimentos médicos para toda população, bem como a instituição de medidas preventivas e higienistas, desde o ambiente social até as instalações, entre outras esferas. também criou o *Health offices*, o controle médico inglês (Foucault, 1977). O sistema inglês, principalmente o criado por Simon, caracteriza-se por:

[...] la asistencia médica al pobre, el control de la salud de la fuerza laboral y la indagación general de la salud pública, protegiendo así a las clases más ricas de los peligros generales, y por otro lado-y en ello consiste su originalidad-permitió la realización de tres sistemas médicos superpuestos y coexistentes: una medicina asistencial dedicada a los más pobres, una medicina administrativa encargada de problemas generales, como la vacunación, las epidemias, etc., y una medicina privada que beneficiaba a quien tenía medios de pagarla. (Foucault, 1977, p. 23).

Foucault (1977), ao realizar a análise da constituição da medicalização e da medicina social, discorre sobre como a medicina foi ganhando espaço e domínio sobre áreas que antes não lhe diziam respeito. Como visto, Estado, cidade e pobreza passam a ser alvo de interesse da medicina entre os séculos XVIII e XIX. A medicina social passa a ser instrumento de normatização, conduzindo a vida das pessoas em ‘prol da saúde’, instituindo assim a higienização da sociedade.

De acordo com a análise de Foucault (1974), a psiquiatrização infantil surgiu no século XIX e está relacionada a criança ‘idiota’, e não com a criança ‘louca’. “*La psiquiatrización del niño se hace por intermedio del niño no loco, ya partir de ello se produce la generalización del poder psiquiátrico*” (Foucault, 1974, p. 232).

Porém, avaliando os materiais disponíveis, Foucault verifica que, até o final do século XVIII, o ‘idiota’, ou ‘imbecil’, também era considerado um tipo de louco, em razão de seu desânimo, de sua inércia. Foucault, então, apresenta as noções a respeito dos conceitos de ‘idiota’, ‘demência’ e ‘atraso mental’ vigentes, principalmente, na primeira metade do século XIX. “*En la demencia, el hombre está privado de los bienes de que disfrutaba amaño: es un rico empobrecido; el idiota siempre ha padecido el infortunio y la miseria*” (Esquirol apud Foucault, 2007, p. 239).

Foucault (2007) assevera que a idiotia, ou atraso mental, é expressão de variações no processo de desenvolvimento das crianças, e não uma doença mental. O tratamento deveria prever variações nas possibilidades pedagógicas dessas crianças, que se encontram em estágios diferentes do desenvolvimento. Mas, apesar dessa distinção, surgem os espaços psiquiátricos, as chamadas escolas específicas para as crianças 'idiotas', pois a preocupação não estava voltada à escolarização da criança, mas sim a definição de um local para colocá-las e assim liberar seus familiares para o trabalho. Cria-se a denominação 'alienação mental' e passa-se a associar idiotas a loucos, para fazer uso da Lei de internação e assistências aos internados, já que a famílias precisavam trabalhar, mas nem todas podiam pagar por instituições privadas para os cuidados dos filhos.

Para Foucault (2007, p. 261) "*La disyunción entre niño loco y niño anormal me parece uno de los rasgos absolutamente fundamentales del ejercicio del poder psiquiátrico en el siglo XIX*". Como consequência disso, a psiquiatria se apodera de todas as anormalidades do desenvolvimento humano presentes nos espaços disciplinares (escola, família, Forças armadas). A psiquiatria, então, além de cuidar do adulto 'louco', assume a responsabilidade por acompanhar a criança considerada 'anormal'.

Machado (1978) discute a medicina social no Brasil fazendo referência ao seu desenvolvimento na Europa entre os séculos XVIII e XIX. Relata que, no Brasil, o que se chamava de medicalização da sociedade é expressão da ideia de que a medicina em tudo irá intervir, sem quaisquer barreiras. Para isso exige

[...] a criação de uma nova tecnologia de poder capaz de controlar os indivíduos e as populações tomando-os produtivos ao mesmo tempo que inofensivos; e a descoberta de que, com o objetivo de realizar uma sociedade sadia, a medicina social esteve, desde a sua constituição, ligada ao projeto de transformação do desviante - sejam quais forem as especificidades que ele apresente - em um ser normalizado; e a certeza de que a medicina não pode desempenhar esta função política sem instituir a figura normalizada do médico, [...]. (Machado, 1978 p. 156).

Essa compreensão se aproxima do que já foi apresentado por Foucault (1977), principalmente sobre a medicalização na Alemanha. Segundo Machado (1978), no Brasil do século XIX, a medicina sem fronteiras buscava também medicalizar as instituições, e a escola não ficou de fora.

A medicina intervinha na escola desde a estrutura física até os funcionários, os professores e, claro, os estudantes. O médico era responsável pela contratação de

todos os colaboradores, professores e demais funcionários. Quanto aos estudantes, no momento da matrícula, era realizada uma inspeção para avaliar a saúde física e moral. Após ingressarem no espaço escolar, passavam por novas avaliações, com o objetivo constituir grupos uniformes e tornar eficaz o controle sobre sua conduta, que era realizado por vigias atentos aos seus comportamentos.

O Brasil do século XX continuou a perpetuar essa noção de medicalização, em especial na década de 1920, durante a qual se sobressaiu o Movimento de Higiene Mental, liderado pela Liga Brasileira de Higiene Mental, entidade constituída no Rio de Janeiro, em 1923, pelo psiquiatra Gustavo Riedel, que a coordenou até 1925. A Liga era uma instituição civil composta por psiquiatras brasileiros, reconhecida publicamente e subsidiada por verbas federais. A partir de 1926, influenciados pelo contexto político e pelo contato com ideias alemãs, francesas e norte-americanas, os médicos começaram a empreender esforços para ‘normalizar’ a população e assim inibir os deficientes mentais (Seixa; Mota; Zilbreman, 2009).

A medicina, numa perspectiva higienista, começa a demonstrar sua eficácia na prevenção de doenças, intervindo nos espaços escolares, direcionando sua atuação para a educação, em relação aos aspectos físicos, morais e intelectuais, e conformando assim a chamada educação integral (Rizzini; Gondra, 2014).

Além da prevenção de doenças, a medicina de perspectiva higienista buscou estudar o ‘homem normal’ em relação aos seus comportamentos desajustados, de ordem social, emocional, doméstico ou cultural. Ligas e conselhos foram constituídos em escala mundial, iniciando no Canadá (1918), na França (1920) e na Bélgica (1921), depois na Inglaterra e no Brasil (1923) (Sircilli, 2005).

Como visto, o movimento higienista percorreu vários países, e o Brasil não ficou de fora. A partir de então, a criança passou a ser objeto de cuidados, com foco na prevenção de doenças mentais e em outras doenças que pudessem surgir em outras fases da vida. Sob a influência desses movimentos, a psiquiatria, assim como outras áreas do conhecimento, passou a se interessar no desenvolvimento infantil, buscando promover padronizações e normativas em que as crianças pudessem ser classificadas como ‘normais’; e as que não se encaixavam, como ‘anormais’.

Como já citado por Machado (1978), os médicos passaram então a intervir no contexto escolar, promovendo orientações aos educadores em relação às suas práticas com as crianças e fortalecendo a ideia de que os cuidados direcionados às crianças garantiriam uma vida saudável e bons comportamentos no futuro.

O que se vê atualmente, porém, é uma atuação médico-psiquiatra sobre a infância pautada na realização de um diagnóstico formado apenas com base na narrativa dos pais sobre as questões comportamentais de seus filhos, prendendo a atenção nas sintomatologias que a criança apresenta e relacionando-as com as falhas no corpo, ou melhor, com o funcionamento cerebral e seus componentes neuroquímicos, pois, dessa forma, válida a utilização de medicalização (Kamers, 2013).

As instituições escolares, ao se depararem com qualquer dificuldade da criança em aprender, desenvolver atividades educativas cotidianas ou se comportar de acordo com o esperado, buscam ajuda da família. Caso isso não seja suficiente ou a família demonstre ser incapaz de intervir, a escola já sugere o encaminhamento da criança a um médico neurologista ou psiquiatra, que, normalmente, irá iniciar um tratamento medicamentoso (Kamers, 2013).

Desde o século XX evidenciam-se a medicalização da vida e a medicalização da infância, principalmente a partir das pesquisas em biologia e neurologia. Os fenômenos sociais passam a ser compreendidos pela área médica conforme os pressuposta da biologia, e essa concepção invade os espaços escolares.

Ao reduzir questões que deveriam ser analisadas em conjunto com diversas disciplinas, como sociologia, antropologia, economia, ciências políticas, história, entre outras, ao campo da medicina, a escola, em vez de enxergar o aluno a partir da sua história e de sua singularidade, torna-se ponte de acesso ao processo de medicalização de crianças e adolescentes consideradas desviantes (Giusti, 2016, p. 144).

Como já mencionado, a publicação do DSM-V, em 2013, incluindo inúmeras patologias que recaem sobre a infância e adolescência, repercutiu no aumento de diagnósticos baseados em comportamentos apresentados nos contextos escolares e na aprovação de leis com propostas de implementação de programas para diagnósticos de dislexia e TDAH nos estudantes da Educação Básica (Giusti, 2016).

O programa prevê as diretrizes que deverão ser adotadas para orientação das famílias e capacitação de professores e demais agentes educacionais das escolas públicas [...] para a identificação precoce dos transtornos citados, bem como o atendimento educacional necessário. (Giusti, 2016, p. 22).

Segundo a autora, os critérios diagnósticos descritos no DSM-V, além de utilizados pela área médica estão se difundindo no âmbito escolar. Educadores

passam a classificar os problemas cotidianos, comportamentais e sofrimentos passageiros como indicativos de transtornos mentais. Entre os mais presentes estão aqueles relacionados a desatenção ou comportamento agressivo. Quando as crianças são encaminhadas ao médico, o tratamento mais adotado é a base de psicofármacos (Giusti, 2016).

Essas reflexões, apresentadas a partir de Foucault (1977, 2007), juntamente com a análise das publicações dos **Arquivos Brasileiros de Higiene Mental da Liga Brasileira de Higiene Mental** realizadas em 1925 e 1929, especialmente em registros de Dr. Fontenelle (1925), asseveram que os casos de deficiência mental geralmente originam-se na idade escolar, portanto a relevância de avaliar a saúde mental já na infância. Também pode-se considerar que a psiquiatrização na escola foi um desdobramento da psiquiatrização geral da sociedade, ocorrida inicialmente na França, por volta de 1880, e da importação desses conhecimentos se originou a psiquiatrização no Brasil, desde o final do século XIX até o século XX, com presença nos contextos escolares até os dias atuais.

2.2 PANORAMA DE ESTUDOS SOBRE MEDICALIZAÇÃO NO BRASIL

Com o intuito de conhecer essa dimensão antropológica e universal do fenômeno medicalização da educação no Brasil, foi realizada uma busca por produções acadêmicas sobre medicalização, patologização e educação infantil. No primeiro momento, em parceria com a colega de doutorado e do GEBioS Lara Fuck, fizemos um levantamento dos grupos de pesquisa que estudam a temática da medicalização em universidades e regiões do país focadas na investigação sobre medicalização, patologização e infância. Num segundo momento, realizamos a busca de produções acadêmicas sobre a temática 'medicalização' por meio de uma revisão de literatura sistemática, que contempla o período de busca de 2009-2019.

E, como esta pesquisa de doutorado ocorreu durante a pandemia de Covid-19, em parceria com duas alunas do curso de Psicologia da Escola Superior de Criciúma,⁷ realizamos uma breve articulação dos resultados da pesquisa de revisão de literatura sistemática sobre medicalização da educação com o material sobre as

⁷ Realizamos uma revisão sistemática bibliográfica sobre medicalização infantil e sua ocorrência antes e durante a pandemia Covid-19, para produção de um artigo.

queixas escolares e a atuação de psicólogos durante a pandemia.⁸ Destacamos que há limites nos resultados, tendo em vista que as palavras de busca podem não ter alcançado todos os grupos de pesquisa, tampouco todas produções sobre medicalização produzidas no Brasil. Destacamos a ausência, nos resultados, de autoras relevantes sobre a temática da medicalização, como Sandra Noemi Cucurullo de Caponi,⁹ Maria Aparecida Affonso Moysés¹⁰ e Cecília Azevedo Lima Collares.¹¹

Os grupos de pesquisa foram identificados no *site* do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), por meio dos seguintes campos de busca: 'nome do grupo'; 'nome da linha de pesquisa'; 'palavra-chave da linha de pesquisa'. Foram realizadas três buscas: na primeira, com a palavra-chave 'medicalização', foram encontrados 53 grupos no total, entre grupos ativos atualizados e não atualizados. Um grupo foi deixado de fora porque estava com a identificação 'excluído' e outro por não ser sediado do Brasil. A segunda busca foi realizada com as palavras-chaves 'medicalização' e 'infância'. Os grupos encontrados já tinham sido localizados na busca anterior. Na terceira busca, foi utilizada a palavra-chave 'patologização': além dos grupos já encontrados, foram localizados mais dois novos grupos.

Para auxiliar na compreensão dessa dimensão antropológica e universal do fenômeno medicalização da educação no Brasil, vamos apresentar os resultados dos grupos de pesquisa por região, estabelecendo uma breve relação com os dados sobre venda de metilfenidato levantados pelo Sistema Nacional de Gerenciamento de Produtos Controlados (SNGPC, 2015) e pelo Instituto Brasileiro de Geografia e

⁸ *Reflexões e proposições do Evento on-line do GIQE [Grupo Interinstitucional Queixa Escolar] sobre queixas escolares e a atuação de psicólogos durante a pandemia* (Souza *et al.*, [2021]).

⁹ É professora permanente do Doutorado Interdisciplinar em Ciências Humanas da UFSC e do Programa de Pós-Graduação em Sociologia Política da mesma Instituição. Desenvolve seu trabalho na área de epistemologia e história da psiquiatria, da medicina e na área de Bioética. Coordena o grupo de pesquisa cadastrado no CNPq, "Sociologia, Filosofia e história das ciências da saúde" (Lattes, 2024).

¹⁰ Professora Titular em Pediatria da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp). Sua atuação em ensino e pesquisa é na área de Atenção à Saúde do Escolar, em especial nos campos de medicalização do comportamento e da aprendizagem, avaliação cognitiva; aprendizagem e desenvolvimento. Coordena o Laboratório de Estudos sobre Aprendizagem, Desenvolvimento e Direitos, no Centro de Investigações em Pediatria (Ciped) da Unicamp. É militante do "DESPATOLOGIZA - Movimento pela Despatologização da Vida", que tem articulado discussões, eventos e ações sobre a medicalização da vida e da educação

¹¹ Docente da Faculdade de Educação da Unicamp, no Departamento de Psicologia Educacional, atualmente aposentada. Sua atuação em ensino, pesquisa e extensão é no campo da Educação, em especial nas áreas ligadas a fracasso escolar, escola, formação de professores e medicalização dos processos ensino-aprendizagem. É militante do DESPATOLOGIZA - Movimento pela Despatologização da Vida.

Estatística (IBGE, 2010), publicizado pelo Fórum de Medicalização da Educação e da Sociedade, já apresentado na introdução desta tese.

No Quadro 1, apresentam-se os grupos pertencentes à Região Sudeste, pois é a que mais se destaca na quantidade de grupos de pesquisa sobre a medicalização.

Quadro 1 – Grupos de pesquisa – Região Sudeste

Universidade	Estado	Nomes dos grupos
UFU	MG	Psicologia, Educação e Teoria Histórico-cultural
UFRRJ	RJ	Saúde e Subjetividade: discursos, práticas e políticas contemporâneas
UFRJ	RJ	Núcleo de Estudos Plurais em Educação, Alimentação e Humanidades (Nespera)
Censa	RJ	Laboratório de Estudos em Saúde Pública (Laesp)
Fiocruz	RJ	Laboratório de Estudos e Pesquisas em Saúde Mental e Atenção Psicossocial
USP	SP	Políticas de educação especial
USP	SP	Grupo de Estudo e Pesquisa em Educação Especial Inclusiva
USP	SP	Saúde e sociedade
USP	SP	psicologia e escolarização: políticas públicas e atividade profissional na perspectiva histórico-crítica
Unesp	SP	Saúde Mental e Saúde Coletiva
Unesp	SP	Grupo de Estudos em Desenvolvimento Humano e Educação Escolar - Pedagogia Histórico-crítica e Psicologia Histórico-cultural (GEDHEE)
Unesp	SP	Educação, saúde e Direitos Humanos
UFScar	SP	Saúde Mental Translacional
Mackenzie	SP	Investigação, Prevenção e Intervenção em Psicologia da Saúde
PUC-SP	SP	Educação e Subjetividade
UFScar	SP	Saúde Mental e Sociedade

Fonte: elaborado pela autora (2022).

Na Região Sudeste, os grupos de pesquisa se concentram mais nos estados do Rio de Janeiro e de São Paulo. Rio de Janeiro está na oitava posição entre os estados que mais utilizam metilfenidato, ao contrário de São Paulo, que não consta na lista. Minas Gerais, nesta busca, apresentou somente um grupo de pesquisa. O estado ocupa a quarta posição entre os usuários de metilfenidato no Brasil.

O Quadro 2, a seguir, apresenta a segunda região do Brasil com maior número de grupos de pesquisa sobre medicalização:

Quadro 2 – Grupos de Pesquisa – Região Sul do Brasil

Universidade	Estado	Nomes dos grupos
Unicentro	PR	Psicologia e Educação na perspectiva Histórico-Cultural
PUC-PR	PR	Sociedade, Direitos Humanos e novas formas de solução de conflitos
UEM	PR	Estudos sobre a aquisição da escrita
UEM	PR	Práticas sociais e produção de subjetividade
Unisinos	RS	Grupo de Estudo e Pesquisa em Inclusão (Gepi)
Unipampa	RS	Núcleo de Pesquisa Estudos Sociais em Saúde
UFRGS	RS	Ciências na vida: Produção de conhecimento e articulações heterogêneas
Unib	SC	Novos Espaços Escolares: Inclusão, Inovação e Sustentabilidade
UFSC	SC	Núcleo de Sociologia Econômica (Nusec)
UFSC	SC	Núcleo de Pesquisa e Extensão em Bioética e Saúde Coletiva (Nupebisc)
UFSC	SC	Núcleo de Estudos em Sociologia, Filosofia e História das Ciências da Saúde
UFSC	SC	Núcleo de Estudos e Pesquisas sobre Profissões e Instituições (Neppi)

Fonte: elaborado pela autora (2022).

Santa Catarina e Paraná são os estados da Região Sul que mais se destacam pela produção de pesquisas sobre medicalização, apesar de estarem entre os oito estados que também mais fazem uso de metilfenidato no Brasil. A prevalência de pesquisas em medicalização nesses estados pode estar diretamente relacionada ao uso frequente de metilfenidato, resultado de processos de patologização e diagnósticos acelerados, o que reforça a relevância da presente pesquisa.

O Quadro 3 contempla as três regiões do Brasil com menor número de grupos de pesquisa sobre o tema em análise:

Quadro 3 – Grupos de pesquisa regiões norte, nordeste e centro oeste.

Região Nordeste		
UEA	AM	Núcleo de Estudos Psicossociais sobre Direitos Humanos e Saúde (NEPDS)
Região Centro-Oeste		
Uniceub	DF	Saúde mental, educação e subjetividade: da patologização ao desenvolvimento subjetivo
UNB	DF	Corpo, Subjetividades, Saúde e Sociedade
Região Norte		
Universidade Federal de São Francisco	PE	Grupo de Pesquisa: Estudos foucaultianos e Educação (GPEFE)
Universidade de Pernambuco	PE	Teorias e Práticas em Saúde, Doença e Cura
IFPE	PE	Cuidado e Promoção a Saúde

Fonte: elaborado pela autora (2022).

No Quadro 3, apesar de apresentar menos grupos de pesquisa, o Distrito Federal é a segunda região que mais consome metilfenidato no país. Amazonas e Pernambuco não estão entre os oitos estados que mais consomem a medicação.

Podemos observar que o fenômeno da medicalização está presente em todas as regiões do país, porém com mais ênfase nas Regiões Sudeste e Sul. Esta última, campo desta tese, reforça relevância desta pesquisa, pois Santa Catarina também é um dos estados do sul do Brasil que mais se destacam pelo uso de metilfenidato.

Além das buscas sobre os grupos de pesquisa, também foi realizada uma pesquisa sistemática sobre produções acadêmicas a respeito da medicalização infantil no Brasil, nas seguintes bases de dados científicos: o Portal de Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes) e do acervo de dissertações e teses da UFSC.

A coleta do material observou alguns critérios de inclusão, a saber: pesquisas realizadas de 2009 a 2019 e focadas no tema medicalização/medicação infantil no contexto escolar. Foram excluídos materiais fora desse período, não alinhados ao tema ou não relacionados a problemas escolares.

Foram realizadas quatro buscas distintas, com diferentes conjuntos de palavras-chave, resultando na seleção de materiais que atendiam aos objetivos da pesquisa. Com as palavras-chave ‘medicalização e educação infantil’, no acervo da UFSC, foram identificadas duas dissertações. No portal de periódicos da Capes, com

‘medicalização, educação e infância’, foram identificados sete artigos; e com ‘medicação, educação e infância’, apenas um artigo. Nos jornais da Capes, com ‘medicalização, escola e infância’, foram identificados sete artigos.

A análise desses materiais levou à definição de três temas principais: **Medicalização no Contexto Escolar: Conceito, Desafios e Impactos; Prevalência do TDAH no Ambiente Escolar e Farmacêuticas e a medicalização infantil**, que serão explorados com base nas reflexões dos autores e após discutidos em contraste com as **Reflexões e proposições do Evento on-line do GIQE sobre queixas escolares e a atuação de psicólogos durante a pandemia** sob autoria de SOUZA *et al.* ([2021]).¹²

2.2.1 Medicalização no Contexto Escolar: Conceito, Desafios e Impactos

As teorias que fundamentam os materiais encontrados sobre medicalização têm como base a Psicanálise; a Teoria Genealógica de Michel Foucault, por meio da Biopolítica; a Sociologia da Infância e a Psicologia Sócio-histórica de Vygotsky.

No âmbito escolar, tem-se discutido o aumento da medicalização da vida escolar, que ocorre por meio de mecanismos de controle que visam disciplinar os estudantes. O conceito de medicalização refere-se ao processo pelo qual comportamentos e dificuldades de aprendizado são interpretados e tratados como condições médicas, frequentemente resultando no uso de diagnósticos e intervenções farmacológicas (Signor; Berberian; Santana, 2017). Esse processo se dá quando os alunos com baixo rendimento escolar são rotulados como ‘doentes’, tornando questões não médicas em questões médicas e buscando na medicina soluções para os problemas de ensino-aprendizagem. Muitos profissionais da educação acabam rotulando os estudantes o que gera um efeito de medicalização (Colombani; Martins, 2017; Manfré, 2018).

Antes, o fracasso escolar era associado à falta de atenção ou à desobediência, mas cada vez mais esses comportamentos são avaliados (e diagnosticados) como transtornos (Colombani; Martins, 2017).

¹² Este material não fez parte desta revisão sistemática, pois foi publicado após o período de busca (2009-2019), mas buscamos inseri-lo nas discussões em razão de sua relevância para esta tese, já que trata sobre aspectos da medicalização da educação no período da pandemia.

As queixas dos professores geralmente se referem a estudantes que saem da sala, não conseguem ficar sentados por muito tempo, não se engajam nas atividades e apresentam dificuldades de aprendizagem (Signor; Berberian; Santana, 2017). Dessa forma, a escola exerce a função de modular os comportamentos, e a não adequação aos padrões impostos pode levar a explicações que justifiquem tal desordem (Giusti, 2016).

A medicalização reflete e reforça práticas sociais e culturais que valorizam soluções rápidas e padronizadas, muitas vezes desconsiderando a complexidade dos contextos individuais e sociais dos estudantes. Isso pode levar à estigmatização e exclusão daqueles que não se enquadram nos padrões normativos. Além disso pode ter efeitos negativos, uma vez que, frequentemente, esses diagnósticos são feitos sem uma avaliação adequada e sem considerar outras causas possíveis para as dificuldades de aprendizagem e comportamentais dos estudantes (Signor; Berberian; Santana, 2017).

A medicalização no contexto escolar também pode resultar em laudos diagnósticos equivocados e na prescrição indiscriminada de medicamentos psicotrópicos, muitas vezes com efeitos colaterais graves, como a dependência química e o comprometimento cognitivo. Além disso, pode mascarar os problemas reais dos estudantes e impedir a busca por soluções mais adequadas e eficazes (Signor; Berberian; Santana, 2017).

Segundo as autoras supracitadas é necessária uma educação inclusiva, que reconheça e respeite as singularidades sem recorrer imediatamente à medicalização. Um olhar mais cuidadoso para as causas das dificuldades de aprendizagem e comportamentais dos estudantes, que leve em conta o contexto social, cultural e emocional em que estão inseridos. Esse é o caminho para promover uma educação mais inclusiva e que respeite a diversidade de saberes, culturas e modos de ser dos estudantes.

2.2.2 Prevalência do TDAH no Ambiente Escolar

Os artigos analisados demonstram que a medicalização frequentemente se baseia em diagnósticos de comportamentos considerados inadequados em crianças, com o TDAH sendo o principal transtorno utilizado para justificar esses comportamentos. Este achado é corroborado pela pesquisa de Santos e Vasconcelos

(2010) sobre o Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade em crianças, que identifica um aumento nos diagnósticos precoces de TDAH.

No entanto, o TDAH não é apenas uma condição médica, mas também um constructo social. A definição e os critérios de diagnóstico são influenciados por contextos culturais e sociais, refletindo normas e expectativas de comportamento infantil (Brzozowski; Brzozowski; Caponi, 2010).

Segundo Santos e Vasconcelos (2010), vários fatores contribuem para a prevalência desses diagnósticos precoces. Entre os principais estão salas de aula superlotadas, questões familiares e problemas de comunicação interpessoal. Estas situações podem fomentar comportamentos considerados inadequados, levando a um maior número de encaminhamentos a especialistas como neurologistas e psiquiatras.

O TDAH é diagnosticado com base nos critérios do DSM-V, que inclui sintomas como desatenção, distração, impulsividade, comportamentos agressivos, e dificuldade em realizar tarefas impostas ou atividades que exigem esforço adicional. Outros sintomas incluem resistência em executar tarefas complexas, inconsistência em atividades frequentes, agitação, inquietação, problemas para dormir, dificuldade em permanecer sentado e agir sem pensar, os quais caracterizam impulsividade e dificuldade na organização de trabalhos. Estes são os principais sintomas que levam ao diagnóstico de TDAH, conforme os critérios do DSM-V (Giusti, 2016; Manfré, 2018).

Um fator relevante é que a crescente medicalização da infância e os principais diagnósticos atribuídos ao público infantil se intensificaram com a última edição do DSM-V. Esse manual introduziu novos transtornos relacionados a questões comportamentais (Giusti, 2016). Segundo Manfré (2018), diagnósticos como TDAH (Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade) e transtornos de aprendizagem são frequentemente utilizados para justificar a medicalização.

Os encaminhamentos das crianças que supostamente apresentam sintomas de TDAH são realizados geralmente pela escola, o que sugere uma crescente tendência de medicalização de crianças em período escolar. Esse processo é acentuado geralmente em situações em que as escolas estão com salas de aula superlotadas, o que dificultam o manejo dos comportamentos dos estudantes e podem comprometer o ensino. É válido destacar que muitas vezes as avaliações diagnósticas não levam em conta o contexto escolar e suas adversidades (Lenzi; March, 2017).

Manfré (2018) destaca que as limitações estruturais da escola podem fomentar diagnósticos de TDAH, pois a superlotação e a falta de recursos podem contribuir para

que comportamentos considerados fora do padrão esperado sejam avaliados como transtornos a serem medicalizados. O que leva a refletir: Será que melhorias nas condições de ensino e na infraestrutura escolar poderiam reduzir a necessidade de diagnósticos médicos?

Santos e Vasconcelos (2010) argumentam que os encaminhamentos feitos pela escola também refletem as inseguranças dos próprios professores em lidar com comportamentos característicos do TDAH apresentados por alguns estudantes. Assim, os professores muitas vezes veem o encaminhamento a profissionais de saúde como a única alternativa, negligenciando a busca por estratégias pedagógicas que poderiam melhorar o desenvolvimento da aprendizagem.

Com as promessas de que os medicamentos resolveriam problemas de ordem psíquica, houve um aumento significativo nas prescrições medicamentosas para o público infantil, baseadas nos critérios do manual diagnóstico DSM-V. Esse fenômeno é fortemente influenciado pela indústria farmacêutica, que acaba por definir o que é considerado normal e o que é patológico (Lima; Vieira, 2014).

2.2.3 Farmacêuticas e a medicalização infantil

Atualmente, a indústria farmacêutica exerce considerável influência na medicalização infantil, o que levanta questões sobre se os medicamentos são desenvolvidos para tratar doenças ou se as próprias doenças são moldadas para atender ao mercado farmacêutico (Giusti, 2016).

A produção de conhecimento sobre sofrimento psíquico está associada à produção de medicamentos que prometem aliviar sofrimentos existenciais. A banalização da prescrição de psicofármacos está ligada aos interesses de expansão e lucro da indústria farmacêutica (Giusti, 2016).

Beltrame e Boarini (2013) apontam em pesquisa realizada sobre as demandas escolares encaminhadas para o Centro de Atenção Psicossocial Infantil (CAPSi) que os encaminhamentos são de estudantes que apresentam queixas relacionadas a dificuldades de aprendizagem e comportamento, tanto no contexto escolar quanto familiar e que frequentemente são avaliados e diagnosticados com base nos critérios do Manual do DSM-V ou CID-10¹³. Conseqüentemente, na maioria das vezes, ocorre

¹³DSM-V- Manual de Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais e CID-10 - Classificação Internacional de Doenças.

a prescrição de medicamentos para solucionar as dificuldades apresentada pelos estudantes.

A medicação tornou-se, literalmente, o remédio para os problemas de toda ordem, seja de ordem médica ou não, e dela nos utilizamos para compreender e solucionar os conflitos produzidos socialmente, tentando, mediante intervenções voltadas para a criança em particular, resoluções para os problemas da educação, da saúde, da família e da relação entre adultos e crianças em geral. Assim, muitas condutas, como a indisciplina ou a não aprendizagem, que, a nosso juízo, evidenciam os precários resultados do sistema educacional e escolar em nossos dias, possuem uma classificação são diagnosticadas segundo os critérios do DSM-IV ou do CID-10 (Beltrame; Boarini, p.343 2013).

O crescimento desproporcional do uso de medicamentos, o crescimento da indústria farmacêutica e a prevalência do conhecimento médico em resolver questões relacionadas ao controle infantil resultam numa infância medicada em excesso, prejudicando seu desenvolvimento (Lima; Vieira, 2014).

A indústria farmacêutica é uma grande patrocinadora de pesquisas, muitas vezes cooptando médicos e instituições. A ex-editora-chefe do *New England Journal of Medicine*, *Marcia Angell*, denuncia a manipulação de resultados e conflitos de interesse, afirmando que a indústria tem grande controle sobre a pesquisa e prática médica, influenciando até a definição de doenças. Ensaio clínicos patrocinados pela indústria são direcionados para mostrar medicamentos de forma favorável, suprimindo resultados desfavoráveis (Giusti, 2016).

A indústria farmacêutica tem um papel significativo na medicalização da infância, exemplificado por materiais como o vídeo "Shelley, a tartaruga hiperativa",¹⁴ que promove a ideia de que medicamentos podem resolver problemas comportamentais infantis, reforçando a prescrição de psicofármacos para crianças (Giusti, 2016).

Bassani e Bleidão (2015), em pesquisa realizada com estudantes de escolas públicas em Vitória, ES, no ano de 2014, observaram uma alta demanda de encaminhamentos para atendimentos psiquiátricos. Dos 48.164 estudantes matriculados, aproximadamente 2 mil foram encaminhados para tratamento com metilfenidato (Ritalina).

Oliveira et al. (2017) destacam que houve um aumento significativo na prescrição de medicamentos, como o metilfenidato para o tratamento de TDAH,

¹⁴ O livro *Shelley, The Hyperactive Turtle*, está disponível em: <[Sheli, la tortuga hiperactiva - YouTube](#)> e foi traduzido para o espanhol como *Sheli, la tortuga hiperactiva* (Giusti, 2016, p.121)

alertando a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) nos anos de 2016 e 2017 sobre o excesso de prescrições e uso desses medicamentos.

Lenzi e March (2017) acrescentam que o Ministério da Saúde adotou medidas preventivas para conter o aumento desmedido do consumo de metilfenidato e a consequente medicalização infantil, implementando protocolos nas redes municipais e estaduais de saúde para a dispensação adequada dos medicamentos.

Portanto, apesar dos medicamentos, como o metilfenidato, serem recomendados no tratamento de questões relacionadas à atenção e memória, seu uso excessivo pode acarretar sérios riscos à saúde, conforme alertado por Oliveira et al. (2017).

Giusti (2016), em sua pesquisa sobre a medicalização da infância e sua influência nas escolas, enfatiza que embora a medicação inicialmente pareça reduzir os sintomas dos transtornos, muitas vezes os estudantes voltam ao comportamento que levou aos diagnósticos e ainda sim, nesses casos, a intervenção muitas vezes se resume à troca ou adição de novos medicamentos.

Lima e Vieira (2014) discutem como o uso de medicamentos é frequentemente aceito pelas famílias como uma ajuda para controlar o comportamento dos filhos na escola, sem questionar se a medicação é realmente necessária. A escola, diante de suas demandas, muitas vezes busca apoio em outras áreas para compreender melhor as dificuldades dos estudantes no ambiente escolar. No entanto, ao recorrer principalmente aos profissionais de saúde como a única estratégia de intervenção para problemas comportamentais e de aprendizagem, a escola contribui para a lógica da medicalização.

2.2.4 Reflexões acerca da medicalização escolar e as queixas escolares durante a pandemia

Assim como apontado nos estudos revisados, os processos de medicalização na educação não surgiram apenas com a pandemia de Covid-19. No entanto, o que se destaca é que, mesmo diante das mudanças impostas pela pandemia, como o isolamento social e a adaptação a novos formatos de trabalho e estudo, as queixas escolares ainda são frequentemente descontextualizadas do cenário pandêmico (Souza *et al.*, [2021]).

Os dados coletados indicam que isso ocorre porque os diagnósticos são baseados em uma perspectiva médica higienista, que prioriza a medicalização. Ou seja, as dificuldades de aprendizagem e comportamento são rotuladas como patológicas, e o tratamento principal é medicamentoso, mesmo que essas dificuldades tenham origem em questões sociais ou pedagógicas.

Durante a pandemia, as aulas *online* exigiram que os estudantes se adaptassem a novos recursos e formas de aprendizagem. A pandemia também exacerbou dificuldades já presentes na educação, como a falta de recursos e condições iguais de acesso e permanência na escola. Houve um aumento nos processos de medicalização, já que muitas crianças foram encaminhadas para acompanhamento psicológico com diagnósticos pré-concebidos, frequentemente justificados pelas dificuldades dos estudantes em se adaptarem aos novos formatos de ensino. Isso aconteceu mesmo diante de fatores sociais evidentes, o que nega o direito à educação como uma responsabilidade coletiva (Souza *et al.*, [2021]).

Antes da pandemia, a maioria dos encaminhamentos médicos em casos de queixas escolares eram realizados pelos próprios professores ou pela escola e estavam relacionados a questões estruturais, como a falta de recursos, a superlotação das salas de aula e a falta de capacitação dos profissionais da educação (Souza *et al.*, [2021]).

Além disso, Lima e Viera (2014) apontam que a indústria farmacêutica tem um papel preponderante na produção do sofrimento psíquico, pois promete aliviar o sofrimento, mas, na verdade, os medicamentos são utilizados como reguladores do que é considerado normal ou patológico na contemporaneidade.

Portanto, é importante entender que a medicalização na Educação Infantil está relacionada a questões mais amplas, como as políticas educacionais, as noções de infância e os processos de escolarização. É preciso repensar essas práticas para garantir o direito à educação.

2.3 EDUCAÇÃO INFANTIL NO BRASIL

A Educação Infantil se constituiu inicialmente nos Estados Unidos e na Europa, com o objetivo de oferecer cuidados para as crianças em caráter assistencialista. Com o passar do tempo e as transformações no modelo de família, pois as mulheres cada vez mais se inseriam no mercado de trabalho, essas instituições se expandiram no

mundo inteiro, assumindo, posteriormente, além de cuidados assistenciais, como alimentação, higiene e cuidados físicos, o cuidado com a educação, possibilitando às crianças o desenvolvimento de diferentes habilidades, como reconhecer as letras do alfabeto, pronunciar palavras, entre outras aprendizagens.

No Brasil, institui-se a Educação Infantil em meados do século XIX, principalmente na modalidade de creches e jardins de infância. As creches, no entanto, eram de caráter assistencialista. Até 1920, as instituições eram exclusivamente de caráter filantrópico, mas, a partir dessa década, ocorreu um movimento a favor da democratização do ensino, e a educação passou a ser vista como uma possibilidade de ascensão e um direito de todas as crianças. Deixa então de ser vista exclusivamente como educação pré-escolar e passa a fazer parte da Educação Básica (Machado; Pascoal, 2009).

De acordo com a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Brasileira (LDBEN):

A educação infantil, primeira etapa da educação básica, tem como finalidade o desenvolvimento integral da criança até cinco anos de idade, em seus aspectos físico, psicológico, intelectual e social complementando a ação da família e da comunidade. (Brasil, 1996, art. 29).

Conforme a proposta pedagógica da LDBEN/96 e do Referencial Curricular Nacional para a Educação Infantil, não há dissociabilidade entre cuidar e educar, portanto faz-se necessário o respeito à singularidade e à individualidade de cada criança: diferenças sociais, cognitivas, econômicas, culturais, étnicas e religiosas. (Brasil, 1998).

Educar significa, portanto, propiciar situações de cuidados, brincadeiras e aprendizagens orientadas de forma integrada e que possam contribuir para o desenvolvimento das capacidades infantis de relação interpessoal, de ser e estar com os outros em uma atitude básica de aceitação, respeito e confiança, e o acesso, pelas crianças, aos conhecimentos mais amplos da realidade social e cultural. Neste processo, a educação poderá auxiliar o desenvolvimento das capacidades de apropriação e conhecimento das potencialidades corporais, afetivas, emocionais, estéticas e éticas, na perspectiva de contribuir para a formação de crianças felizes e saudáveis. [...]cuidar de uma criança em um contexto educativo demanda a integração de vários campos de conhecimentos e a cooperação de profissionais de diferentes áreas. A base do cuidado humano é compreender como ajudar o outro a se desenvolver como ser humano. **Cuidar significa** valorizar e ajudar a desenvolver capacidades. O cuidado é um ato em relação ao outro e a si próprio que possui uma dimensão expressiva e implica em procedimentos específicos. (Brasil, 1998, p. 23-24, grifo nosso).

Nesse caso, é importante considerar a diversidade na educação, para que todas as crianças possam participar do programa de Educação Infantil. Vale ressaltar

que a Declaração de Salamanca sobre princípios, política e práticas na área das necessidades educativas especiais vem [...] renovando a garantia dada pela comunidade mundial na Conferência Mundial sobre Educação para Todos de 1990 de assegurar esse direito, independentemente das diferenças individuais [...]. (Unesco, 1998).

Conforme consta na Constituição Federal de 1998 (Brasil, 1998, Art. 205): “A educação, direito de todos e dever do Estado e da família, será promovida e incentivada com a colaboração da sociedade, visando ao pleno desenvolvimento da pessoa[...]”. Mais recente tem-se a Resolução nº 5, de 17 de dezembro de 2009, que fixou as Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação Infantil articuladas às Diretrizes Curriculares Nacionais da Educação Básica, reunindo princípios, fundamentos e procedimentos definidos pela Câmara de Educação Básica (CEB) do Conselho Nacional de Educação (CNE) para orientar as políticas públicas e a elaboração, o planejamento, a execução e a avaliação de propostas pedagógicas e curriculares de Educação Infantil (Brasil, 2010).

Apesar de a Educação Infantil ser reconhecida como direito de todas as crianças e dever do Estado, é com a Emenda Constitucional nº 59/2009 que a Educação Básica passou ser obrigatória par crianças e jovens dos 4 aos 17 anos.

Essa extensão [...] é incluída na LDB em 2013, consagrando [...] a obrigatoriedade de matrícula de todas as crianças de 4 e 5 anos em instituições de Educação Infantil. Com a inclusão da Educação Infantil na BNCC [Base Nacional Comum Curricular] [...]. (Brasil, 2018, p. 36).

Quanto à formação dos professores para atuar na Educação Infantil, a

[...] LDB dispõe, no título VI, art. 62 que: “A formação de docentes para atuar na educação básica far-se-á em nível superior, em curso de licenciatura, de graduação plena, em universidades e institutos superiores de educação, admitida, como formação mínima para o exercício do magistério na educação infantil e nas quatro primeiras séries do ensino fundamental, a oferecida em nível médio, na modalidade Normal”. (Brasil, 1998, p. 39).

A BNCC define competências gerais da Educação Básica, separadas por etapas de ensino: Educação Infantil, Ensino Fundamental e Ensino Médio. Um destaque para a Educação infantil, que é o foco desta pesquisa.

Figura 1 – Organização da Educação Infantil



Fonte: Brasil (2018, p. 25).

Na organização curricular dos campos de experiências nas Diretrizes Curriculares da Educação Infantil do Município de Criciúma, de acordo com as Diretrizes Curriculares Nacionais de Educação Infantil (DCNEI), são garantidos seis direitos de aprendizagem na Educação Infantil, conforme constam na BNCC:

Brincar cotidianamente de diversas formas, em diferentes espaços e tempos, com diferentes parceiros (crianças e adultos), ampliando e diversificando seu acesso a produções culturais, seus conhecimentos, sua imaginação, sua criatividade, suas experiências emocionais, corporais, sensoriais, expressivas, cognitivas, sociais e relacionais.

Conhecer-se e construir sua identidade pessoal, social e cultural, constituindo uma imagem positiva de si e de seus grupos de pertencimento, nas diversas experiências de cuidados, interações, brincadeiras e linguagens vivenciadas na instituição escolar e em seu contexto familiar e comunitário.

Conviver com outras crianças e adultos, em pequenos e grandes grupos, utilizando diferentes linguagens, ampliando o conhecimento de si e do outro, o respeito em relação à cultura e às diferenças entre as pessoas.

Explorar movimentos, gestos, sons, formas, texturas, cores, palavras, emoções, transformações, relacionamentos, histórias, objetos, elementos da natureza, na escola e fora dela, ampliando seus saberes sobre a cultura, em suas diversas modalidades: as artes, a escrita, a ciência e a tecnologia.

Expressar como sujeito dialógico, criativo e sensível, suas necessidades, emoções, sentimentos, dúvidas, hipóteses, descobertas, opiniões, questionamentos, por meio de diferentes linguagens.

Participar ativamente, com adultos e outras crianças, tanto do planejamento da gestão da escola e das atividades propostas pelo educador quanto da realização das atividades da vida cotidiana, tais como a escolha das brincadeiras, dos materiais e dos ambientes, desenvolvendo diferentes linguagens e elaborando conhecimentos, decidindo e se posicionando. (Brasil, 2017, p. 38).

Segundo a BNCC, é necessário que esses direitos sejam articulados a saberes relacionados ao patrimônio cultural, artístico, científico e tecnológico da região, bem como a cinco campos de experiência, a saber: i) o eu, o outro e o nós; ii) corpo, gestos e movimentos; iii) traços, sons, cores e formas; iv) escuta, fala, pensamento e imaginação; e v) espaços, tempos, quantidades, relações e transformações.

A BNCC indica os objetivos de aprendizagem e desenvolvimento para cada faixa etária da criança, nos cinco campos de experiências (Anexo A), considerando uma expectativa de aprendizagem para cada faixa etária, o que, em observação mais simples, já indica um potencial medicalizante. Além disso, vale ressaltar que a BNCC se aproxima de uma perspectiva escolanovista, deixando o(a) professor(a) como mero coadjuvante no processo de ensino- aprendizagem e servindo a uma lógica das competências, numa perspectiva neoliberal, que se inclina a uma concepção individualista e descomprometida com transformação social, em consonância com a abordagem cognitivista da formação humana.

Portanto, é necessário ter cautela sobre as orientações da BNCC para não recair em práticas ‘medicalizantes’ no contexto educacional. Com já mencionado, práticas medicalizantes estão relacionadas à interpretação de comportamentos e/ou dificuldades de aprendizagem a partir de um saber médico, individualizando o processo de aprendizagem da criança e, muitas vezes, levando à prescrição de tratamentos ou medicamentos. Isso pode ocorrer quando há uma ênfase em padrões normativos de comportamento e aprendizagem, o que pode aumentar o número de diagnósticos acelerados para aqueles(as) que não se enquadram nesses padrões.

A partir da implementação da nova BNCC, as Diretrizes Curriculares da Educação Infantil do Município de Criciúma foram atualizadas, bem como a realização de formações aos(às) professores(as). De que forma ocorreram essas formações e quais as ênfases dadas não foi possível verificar, o que ficam então são indagações: será que foram realizadas reflexões críticas a respeito da nova BNCC, avaliando suas possibilidades de avanços e retrocessos a respeito da Educação Infantil? Ou será que os docentes foram apenas ‘capacitados’ para a implementarem no dia a dia? O que se sabe são que as premissas da BNCC, já mencionadas aqui, podem colaborar para que as professoras constituam um saber medicalizante e individualizante no campo educacional.

Considerando que a Educação Infantil tem como proposta o desenvolvimento integral da criança, os CEIs, por meio da atuação das professoras e demais atores

envolvidos, tornam-se um espaço de relevância na vida da criança, pois, além dos cuidados básicos como alimentação e higiene, também se constituem como um campo sociológico, uma rede de relações e mediações que serão determinantes na formação da criança.

3 REFERENCIAL TEÓRICO PARA COMPREENDER A INFÂNCIA, A ESCOLARIZAÇÃO E A PESQUISA (AUTO)BIOGRÁFICA

3.1 INFÂNCIA E ESCOLARIZAÇÃO

Ariés (1986) demonstrou que a infância é uma invenção e que, mesmo sendo uma invenção, o que prova o seu caráter histórico, não é a mesma para todas as crianças e em todos os contextos sociais. Entre Século XII ao XV, na Europa, segundo as pesquisas do autor, a criança era vista como pouco produtiva. A infância era tida como um período da vida passageiro, que ocorria do nascimento até os 7 anos de idade, sem muita relevância e que não cabia nos registros das pinturas da época. Havia alta mortalidade infantil. Se sobrevivessem até os 7 anos de idade, a criança já poderia realizar atividade laborais, não havendo distinção entre atividades e ambientes em comparação aos adultos. A criança era um 'adulto em miniatura'.

Alguns anos depois, a Igreja Católica passou a olhar para as crianças com interesse, a fim de batizá-las e inseri-las na escola. No século XVII, inicia a percepção da criança como ser frágil e puro, difundida pelos moralistas da época, como Francois de La Rouche Foucauld (1613-1680), Jean de La Fontaine (1621-1695) e Blaise Pascal (1623-1662). Dessa forma, criticavam os costumes anteriores sobre as crianças, mas não à toa eram chamados de moralistas, pois tinham interesse no estudo do psicológico infantil.

As crianças passaram então a frequentar as escolas, ainda sem organização por faixa etária, e permaneciam isoladas da sociedade, para serem preparadas para vida adulta (Ariés, 1986).

Já no século XVIII, há um fortalecimento da ideia de infância, especialmente a partir da primeira Revolução Industrial, contemporânea da constituição da família moderna, uma família com menos filhos, num período de diminuição da mortalidade infantil. Com o surgimento da máquina tipográfica e a popularização da leitura, ainda

assim se mantinha a divisão social entre os que sabiam e os que não sabiam ler (Ariés, 1986).

Frequentar a escola passou ser necessário, portanto, esta se torna um espaço para correção das crianças, prevendo até mesmo a aplicação de castigos físicos extremos. Porém, com o passar do tempo, as próprias famílias não concordavam mais com esse modo de educação, dando espaço para o surgimento de diferentes métodos de ensino. John Locke (1632-1704), teórico de relevância na época, acreditava que as crianças nasciam como uma folha em branco e internalizavam passivamente o conhecimento, precisando motivação para aprender, especialmente por meio de jogos educativos. O autor entendia que os castigos físicos, apesar de necessários em alguns momentos, poderiam fazer com que a criança se tornasse um adulto frágil. Jean-Jacques Rousseau (1712-1778), por sua vez, preconizava que a infância estava presente em diversas fases do desenvolvimento e que a criança deveria ser educada em liberdade, sendo contra a aprendizagem por meio da memorização e repetição de conteúdo. Apesar de, nesse período, a educação escolar ser considerada essencial para as crianças, somente os mais ricos tinham acesso à escola, uma pequena parte da população. Ou seja, a maioria das crianças não estavam na escola.

Portanto, para demarcar a noção de infância e criança na atualidade, recorre-se ao Grupo de Estudos e Pesquisa sobre Infância, Educação e Escola (Gepiee), no qual a infância é entendida como “[...] o tempo em que a criança deve se introduzir na riqueza da cultura humana histórica e socialmente criada, reproduzindo para si qualidades especificamente humanas” (Quinteiro, 2019 p. 730). A criança é compreendida como “[...] um ser humano de pouca idade, capaz de participar da cultura e de tomar decisões sobre assuntos de seu próprio interesse, estabelecendo interações com outras crianças, com adultos e com os artefatos humanos, sejam eles materiais ou simbólicos” (Quinteiro, 2019 p. 730). Portanto, neste sentido, a infância não é plural, e sim singular, mas ocorre com todas as crianças.

Segundo a autora supracitada, para o Gepiee, a pluralidade se encontra nas condições sociais, assinaladas pelas relações sociais e pelas condições de classe em que as crianças estão inseridas e vivendo sua infância. Desse modo, “Participar, brincar e aprender são direitos e processos indissociáveis que devem estar presentes na escola se entendermos a educação como processo de humanização e socialização da criança” (Quinteiro, 2019, p. 731).

Essa concepção de infância se aproxima da discussão que Pretto (2013, p. 629) realiza sobre infância em Sartre (2002):

[...] a infância como um acontecimento histórico, produto de uma complexa dialética do tecido social, diferenciada conforme tal tecido, o que leva à impossibilidade de falar de uma infância, mas de infâncias, rompendo com a noção de naturalização e universalização; as crianças forjam o seu ser a partir de um confronto de projetos posto pelo seu contexto familiar e sua rede de relações, constituindo seu projeto de ser como uma realidade nova, rompendo com o determinismo; as crianças possuem um saber legítimo, não sendo seres puramente passivos, rompendo com a visão adultocêntrica.

Elias (2012) afirma que a criança não é um adulto pequeno, mas vai se constituindo adulto conforme seu processo civilizador social, que pode alterar de acordo os modelos sociais de civilização vigentes. A escola é um espaço de relações sociais e civilizador, pois é nela que a criança tem acesso a tudo que foi produzido pela humanidade até o momento. Nesse caso, é importante que haja clareza nos processos educativos, para que não se perca a singularidade da criança enquanto se esta apropria do que foi historicamente construído.

O discurso médico-higienista buscava definir diferenças ontológicas entre as raças, compreendendo a mistura como prejudicial para uma nação; a eugenia, considerada a ciência que estuda a hereditariedade em busca do aprimoramento humano, efetivando a ideia de raça a partir da cor da pele e do fenótipo, pretendia definir uma escala de valores entre os indivíduos. Essas três concepções, ancoradas numa base biologicista, estavam presentes no atendimento à infância na década de 1940, em Santa Catarina, mesma atmosfera nacional que propagava a constituição de uma nação civilizada, a ser constituída apenas pela raça branca (Batista; Passos; Schmidt, 2019).

Dávila (2006 *apud* Batista; Passos; Schmidt, 2019) afirma que a educação e as instituições educacionais eram construídas com base nas ideias raciais que norteavam as políticas públicas no período de 1917 a 1945. Ou seja, a educação era vista como um caminho para embranquecer a nação, se não pela pele, então pela cultura, os costumes e os comportamentos. Dessa forma, ampliou-se a oferta da educação para população negra e pobre, mas a desigualdade continuava a prevalecer, classificando aqueles que eram considerados problemáticos, doentes, entre outros. Essas ações naturalizavam o racismo e, conseqüentemente, colaboravam com a exclusão escolar e social.

A ideia de proteção à infância ganha força nos discursos médico-higienistas. Santa Catarina, assim como o cenário nacional, mobiliza-se na direção de um projeto eugenista e a puericultura se torna a ferramenta do momento, portanto há controle e atenção aos possíveis perigos da infância, entre os quais se incluem até mesmo questões de ordem hereditária, desde o ventre materno. Nessa perspectiva, passa-se a ter controle sobre os corpos infantis, observando, medindo e avaliando minuciosamente suas características físicas, fisiológicas e comportamentais.

Batista, Passos e Schmidt (2019) realizaram um levantamento das matérias em jornais e relatórios publicados nas primeiras décadas do século XX em Santa Catarina, a fim de identificarem conteúdos sobre essa noção eugenista e médico-higienista. Alguns destaques para Saneamento de Santa Catarina, a Missão Rockefeller e o Sr. dr. Hercílio Luz, que propunha o cuidado da manutenção da raça e da saúde como elemento primordial. A Constituição do Estado de 1935, no capítulo **Da Ordem Econômica e Social**, incluiu a declaração sobre a proteção da infância na perspectiva de uma educação higienista e eugenia. A iniciativa era apoiada nos ideais propostos pelo Departamento de Saúde Pública, no período do governo Nereu Ramos (1935-1945), o qual se vinculava ao projeto nacional de “regeneração e aperfeiçoamento da raça”, propagado pelo então presidente Getúlio Vargas (Batista; Passos; Schmidt, 2019. 461).

Em 1941, é publicado em jornal de grande circulação catarinense a matéria **Eugenia no Brasil**, em comemoração ao 25^a aniversário da campanha eugenista no Brasil. No Brasil, em diversos estados, entre os quais em Santa Catarina, ocorria o “Concurso infantil de robustez e beleza”, que conferia estatura, peso e a alimentação das crianças. Com base nos dados que as autoras apresentam, é possível verificar que Santa Catarina foi terreno fértil para a promoção da eugenia e do discurso médico-higienista sobre a infância, fortemente disseminado nos espaços escolares, que infelizmente se perpetua até o momento presente.

Para colaborar com essa reflexão, Veiga (2019) traz concepções históricas importantes sobre a origem das desigualdades vividas pelas crianças, originadas por múltiplos fatores, como a economia, a política e a força do capitalismo, que estabelece novas relações de poder, favorecendo a classificação de grupos em superiores e subalternos.

Veiga (2019) trata da subalternidade a partir da definição de Gayatri Spivak (2010, p. 13-14 *apud* Veiga, 2019, p. 774), em que é descrita como “[...] as camadas

mais baixas da sociedade constituídas pelos modos específicos de exclusão dos mercados, da representação política e legal, e da possibilidade de se tornarem membros plenos no estrato social dominante.”

E, nesse caminho, a ‘infância subalterna’ é historicamente constituída e definida pela condição de pobreza da família, pela não assiduidade da criança no espaço escolar, pelo trabalho infantil e pela concepção de que a criança negra é inferior.

A autora evidencia que, historicamente, a constituição da subalternidade e da superioridade está atrelada à condição étnico racial e de classe. A desigualdade e a infância subalterna passam a ser naturalizadas, portanto é preciso apenas aprender a conviver com essa realidade. Como parte da constituição dessa naturalização, estão a criação de um modelo de família ideal e a valorização da vivência em família, o que não era possível para pobres, trabalhadores e negros, devidos às suas condições, o que acabava por fortalecer sua inferioridade e sua condição de *outsiders*.

Com a escolarização, ocorre processo semelhante: esta é colocada como prerrogativa à alfabetização, na constituição de uma sociedade hegemônica em seus direitos, possibilitando uma escola pública universal, porém as desigualdades das condições das infâncias ficam cada vez mais evidentes, pois, na essência das políticas educacionais, mantinha-se a noção de classificação étnico-racial e de classe. As instituições educacionais ofertadas às crianças negras, pobres e mestiças visavam, em sua maioria, desenvolver as crianças para o trabalho.

Após essa breve reflexão sobre a constituição da infância e seus atravessamentos sócio-históricos, para falar de infância e escolarização, é fundamental discorrer sobre o desenvolvimento infantil, e não puramente a partir de uma concepção biológica. Para isso, recorre-se a Vigotski (2001, 2009, 2018), que será apresentado a seguir.

3.2 DESENVOLVIMENTO INFANTIL EM VIGOTSKI: ELEMENTOS PARA COMPREENDER O PROCESSO FORMATIVO NA EDUCAÇÃO INFANTIL

Vigotski é uma das principais referências nas discussões sobre infância e escolarização, presentes em diretrizes municipais e estaduais de educação que versam sobre o desenvolvimento infantil, os processos de aprendizagem e o papel do(a) professor(a). Apresentaremos algumas de suas obras e de suas principais ideias, que, serão discutidas frente ao material empírico produzido nesta pesquisa no

que se refere à criança, às professoras e à medicalização nos processos formativos na Educação Infantil estabelecendo um diálogo com a sociologia de Bernard Charlot. Ainda neste tópico será apresentado o brincar como estratégia não medicalizante, discutido por autores contemporâneos e fundamentados, especialmente, na Psicologia histórico-cultural. O brincar que é tão presente na educação infantil. Para iniciar, apresentam-se os fundamentos da Pedologia.

3.2.1 Sete aulas de L. S. Vigotski sobre os fundamentos da Pedologia

Vigotski (2018) fala sobre o conceito pedologia, que literalmente traduzido do russo seria 'ciência da criança', o que não representa suas pesquisas, portanto utilizamos em seu lugar a expressão 'ciência do desenvolvimento infantil'. Para compreender o que é desenvolvimento infantil, Vigotski (2018, p. 27) apresenta algumas leis básicas:

- Primeira lei, destaca a questão complexa do tempo, diferenciando a idade cronológica, sendo aquela representada por nossa certidão de nascimento e a idade pedológica que se refere a idade do nível de desenvolvimento que a criança alcançou.
- A segunda lei caracteriza como “desproporcionalidade ou irregularidades do desenvolvimento de diferentes particularidades”.

Nesse caso, haverá alternância no desenvolvimento das funções, não será um desenvolvimento de particularidades isoladas e de forma regular e proporcional. A terceira lei é a metamorfose, que engloba as transformações qualitativas, ou seja, o desenvolvimento infantil é constituído por um conjunto de transformações qualitativas, e não apenas quantitativas e estruturais. O autor destaca que o desenvolvimento de uma criança não ocorre de forma isolada, nem é algo regular e linear.

Vigotski (2018) afirma que a pedologia é uma ciência e possui método próprio de investigação. O método da pedologia é organizado a partir de três aspectos:

- A relação entre hereditariedade e o meio, que propõe uma investigação relacional entre a hereditariedade, articulada com as relações sociais estabelecidas a partir do meio;
- O método clínico, que compreende a investigação a partir dos processos de desenvolvimento, e não apenas dos sintomas e das características aparentes;

- O método genético comparativo, que busca principalmente compreender o desenvolvimento infantil realizando comparações na mesma criança em suas diferentes etapas etárias.

Apesar de organizar as especificidades do método da pedologia, o autor enfatiza que a sua análise da investigação precisa ocorrer sem dissociação entre as partes e o todo.

Vigotski (2018) destaca que a hereditariedade estudada na pedologia não é meramente biológica, independente do meio, porque que o meio tem interferência. Ele apresenta as funções elementares, que são os elementos-base do desenvolvimento, os quais não sofrem alterações com o meio, ligados à hereditariedade (puramente biológica), também comum a outros animais; e as funções psicológicas superiores, mais complexas, que nos diferenciam dos outros animais, tornando possível nossa capacidade de viver coletivamente seguindo preceitos éticos. Esta última só será desenvolvida a partir da interação com o meio. Por exemplo, uma criança tem todo o aparato biológico para falar, porém, se não tiver interação com meio, não irá desenvolver a fala.

Portanto, considerando o contexto escolar da Educação Infantil, se uma criança não aprende a falar, a caminhar ou a segurar algum objeto, é preciso avaliar quais são as possibilidades de interação com o meio que lhes são ofertadas. Sem essa avaliação inicial, partimos para uma conduta medicalizante, biologizante, que procura encontrar no aparato biológico da criança a resposta para sua dificuldade em aprender.

O desenvolvimento não é algo estável, determinado ou permanente; é “[...] sempre um processo dinâmico, uma unidade de influências hereditárias e do meio.” (Vigotski, 2018, p. 73).

Assim como discutido sobre a hereditariedade, Vigotski (2018) especifica que “o problema do meio na pedologia” não é o meio em si, mas sim a relação que se estabelece entre o meio e a criança. Para explicar, o autor apresenta o conceito de ‘vivência’, que possibilita à criança o desenvolvimento psicológico e da personalidade consciente.

O autor demarca que o meio não é um fator isolado determinante no desenvolvimento da criança, como é discutido em outras ciências. O meio é um fator

influenciador, mas, na relação vivenciada pela criança, depende de como a criança elabora esta relação com a situação:

O meio define o desenvolvimento da criança dependendo do grau de sentido que ela atribui a ele. [...] Não é apenas a criança que muda, mas também a sua relação com o meio, que começa a influenciá-la de uma nova maneira. (Vigotski, 2018, p. 83).

De acordo com Vigotski (2018, p. 83), “Essa compreensão dinâmica e relativa do meio é o mais importante de tudo que podemos haurir quando falamos do meio na pedagogia”.

Na aula cinco, Vigotski trata sobre **As leis gerais do desenvolvimento psicológico da criança**. O autor assevera que o desenvolvimento psicológico da criança não se dá por meio do desenvolvimento de funções isoladas (memória, pensamento etc.), mas sim com as mudanças que ocorrem em suas correlações. Ele elege três leis gerais do desenvolvimento psicológico da criança:

- A primeira é que “[...] nunca há desenvolvimento regular da função, [pois] [...] em cada etapa etária, diferentes funções em distintos graus estão separadas da consciência como um todo e são diferenciadas internamente em diferentes graus” (Vigotski, 2018, p. 101);
- A segunda lei se refere a uma função que se torna dominante, “[...] que determina, em certa medida, a atividade de toda a consciência” (Vigotski, 2018, p. 102). A medida em que é determinante vai depender da diferenciação das outras funções em relação à consciência. Quando uma função se destaca, altera a estrutura da consciência em sua totalidade, emergindo daí um novo tipo de atividade, e “[...] graças a essa predominância em cada etapa etária, surge, para uma certa idade, um sistema específico de relações interfuncionais que nunca são iguais para funções diferentes” (Vigotski, 2018, p. 103);
- Na terceira lei, a função que se destacou e predomina como determinante na consciência, em determinada etapa etária, encontra-se numa situação de privilégio em relação ao seu desenvolvimento, pois todas as outras estão a servi-la. No período em que determinada função predomina, ela exerce seu desenvolvimento mais intenso, e não apenas em relação às outras funções mas também a si mesma, em etapas passadas ou futuras. O desenvolvimento da percepção predomina na primeira infância, o que é relevante em uma pesquisa na Educação Infantil.

As três leis apresentadas buscam explicar o desenvolvimento da consciência até a idade pré-escolar, pois nessa etapa, apresenta-se uma nova regularidade; a quarta, segundo Vigotski.

Até então, foi apresentada a transição do bebê para a primeira infância, tendo como função predominante, nesta etapa, a percepção, bem como a constituição, pela primeira, vez de um sistema.

Na quarta regularidade, na idade pré-escolar, a função que se destaca é a memória. Porém, dessa vez, não se parte do zero, pois já existe um sistema formado. Nesse caso, a passagem de um sistema para outro ocorre de forma mais complexa, ainda que percorrendo o caminho apresentando anteriormente, por meio das três leis.

Conforme a idade vai avançando, as situações se tornam ainda mais complexas; assim é na idade escolar, quando já se tem duas funções diferenciadas: a percepção e a memória, “[...] vamos lidar com todas as funções restantes que, certa vez, foram subordinadas à percepção e depois ficaram subordinadas à memória. O próprio fato da ressubordinação leva à sua diferenciação já num novo sistema [...]” (Vigotski, 2018, p. 108).

Vigotski (2018, p. 109) estabelece um “[...] último postulado, as regularidades psicológicas do desenvolvimento infantil”. [...] O processo seguinte de diferenciação funcional da consciência ocorre [...] pelo caminho da reestruturação do sistema antigo e de sua transformação num novo sistema”.

O autor define **As leis gerais do desenvolvimento físico da criança**, destacando que o desenvolvimento físico é um processo complexo, constituído por vários sistemas orgânicos (ósseo, endócrino, nervoso e circulatório). Todos os sistemas atuam de forma complexa, em diferentes etapas do desenvolvimento físico. Vigotski procura demonstrar duas leis gerais do desenvolvimento físico, por meio de dois sistemas: “[...] o desenvolvimento dos sistemas endócrino e nervoso e seu significado para o desenvolvimento físico e psicológico geral da criança” (Vigotski, 2018, p. 110). A partir disso, o autor afirma que o desenvolvimento físico e o psicológico estão fortemente relacionados.

Sobre **As leis do desenvolvimento do sistema nervoso**, o autor analisa as três leis básicas do desenvolvimento do sistema nervoso, demonstrando a transição de suas funções, ou seja, o desenvolvimento a partir das funções inferiores até as funções superiores do cérebro, ou, na idade adulta, o inverso, no caso de situações patológicas.

A primeira lei designa o momento em que as funções cerebrais são executadas com a ajuda dos centros inferiores, mas que também transitam para os centros superiores. A segunda lei demonstra como acontece a transição para as funções superiores, tornando-as subordinadas, mas sem extingui-las. A terceira lei apresenta o processo inverso, ou seja, um cérebro adulto, já desenvolvido, mas que, por alguma situação, fragiliza-se e passa a utilizar funções inferiores, consideradas normais nos estágios iniciais de desenvolvimento de uma criança.

Para Vigotski (2018), o eixo central do desenvolvimento infantil, seja ele físico, do sistema nervoso ou psicológico, continua sendo a compreensão das alterações internas deste conjunto de sistemas complexos e o novo arranjo que a criança apresenta em cada nova etapa etária.

3.2.2 Imaginação e criação na infância

Vigotski (2009) discute sobre a atividade humana, classificada em atividade reprodutiva e atividade criadora. A atividade reprodutiva ou reconstituidora está diretamente relacionada com a memória e é apenas a reprodução de algo que foi vivenciado, conhecido e, portanto, lembrado e reproduzido de forma semelhante.

O autor fala sobre a plasticidade cerebral, em razão da qual o cérebro registra nossas experiências e nos possibilita reproduzi-las em outro momento. Mas, além dessa capacidade, a atividade humana se caracteriza pela capacidade de criação, que se refere a toda atividade resultante da criação de novas imagens ou ações. É por meio da imaginação, base de toda atividade criadora, que o ser humano consegue se lançar para um futuro e mudar seu presente (Vigotski, 2009).

Nesse sentido, a imaginação se manifesta em todos os âmbitos da vida cultural, nas esferas artística, científica e tecnológica. Vigotski (2009) procura enfatizar que a criação aqui apresentada não se refere apenas a grandes feitos, realizados por grandes 'gênios', mas sim a toda atividade criadora cotidiana, individual e coletiva.

A criança, no seu percurso na Educação Infantil, pode passar pelas diversas vivências que lhe possibilita a capacidade reprodutiva, como também, se lhe forem ofertados recursos e estímulos para tal.

Vigotski (2009) ao tratar sobre **Imaginação e realidade**, inicialmente, esclarece a diferenciação entre fantasia e realidade no comportamento humano. Para isso, organiza quatro formas de relação entre a atividade de imaginação e a realidade, quais

sejam: na primeira forma, toda e qualquer imaginação está ligada a elementos da realidade presentes em experiências anteriores. “Quanto mais rica a experiência da pessoa, mais material está disponível para a imaginação” (Vigotski, 2009, p. 22). O autor aponta como conclusão pedagógica a importância de ampliar as experiências da criança, para que tenha bases sólidas para criação.

A segunda forma de relação compreende que “O produto final da fantasia é um fenômeno complexo da realidade” (Vigotski, 2009, p. 24.). Por exemplo: uma criança que aprende a música da aranha transforma-a em um conto, acrescentando-lhes novos personagens. Ou seja, um novo produto.

A terceira forma de relação é de caráter emocional: primeiramente, emoções e sentimentos tendem a se expressar por meio de imagens representativas. Desse modo, as imagens da fantasia são a forma de expressar internamente nossos sentimentos. “O sentimento seleciona elementos isolados da realidade, combinando-os numa relação que se determina internamente pelo nosso ânimo, e não externamente, conforme a lógica das imagens” (Vigotski, 2009, p. 26).

Segundo Vigotski (2009), o signo emocional, também discutido por psicólogos da época, busca explicar a significação das experiências adquiridas por meio das imagens agrupadas pelos sentimentos e emoções. O autor declara que até o momento (período em que escreveu esta obra), afirmava-se que o sentimento é quem provoca determinadas imagens, mas ele advogava o inverso: a imaginação é que difunde o sentimento. Vigotski utiliza o exemplo de uma criança ao ver um pano branco pendurado, no qual vislumbra uma pessoa, um ladrão entrando em sua casa. A imagem do ladrão é irreal, mas o medo e susto que vivencia é verdadeiro.

A quarta forma, em sua essência, apregoa que a construção da fantasia pode ser algo completamente novo. Nesse caso, “Os elementos de que são construídos foram hauridos da realidade pela pessoa. Internamente, em seu pensamento, foram submetidos a uma complexa reelaboração, transformando-se em produtos da imaginação” (Vigotski, 2009, p. 30).

Sobre **O mecanismo da imaginação criativa**, Vigotski (2009) procura demonstrar a construção da imaginação criativa. Como dito anteriormente, as vivências das crianças são a base para a futura construção da imaginação e da fantasia. Nesse momento, o autor demonstra a passagem por um processo complexo de reelaboração desse material, quando ocorre então “[...] a dissociação e a associação das impressões percebidas” (Vigotski, 2009, p. 36).

Essas impressões são constituídas por um todo complexo, que também é composto por múltiplas partes separadas, até que o processo de dissociação ocorre e quebra esse todo, constituído por partes separadas. Para Vigotski (2009), não há fantasia sem a dissociação; além disso, ela é relevante para toda formação mental humana. Como consequência, ocorre a modificação em que os elementos dissociados são submetidos. O momento seguinte que compõe o processo da imaginação é a associação, neste momento ocorre a junção dos elementos dissociados e modificados.

Dentre os fatores psicológicos de que depende o andamento dos processos citados anteriormente, tem-se “[...] a necessidade do homem de se adaptar ao meio que o cerca” (Vigotski, 2009, p. 40), ou seja, se não há desafios na realidade em que o cerca, não haverá condição ou necessidade para emergir a criação. Portanto, “[...] nenhuma invenção ou descoberta científica pode emergir antes que aconteçam as condições materiais e psicológicas necessárias para seu surgimento” (Vigotski, 2009, p. 42).

Quanto **A Imaginação da criança e do adolescente**, o autor indica que havia uma falsa compreensão de que a imaginação é mais presente na infância do que na idade adulta, mas, cientificamente falando, a criança é mais pobre em experiências, portanto tem menos possibilidades de imaginação. Conforme a maturidade vai se aproximando, a imaginação também vai amadurecendo (Vigotski, 2009).

O autor apresenta a curva proposta por Ribot sobre a imaginação criadora para explicar o desenvolvimento da imaginação infantil e sua peculiaridade, quando comparada à do adulto, e demonstra o que ocorre no processo de transição.

No desenho da curva, apresenta-se a imaginação em dois períodos, que estão divididos pela fase crítica. Observa-se que, na infância, a razão e a imaginação divergem, o que, para Vigotski, empobrece a expressão da fantasia. A fase da transição é de mais interesse, representada quando as linhas da imaginação e da razão passam a caminhar paralelamente, porém não é assim que ocorre com todas as pessoas; há uma tendência de a linha da imaginação sofrer um certo declínio neste momento de transição, predominando a linha da razão. Nesse período, ocorre uma intensa reestruturação da imaginação, que deixa de ser subjetiva e passa a ser objetiva. “Na ordem fisiológica, o motivo dessa crise é a formação do organismo adulto e do cérebro adulto e, na ordem psicológica, o antagonismo entre a subjetividade pura de imaginação e objetividade dos processos racionais [...]” (Vigotski, 2009, p. 48).

Nessa época, ocorrem também dois tipos de imaginação: a plástica (externa e objetiva) ou emocional (interna e subjetiva).

Vigotski (2009, p. 55), em **Os suplícios da criação**, como o próprio nome sugere, indica que há sofrimento também na criação, pois “A necessidade de criar nem sempre coincide com as possibilidades de criação e disso surge um sentimento de sofrimento penoso de que a ideia não foi a palavra [...]”. Porém, essas vivências de sofrimento da criação não representam para o adolescente um futuro determinado, mas caracterizam-se como o mais importante traço para completar o quadro apresentado sobre essa questão. “Esse traço – o ímpeto da imaginação para encarnar-se – é a verdadeira base e o início motriz da criação” (Vigotski, 2009, p. 58).

A imaginação criadora está relacionada à criatividade produtiva, que é diferenciada de um devaneio. “A imaginação criadora penetra com sua criação a vida pessoal e social, especulativa e prática em todas as suas formas; ela é onipresente” (Vigotski, 2009, p. 59).

Em termos mais gerais, podemos refletir que, para a criança desenvolver a imaginação e a criação, ela precisa de repertório, de experiências e vivências que alimentem seu imaginário. Quanto mais possibilidades forem ofertadas à criança, mais condições ela terá de desenvolver sua imaginação e criação.

3.2.3 Psicologia pedagógica: papel do(a) professor(a)

Vigotski (2001) tece crítica aos modelos pedagógicos que consideram as crianças num mesmo molde de aprendizado, pois parte da compreensão de que cada estudante apresenta particularidades, as quais são advindas, especialmente, das diversas experiências já vivenciadas. Dessa forma, a professora precisa estar atenta a essas particularidades, sob pena não haver ensino.

Portanto, cabe à professora o “[...] estudo individual de todas as características próprias de cada educando e, em segundo, a aplicação individual de todos os recursos educativos e da influência do ambiente social a cada um deles” (Vigotski, 2001, p. 285).

Vigotski (2001) afirma que as professoras precisam transformar suas observações científicas em observações psicológicas acerca das personalidades dos estudantes. Mas será possível isso? Ele indica algumas deficiências do sistema de observação científica pela professora. A primeira seria o fato de a professora não ser

a dona da situação e, às vezes, ter que esperar muito tempo para que a situação ocorra voluntariamente. A segunda consiste na atenção disposta pela professora, além das tarefas a serem realizadas. A terceira dificuldade seria manter a concentração e atenção por longo tempo, considerando os diversos estudantes em sala de aula.

Diante dessas dificuldades, abre-se espaço para o surgimento da observação psicológica, relacionada diretamente ao talento, à pesquisa experimental da personalidade. Esse método, mais especificamente conhecido como “pesquisas psicológicas experimentais da personalidade da criança”, implica criar condições específicas para as crianças e avaliar os aspectos de sua personalidade (Vigotski, 2001).

Nessa esteira, surgem os experimentos realizados por Binet e Simon, que criaram uma escala para mensurar a inteligência da criança a partir da idade cronológica, definindo como normal aquela que consegue realizar todas as tarefas que estão de acordo com sua idade cronológica, como atrasadas as que estão abaixo do se espera para a idade e como superiores as que ultrapassam um ano da sua idade. Além dos experimentos de Binet e Simon, surge o experimento natural de Lazurski, que consiste em uma síntese da observação e do experimento e serve para evitar os aspectos negativos de ambos e conservar seus aspectos positivos. Os resultados são classificados como normal, abaixo e acima da norma (Vigotski, 2001).

As escalas de avaliação de inteligência desempenham um papel significativo na tendência de medicalizar a educação. Ou seja, quando uma criança não atinge os níveis esperados de inteligência, a situação muitas vezes é interpretada como um defeito da criança, ao invés de um desafio a ser superado.

Vigotski (2001, p. 293) considera estes estudos psicológicos das crianças, incipientes e apenas transitórios. “[...] devem ser revistas e essa reforma deve basear-se no conceito de reação, isto é, na caracterização da personalidade da criança em interação com seu ambiente”.

Vigotski (2001, p. 295), em **A psicologia e o professor**, trata da “[...] psicologia do processo pedagógico do ponto de vista do educando”, mas indica que não é um tema concluído no momento.

Para o autor, “[...] a aquisição do conhecimento só é possível na ação, ou seja, adquirindo esses conhecimentos” (Vigotski 2001, p. 296). Portanto a professora não pode ser uma mera transmissora de conhecimento; é preciso que ela se transforme

“[...] em um organizador do ambiente social, que é o único fator educativo” (Vigotski, 2001, p. 296).

Vigotski (2001) apresenta reflexões e contraposições ao trabalho da professora; concorda com Münsterberg em alguns pontos, incluindo o fato de que a professora precisa ter conhecimento aprofundado, especializado sobre o que vai ensinar, mas sem excluir a necessidade de que o estudante esteja aprendendo na ação. Acrescenta o que não é necessária uma professora inspirada, entusiasta, mas sim a que consiga fazer com que “os alunos se entusiasmassem por si mesmos” (Vigotski, 2001, p. 299).

O autor apresenta diversas reflexões sobre a atuação/função da professora, mas retoma ao seu eixo central, que remete à educação por meio da ação, afirmando que a vida é quem educa. Assim, “[...] quanto mais amplamente a vida penetrar na escola, tanto mais forte e dinâmico será o processo educativo. [...] o trabalho educativo do pedagogo deve estar sempre vinculado a seu trabalho social, criativo e relacionado a vida” (Vigotski, 2001, p. 300-301).

No tópico **A vida como criação**, o autor tece críticas ao modelo de aprendizagem por meio da imitação e acrescenta que o trabalho da professora deve ser um ato político de transformação social: “O processo pedagógico é a vida social ativa, é a troca de vivências combativas, é uma tensa luta em que o professor, no melhor dos casos, personifica uma parte da classe [...]” (Vigotski, 2001, p. 303). A criação, a tensão e o enfrentamento apresentam-se como aspectos fundamentais de uma vida não alienada e rumo à transformação da realidade.

Na Educação Infantil, o brincar se faz presente como uma estratégia corriqueira para as atividades pedagógicas e pode ser considerado uma aprendizagem em ação, portanto é importante compreender como o brincar pode contribuir para uma prática pedagógica não medicalizante.

3.2.4 Brincar como estratégia não medicalizante: elementos da psicologia histórico-cultural

O brincar, na Educação Infantil, é muito presente como uma prática educativa, mas o objetivo aqui “[...] é discutir quais os limites e potencialidades do lúdico quando este se apresenta como alternativa em práticas educativas que tensionam a lógica medicalizante” (Messeder Neto, 2019, p. 226). As bases teóricas para discussão são

o Materialismo Histórico-Dialético de Marx, o conceito de fetiche (Marx, 2013) sobre a infância idealizada e elementos da Psicologia Histórico-Cultural sobre o brincar e a infância.

Professores(as) que buscam ir na contramão da medicalização consideram e usam o brincar como uma estratégia desmedicalizante. É válido considerar que, apesar da crescente medicalização no espaço escolar, há professores(as) que buscam alternativas para desconstruir rótulos e práticas medicalizantes, mas será que o brincar, em si, seria a solução? (Messeder Neto, 2019).

Antes de trazer essa reflexão sobre o brincar, é importante atentar para o fato de que a medicalização não está presente apenas no espaço escolar, pois perpassa nossas vidas em todas as esferas, há aproximadamente três séculos. Segundo Foucault (2008), desde o século XVIII já ocorrem processos de medicalização por meio da medicina, mesmo que ainda sem um conceito definido (Gaudenzi; Ortega, 2012).

Como numa esteira fabril fordista, a lógica de produção e reprodução do capital pela via da medicalização segue quase de maneira linear: captura-se a vida humana pela lógica da anormalidade, inventa-se uma doença, cria-se o medicamento que resolveria de maneira simples o problema, depois vende-se o fármaco (Messeder Neto, 2019, p. 225).

Retomando a questão do brincar como uma possível prática desmedicalizante, a ideia, já defendida por muitas professoras da educação infantil, de que não há brinquedos de 'menina' e 'menino' já revela uma potência desmedicalizante.

Destacamos que é preciso lembrar que os valores não estão apenas no brinquedo, mas também na brincadeira, uma vez que, no ato de brincar, traços de poder, racismo, machismo etc. podem ser reproduzidos pela criança no processo, uma vez que na brincadeira estão produzidas relações sociais que já podem estar sendo internalizadas pela criança e que podem ser trabalhadas (Messeder Neto, 2019, p. 236).

Portanto, a brincadeira pode ocorrer de forma medicalizante se, no ato de brincar, houver situações de exclusão, preconceito ou qualquer forma discriminação entre as crianças e/ou com as professoras. Mas as crianças não são dotadas por natureza de pureza e bondade? Por que agiriam assim?

A infância, na psicologia histórico-cultural, não é tratada como um momento mágico, idealizado ou apenas biológico. Embora com suas especificidades, o que determina, de fato, a infância são as condições históricas e materiais nas

quais as crianças estão postas e de que modo elas estão em atividade nestas condições. (Messeder Neto, 2019, p. 234).

Como já mencionado nesta tese, o conceito de infância é constituído histórica e culturalmente, por isso está sujeito a alterações, assim como ocorreu ao longo da história. Popularmente, ainda colocamos a infância num lugar de pureza, de ingenuidade e sabedoria inata. Essa definição 'popular' de infância é nomeada por Messeder Neto (2019, p. 228) de infância fetichizada: amparados no conceito de fetiche em Marx, “[...] podemos dizer que todas as vezes que a humanidade estiver diante de um processo ou produto que foi criado por ela mesma, mas que aparenta ser algo a-histórico e/ou ter existência independente, estamos diante de um fetiche”. Portanto, acreditar que o lúdico, a brincadeira e a espontaneidade são inerentes à infância, e não uma construção histórico-cultural, é um fetiche.

Nesse caso, o brincar livre seria como uma prática educativa essencialmente desmedicalizante? Vamos lá! Pensando em uma situação cotidiana na escola, por exemplo, uma criança que ainda não aprendeu a ler pode ser considerada, pela professora, como alguém que ainda não está no tempo para tal aprendizado. Então, durante a atividade de leitura, para esta criança é dada outra atividade, alguns jogos aleatórios para brincar de forma livre e espontânea. O que pode ser observado neste exemplo é que a criança em questão não está realizando a mesma atividade, relacionada ao conteúdo da aula, como os demais colegas da turma. Ela está excluída do grande grupo da classe. Entender que a criança não está no seu tempo para tal aprendizado e excluí-la do grupo é estar medicalizá-la. Deixar a criança brincar de forma livre com jogos aleatórios, sob a justificativa de que se trata de uma atividade lúdica e criativa, portanto desmedicalizante, é inválido.

[...] o brincar em uma infância fetichizada e a medicalização se configuram como superposições destrutivas na educação. Sem usar nenhum medicamento ou mesmo diagnósticos, o fetiche do brincar rotula, marca e pode influenciar os processos de aprendizagem e desenvolvimento de uma criança [...]. (Messeder Neto, 2019, p. 234).

Portanto, o brincar em si não seria uma prática educativa desmedicalizante, mas, sim, é possível que a brincadeira se torne uma potente prática educativa desmedicalizadora. Messeder Neto (2019, p. 236-239) aponta como caminho possível quatro princípios:

Educação valorativa pelo brincar - Se há reprodução das relações sociais nos jogos, o professor deve pensar sobre quais valores estão sendo postos quando se propõe uma brincadeira. [...] o professor poderá assumir uma perspectiva desnaturalizante e questionar as relações de gênero, de classe, de raça que aparecem nas linhas e entrelinhas do brincar. **O caráter coletivo da brincadeira** - Trata-se, portanto, de pensar brincadeiras em que as crianças funcionem de maneira articulada e organizada tomando decisões que favoreçam o coletivo, incentivadas a prezar pelo bem comum, sem perder sua individualidade. **O caráter instrutivo da brincadeira** – Para Vigotski (2009b), a instrução é necessária para o desenvolvimento sendo condutora do processo. Assim, se queremos um brincar que não seja medicalizante precisamos pensá-lo como uma forma de ensino que garanta às crianças e principalmente aos filhos da classe trabalhadora acesso ao conteúdo sistematizado produzido pela humanidade. **Caráter limitado da brincadeira frente a uma sociedade medicalizante.** É preciso não cair na armadilha de que a educação é salvadora e que o brincar será o condão que resolverá o problema da medicalização (grifo nosso).

Os quatro princípios demonstram o quanto o brincar, a brincadeira, é uma forma de possibilitar que a criança conheça e entenda a realidade que vive permitindo transformá-la e ultrapassá-la dando novos tons e cores a partir da imaginação. Conforme Vigotski (2009) não é a imaginação que possibilita o brincar, mas sim o brincar que pode possibilitar e potencializar a imaginação.

Para exemplificar essa relação com o brincar, vamos recorrer a Angelucci (2007), que apresenta um caso de intervenção de uma psicóloga que recebe encaminhamento de estudantes no Serviço de Orientação à Queixa Escolar. Apesar de não ser o foco principal do artigo discutir sobre o brincar, é possível identificar práticas (des)medicalizantes.

Aqui será apresentado o caso do Pedro,¹⁵ que chegou ao atendimento por meio da família, mas por indicação da escola, pois apresentava um comportamento dependente, que dificultava seu convívio social e causava-lhe dificuldades relacionadas a escrita, além de outras dificuldades nas atividades escolares. A proposta de atendimento do Serviço de Orientação à Queixa Escolar envolvia a participação da família e da escola.

Durante o processo de atendimento, a psicóloga conversou com os familiares, com a coordenadora pedagógica e fez visitas à escola. Aqui não serão discutidos o procedimento dos atendimentos e as intervenções, mas a presença da brincadeira na trajetória de Pedro na escola.

¹⁵ Nome alterado para evitar conflito com outros nomes fictícios desta pesquisa.

Eis o relato da família sobre os tipos de brincadeira que Pedro gostava: “[...] gostava de brincadeiras solitárias e consideradas infantis para sua idade, como pequenos bonecos com trajés militares” (Angelucci, 2007, p. 358).

Os familiares também teceram comentários sobre uma das escolas em que Pedro estudou: “Sobre esse período, os pais comentavam que ele adorava brincar e que as escolas não tinham como prioridade a alfabetização, o que entendiam como um problema” (Angelucci, 2007 p. 358).

Podemos observar, nesse trecho, que, embora tenha sido usado de forma superficial, o brincar não demonstra ter seguido uma estratégia pensada com caráter instrutivo, acompanhada e conduzida por algum(a) professor(a).

A seguir, tem-se a fala da psicóloga sobre os encontros com o Pedro:

[...] constantemente procurava se certificar comigo se estava fazendo e vendo as coisas “direito”. No jogo da memória, por exemplo, que continha muitas peças e era feito de desenhos de animais e pessoas, ele perguntava de que tratava cada um dos desenhos, preferindo não tentar uma interpretação sua. (Angelucci, 2007, p. 359).

Nesse relato, podemos cogitar que se a psicóloga assumisse a postura de responder a Pedro, mas sem deixá-lo tentar interpretar os desenhos e as imagens do jogo, estaríamos diante de uma brincadeira desmedicalizante? A resposta é: possivelmente, não.

Conforme o relato das professoras: “Se ele ficava chateado porque não conseguia fazer a lição, deixavam-no parar e brincar [...]” (Angelucci, 2007, p. 360). Esse brincar também caracteriza uma prática medicalizante, pois não se explica com que ele brincava? Como? Qual o objetivo dessa brincadeira? Trabalhar valores, caráter instrutivo?

Apesar de, nos relatos descritos, a brincadeira na escola aparecer inicialmente como prática medicalizante, felizmente, a partir das reuniões realizadas pela psicóloga e a coordenadora pedagógica, foi possível fazer com que escola repensasse suas práticas pedagógicas, não somente para o aluno em questão, mas para todos os alunos. A coordenadora pedagógica realizava reuniões com os(as) professores(as), para ajudá-las a repensarem suas práticas e avaliarem novas possibilidades de intervenção pedagógica. Todos estavam ativos no processo de mudança.

Após três meses de atendimento com o Pedro, a família (constituída por pai, mãe e um irmão de cinco anos) e a escola, percebendo a implicação de todos, o caso

foi encerrado, mas com a possibilidade de retorno caso sentissem necessidade. Após cinco meses do encerramento, a psicóloga encaminha uma carta a Pedro, informando sobre a mudança do seu local de atendimento. Pedro responde prontamente com uma carta escrita por ele, na qual contava sobre sua vida e sua família, o que demonstrou que o envolvimento da escola e novas estratégias haviam potencializado a escrita do menino (Angelucci, 2007).

Não fica claro no artigo se ocorreram mudanças em relação aos momentos das brincadeiras e como estas passaram a ser realizadas na escola, mas se tem noção da relevância do envolvimento dos profissionais da educação e demais atores do espaço escolar com o processo de desmedicalização. É fundamental que todos, a família, os(as) psicólogos(as) e os(as) demais profissionais estejam envolvidos(as) e implicados(as) com o desenvolvimento de estratégias não medicalizantes.

O brincar, na Educação Infantil, quando utilizado como uma estratégia não medicalizante, pode contribuir para a mobilização das crianças em processo formativo. O conceito de mobilização junto à atividade é defendido pelo sociólogo Bernard Charlot e articulado à Psicologia Histórico-Cultural, como será apresentado no tópico a seguir.

3.3 DA RELAÇÃO COM O SABER DE BERNARD CHARLOT E O CONCEITO DE MOBILIZAÇÃO E ATIVIDADE: APROXIMAÇÕES COM A PSICOLOGIA HISTÓRICO-CULTURAL

O conceito de relação com saber está precisamente voltado à “noção de relação”, ou seja, à forma de relação com o mundo. Para Charlot (2000), a relação com o saber é constituída por três dimensões – mobilização, atividade e sentido – que são indissociáveis no processo de escolarização, pois, “[...] para haver atividade, a criança deve mobilizar-se; para que se mobilize, a situação deve apresentar um significado para ela” (Charlot 2000, p. 54).

A compreensão da relação com o saber e suas dimensões, conforme citado acima, demarca o encontro metodológico entre o que ocorre no chão da escola e o que os agentes envolvidos neste contexto escolar trazem como reflexões acerca da patologização da educação. Segundo Charlot (2000, p. 78), “A relação com o saber é relação com o tempo. A apropriação com tempo. A apropriação do mundo, a

construção de si mesmo, a inscrição em uma rede de relações com os outros. ‘O aprender’ requer tempo e jamais acaba”.

Charlot (2000) apresenta o conceito de mobilização como algo em movimento ou posto em movimento. Essa mobilização implica mobilizar ‘de dentro’. O conceito de mobilização desdobra-se em dois outros conceitos: recursos, que se refere à união de forças e ao uso de si mesmo como recurso. O outro conceito é o de móbil, entendido como a razão de ter certa ação. “O próprio móbil não pode ser definido senão por referência a uma atividade: a atividade é um conjunto de ações propulsionadas por um móbil e que visam a uma meta” (Leontiev, 1975; Rochex, 1995 *apud* Charlot, 2008, p. 55).

Portanto, pensando no âmbito escolar, o sujeito “[...] só mobiliza-se, em uma atividade, quando investe nela, quando faz uso de si mesma como de um recurso, quando é posta em movimento por móveis que remetem a um desejo, um sentido, um valor” (Charlot, 2008, p. 55). Essa concepção se aproxima da de Vigotski (2018, p. 83) quando fala que “O meio define o desenvolvimento da criança dependendo do grau de sentido que ela atribui a ele [...]”. Isso demonstra que a atividade requer uma dinâmica interna, porém de troca com o mundo, no qual o sujeito irá encontrar desejos, meios e recursos de ação.

O conceito de atividade é compreendido a partir da Psicologia Histórico-Cultural e se refere ao processo intencional interno de cada indivíduo com o meio, o que lhe permite agir no mundo e alterar sua forma de existência (Martins, 2011).

Nesse caso, o não aprender está relacionado à singularidade da criança, mas não de caráter biológico, e aos recursos que lhes são ofertados nesse processo de aprender. Na Educação Infantil, esses recursos são possibilitados principalmente pelas professoras. Porém, com a interferência médico-psiquiatra no contexto escolar, a tendência é a professora compreender que o não aprender ou o não corresponder ao que está sendo solicitado seja indício de uma deficiência e/ou transtorno da criança, que precisa ser tratada. Dessa forma, não é levada em consideração a interação da criança com o mundo como forma de se constituir, ou melhor, constituir seu psiquismo, seus saberes, o que se dará, especialmente, por meio de três fatores:

1. O suporte biológico, que é constituído pelo corpo e pelo cérebro, é a base material (funções psicológicas elementares) da mente (funções psicológicas superiores).
2. A interação sócio-histórica (ambiente e atividade) que prevê a influência da cultura (a cultura é o *palco das negociações*) sobre esse suporte biológico como suporte histórico e coletivo da existência humana.
3. O uso de

instrumentos (físicos) e signos (mental) que se torna a principal forma de interação intencional através da mediação e da linguagem (Paula Jr., 2008, p. 127).

A interação humana proposta por Vigoski, Luria e Leontiev não se faz num processo direto, ou seja, ser humano → mundo, mas sim mediada por instrumentos, com os quais o ser humano age sobre o mundo, ao mesmo tempo em que é transformado por ele (Paula Jr., 2008).

O conceito de mediação prevê o uso de instrumentos para realização da atividade. Essa mediação pode ser instrumental, quando se refere ao uso de ferramentas físicas (computador, talheres, avião etc.), mas também semiótica, quando se refere ao que é psíquico e se apresenta por meio de fenômenos mentais (signos, símbolos e sistemas, por exemplo: linguagem, obras de arte, escrita, símbolos de álgebra, entre outros) (Paula Jr., 2008).

O autor também reforça a “palavra” como um dos principais conceitos da Teoria Sócio-histórica, considerada um “[...] signo mediador e a linguagem é um dos principais instrumentos para mediação das ações humanas. Um dedo que aponta, um piscar de olhos [...] são palavras, pois incorporam uma intenção, uma ideia e ‘dizem’ alguma coisa” (Paula Jr., 2008, p. 129).

Além de contribuírem na interação entre o mundo e as pessoas, as palavras também são instrumentos fundamentais do pensamento. É a partir das palavras que o pensamento se desenvolve e se torna independente do mundo físico.

Considerando o que foi descrito acima, o projeto político-pedagógico de uma escola de Educação Infantil requer a realização de atividades de forma lúdica, como jogos e brincadeiras que possam desenvolver na criança capacidades de gerenciar suas emoções, vivenciar situações que decorrem de hábitos higiênicos e alimentares além de articular saberes da experiência e a socialização do conhecimento (Brasil, 2013).

Porém, apesar das escolas seguirem esses preceitos pedagógicos, a medicalização da vida e da infância está fortemente instalada na educação, sendo muitas vezes o primeiro recurso a ser pensado para a solução das dificuldades encontradas por professores quanto ao desenvolvimento dos alunos em aspectos socioafetivos ou cognitivos, ao invés de possibilitar novas mediações utilizando de instrumentos físicos e mentais, visando aprimorar o desenvolvimento da criança.

Os instrumentos, signos e funções mentais fazem parte dos dois processos de internalização, intersíquico (relações interpessoais) e intrapsíquico (relações intrapessoais). E neste caso, “instituem-se a partir do universo de objetivações humanas disponibilizadas para cada indivíduo singular pela mediação de outros indivíduos, ou seja, por meio de processos educativos”. (Martins, 2011, p. 212).

Isso vem ao encontro da relação com o saber, em que um dos conceitos é

Um conjunto das relações que um sujeito mantém com um objeto, um “conteúdo de pensamento”, uma atividade uma relação interpessoal, um lugar, uma pessoa, uma situação, uma ocasião, obrigação, etc., ligados de uma certa maneira com o aprender e o saber; e por isso mesmo, é também relação com a linguagem, relação com o tempo, relação com a ação no mundo e sobre o mundo, relação com os outros e consigo mesmo enquanto mais ou menos capaz de aprender tal coisa, tal situação (Charlot, 2008, p. 81).

Essa concepção sobre a relação com saber revela aproximação com a Psicologia Histórico-Cultural, ao considerar que esse saber se constitui em um contexto sociocultural e de relações entre os sujeitos, em especial por meio da linguagem, conforme apresentado anteriormente. Entende-se que, no ambiente escolar, o aluno estará em interação com os outros, consigo mesmo, com os instrumentos disponíveis ao seu uso, como possibilidades de relação com o saber.

Partindo dessa perspectiva, antes de apontar o não aprender da criança ou seu comportamento destoante dos parâmetros de conduta estabelecidos, é importante avaliar qual a relação que esta conduta estabelece com os instrumentos disponíveis no universo escolar. Santos (2015), em pesquisa com professores do Ensino Fundamental, identificou que as dificuldades de aprendizagem são compreendidas principalmente a partir de saberes que envolvem aspectos biológicos, individualizantes.

3.4 SOCIOLOGIA CONTEMPORÂNEA DA EDUCAÇÃO E A PESQUISA (AUTO)BIOGRÁFICA: MÉTODO PROGRESSIVO-REGRESSIVO

A sociologia contemporânea da educação é elemento fundamental para compreendermos a medicalização da infância no ambiente escolar, especialmente a partir da noção de relação com o saber de Charlot (2000).

Estudos desenvolvidos por Charlot e sua equipe de pesquisa (2000) propuseram novas perspectivas quanto à relação com o saber (com o aprender e com a escola) contrapondo-se às sociologias produtivistas¹⁶ da época.

A relação com o saber é a relação com o mundo, com o outro e com ele mesmo, de um sujeito confrontado com a necessidade de aprender. [...] é o conjunto das relações que um sujeito mantém com tudo quanto estiver relacionado com “o aprender” e “o saber”. (Charlot, 2000, p. 80).

A compreensão da relação com o saber e suas dimensões serão fundamentais na demarcação desta pesquisa, a partir do cruzamento metodológico entre aquilo que ocorre no âmbito escolar, principalmente sobre a medicalização e patologização da educação, e aquilo que as professoras podem dizer a respeito dessa questão.

Porém, além do discurso, é preciso esmiuçar o objeto, ir ao detalhe e questionar alguns pontos, pois nem toda medicalização é necessariamente uma naturalização.

A medicalização pode ser uma maneira de ocultar o processo de reprodução que a escola faz; além disso, é importante identificar o nível social, pois conforme o nível social a “deficiência” pode ser tratada de forma diferente. (Rochex, 2018).¹⁷

Para que se possa ter uma demarcação do fenômeno da medicalização na escola ou da patologização da Educação Infantil, é necessário também verificar o movimento da criança, a forma como ela é tratada e se mobiliza na escola e nos diferentes espaços sociais, inclusive no contexto familiar. Verificar o que as crianças e professoras fazem quando confrontadas com as atividades escolares. Para isso, utilizaremos recursos teóricos da relação com saber de Charlot (2000) e do método progressivo regressivo de Sartre (2002).

Para Charlot (2000), a noção de relação com o saber é fundamentada em três dimensões: mobilização, atividade e sentido. Essas dimensões são intrinsecamente ligadas entre si e essenciais no processo de escolarização. Nesse sentido, compreende-se a atividade como “[...] um conjunto de ações propulsionadas por um móbil e que visam a uma meta” (Charlot, 2000, p. 55), conceito inspirado em

¹⁶ Charlot (2000) levanta críticas em relação às sociologias reprodutivistas ao explicar o fracasso escolar apenas a partir de uma proposição social de causa e efeito, em especial a sociologia de Pierre Félix Bourdieu, sociólogo francês.

¹⁷ Colocação feita por Jean Yves Rochex no VIII Seminário Internacional Educação dos Corpos, Culturas, História: Sociologias críticas da educação, realizado em Florianópolis, de setembro a outubro de 2018.

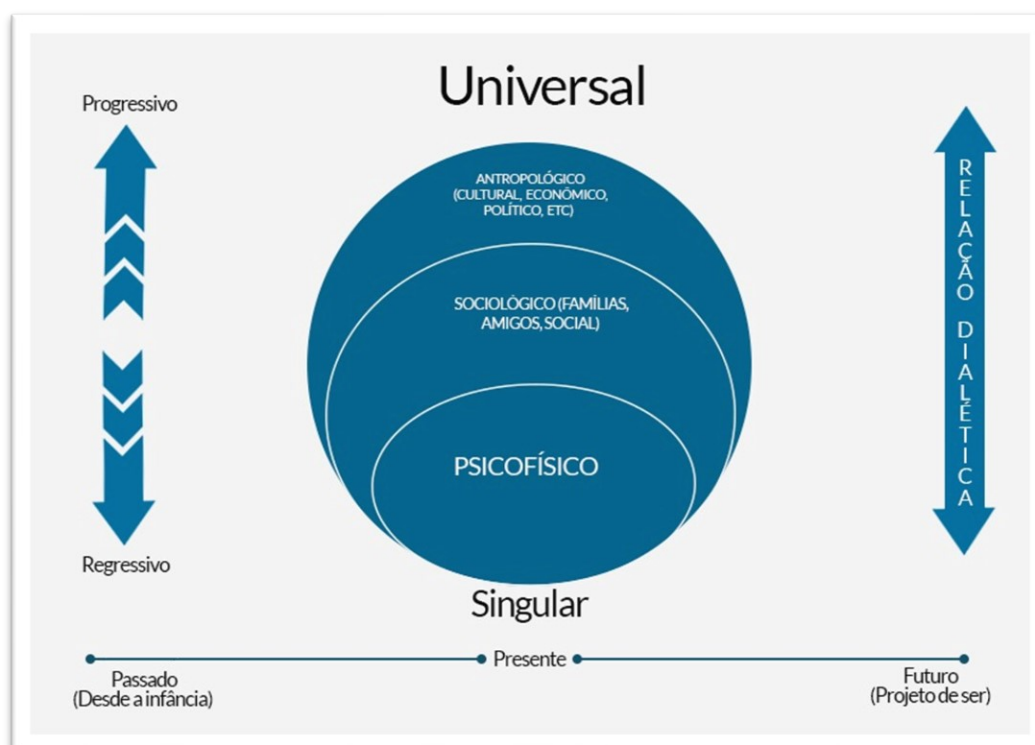
Rochex (1995) e Leontiev (1975). A definição do conceito de relação com saber está precisamente voltada à “noção de relação”, ou seja, à forma de relação com o mundo.

A definição de “sentido”, presente nas pesquisas realizadas por Charlot e sua equipe, também inspirada em Leontiev (1975) e Rochex (1995), propõe uma definição que considera três aspectos: o que é significativo ou tem sentido; o que constrói a inteligibilidade sobre algo; o que explica algo no mundo. Mas “esse sentido é um sentido para alguém que é um sujeito” (Charlot, 2000, p. 56). Além disso, “[...] pode-se dizer que fazem sentido um ato, um acontecimento, uma situação que se inscrevam nesse nó de desejos que o sujeito é” (Charlot, 2000, p. 67).

Assim, para que a aprendizagem ocorra, é preciso considerar a singularidade da criança e os campos dos possíveis. De acordo com Sartre (1987), o sujeito se faz no campo dos possíveis, de sua realidade instrumental e se move em função de um futuro, ou seja, em que realidade estas crianças se encontram? O método progressivo-regressivo demonstra este movimento, em que o sujeito se encontra em função de um futuro e, a partir deste futuro, pode se afetar com o passado. Portanto, a criança inserida num contexto medicalizante poderá ter implicações na constituição de sua subjetividade e na maneira como irá estabelecer a relação com os saberes escolares.

O método progressivo-regressivo sartriano, é proposto nesta pesquisa por meio de um estudo (auto)biográfico, que parte das situações singulares(individuais) para compreender o universal (campo de possibilidades macro) e de situações universais para compreender o singular, e assim “[...] determinará progressivamente a biografia, aprofundando a época, e a época, aprofundando a biografia” (Sartre, 1987, p. 170-171). Dessa forma, para compreender a realidade humana, é necessário compreender a relação do indivíduo/grupo ou singular/universal, pois o ser humano não faz a história sozinho, todos a fazem simultaneamente.

Figura 2 – Movimento progressivo–regressivo



Fonte: elaborado a partir dos estudos do GEBioS (2019).

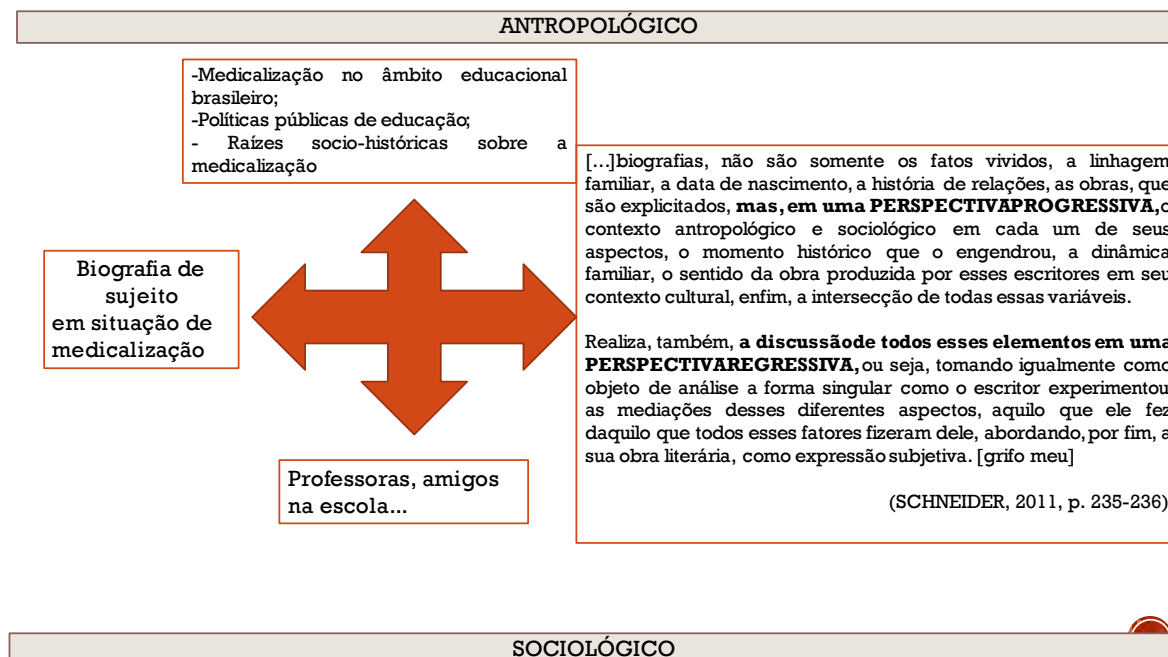
É possível investigar o sujeito enquanto “ser-no-mundo” e “ser-em-situação”, um sujeito singular/universal em totalização, e não com uma organização fragmentada de comportamentos e emoções. “Para nós, a realidade do objeto coletivo repousa na recorrência; ela manifesta que a totalização nunca está terminada e que a totalidade não existe, no melhor dos casos, senão a título de totalidade destotalizada” (Sartre, 2002, p. 145).

Ou seja, o autor propõe que o ser humano deve ser compreendido enquanto totalização em curso, e não a junção de frações comportamentais, emocionais, que compõem sua trajetória de vida. Desse modo, faz-se necessário chegar até as situações concretas da vida e em suas diferentes dimensões de relações, unificando o conjunto dessas relações, que é o *ser* do sujeito, ou seja, seu “projeto” original (Sartre, 2002; Schneider, 2002, 2008, 2011).

[...] o sujeito só pode ser compreendido levando-se em conta sua história individual, tanto quando a de sua conjuntura familiar, ou rede sociológica, bem como seu contexto social e sua época cultural, tendo como fundo de sustentação a noção *que ele se faz e é feito* no/por esse conjunto de fatores. A psicologia existencialista pauta-se nessa antropologia. (Schneider, 2008, p. 291).

Desse modo, para realizar o estudo (auto)biográfico de uma criança, é necessário pesquisar junto à sua rede sociológica, levando em consideração a cultura de sua época e da família; e se tratando de medicalização e patologização, deve-se levar em conta também a educação e as políticas públicas da Educação Infantil, já apresentadas nesta tese. A Figura 3, a seguir, procura sintetizar essa reflexão:

Figura 3 – Dimensões antropológica e sociológica



Fonte: elaborada pela autora (2020).

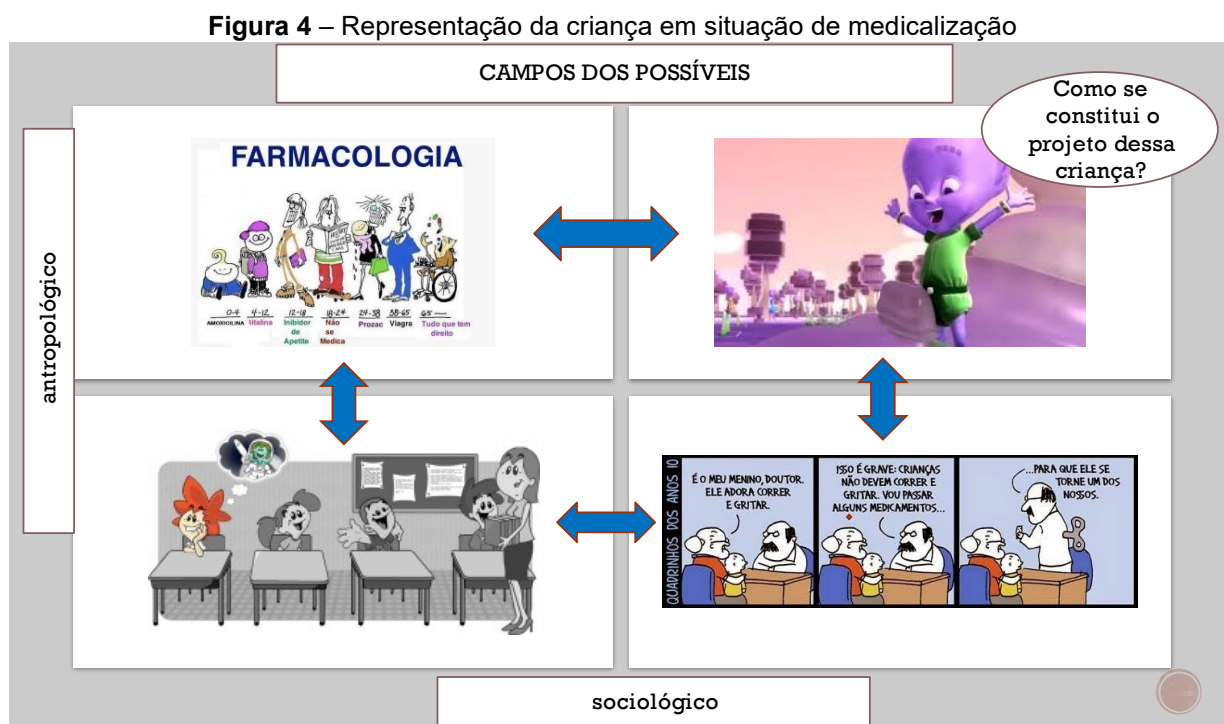
Portanto, em uma pesquisa (auto)biográfica, é importante considerar o *projeto de ser*, que é o que aparece na forma como o sujeito se apresenta, ou seja, sua postura diante das situações, sejam elas políticas, econômicas, sociais e cotidianas, frutos das determinantes materiais, sociais, históricas em que ele está inscrito, que consistem em suas condições objetivas e na apropriação que faz, enquanto ser subjetivo, dessas mesmas condições objetivas (Sartre, 2002; Schneider 2008).

O projeto é o que denominamos existência e, por isso, não pretendemos dizer uma substância estável que se apoia em si mesma, mas um perpétuo desequilíbrio, um total arrancar-se de si. Como esse impulso em direção à objetivação assume diversas formas segundo os indivíduos, **como ele nos projeta através de um campo de possibilidades**, das quais conseguimos concretizar algumas com exclusão de outras, denominamo-lo também de escolha ou liberdade. (Sartre, 2002, p. 114, grifos nossos).

O “campo dos possíveis”, para Sartre (2002, p. 78), “é o objetivo em direção ao qual o agente supera sua situação objetiva”, que está relacionado à realidade histórica

social em que vive. O campo dos possíveis sempre vai existir, mesmo que estreito, sendo necessário, portanto, compreender suas possibilidades e contradições. “Todo homem define-se negativamente pelo conjunto dos possíveis que lhe são impossíveis, isto é, por um futuro mais ou menos inacessível” (Sartre, 2002, p. 79).

A Figura 4, abaixo, procura ilustrar uma criança diante de processos de medicalização como campos de possíveis para a constituição do seu projeto:



Fonte: elaborada pela autora (2020).

A Figura 4 procura demonstrar também que “[...] a criança não vive somente sua família, ela vive também – em parte através dela, em parte sozinha – a paisagem coletiva que a circunda; e é ainda a generalidade de sua classe que lhe é revelada nesta experiência singular” (Sartre, 2002, p. 146).

Apesar de Sartre não se dedicar exclusivamente à infância, em suas obras biográficas evidenciava a importância da primeira infância para compreensão do sujeito e constituição da personalidade, e a partir do método progressivo-regressivo, singular-universal, demonstrava como é possível compreender o sujeito e sua época, o que será primordial para esta pesquisa (auto)biográfica com criança na educação infantil.

Entre suas obras, está **As palavras**, uma autobiografia realizada por Sartre, lançada em 1964, na qual traz detalhes de parte da sua infância e demonstra como

foi se constituindo um escritor, a importância da figura do seu avô, que o introduziu a uma ampla gama de literatura e pensamento intelectual, incentivando sua paixão precoce pela leitura e pela escrita. Essa influência foi crucial para o desenvolvimento de Sartre, tanto como pessoa quanto como escritor, e pode ser vista em suas obras e em seu pensamento filosófico.

A obra **Saint-Genet: ator e mártir** foi lançada em 1954; e a obra **O idiota da família: Gustave Flaubert de 1821 a 1857**, publicada pela primeira vez em 1872. Esta última conta com três volumes, somando aproximadamente 3 mil páginas no total. Ao escrever **O idiota da Família**,¹⁸ Sartre evidenciou o que hoje é chamado de medicalização. “Idiota” era indicativo de alguém com “retardo mental”, “deficiência intelectual profunda”, traduzindo como alguém que não é/era capaz.

Essa obra faz uma análise minuciosa da vida Gustave Flaubert. Sartre apresenta o cenário sociopolítico do período em que ele nasceu e foi criado pela família, suas contradições entre rígidos costumes e a adaptação aos novos valores da burguesia. Acima de tudo, estava a necessidade de preservar o ‘brasão’ da família Flaubert, sem espaço para necessidade individuais (Schneider, 2011).

Gustave Flaubert nasceu em uma família de ‘brilhantes’, em um momento em que a mãe esperava ter uma filha mulher, após alguns abortos e um filho homem. O pai era médico cirurgião, de família tradicional. Flaubert conseguiu aprender a ler somente aos 9 anos de idade, e assim foi considerado pela família como ‘retardado’, como se houvesse algo de errado em seu cérebro (Sartre, 2013). Sua vida foi permeada por uma noção medicalizante que individualizou seu processo de aprender a ler, como se este fosse um ‘defeito’ da sua natureza biológica.

[...] essas questões regressivas fornecem-nos um meio de interrogar seu grupo familiar como realidade vivida e negada pela criança Flaubert, através de uma dupla fonte de informação (testemunhos objetivos sobre a família: características de classe, tipo familiar, aspecto individual; declarações furiosamente subjetivas de Flaubert sobre os pais, o irmão, a irmã etc.). (Sartre, 2002, p. 109).

Não saber ler entre brilhantes criou um mal-estar para a família e contribuiu para Flaubert agir dentro de seu campo de possíveis, na passividade, visto que, “[...] nos incidentes causados pela dificuldade de aprender a ler, o argumento final de

¹⁸ Aqui será apresentado um breve esboço somente desta obra, dada sua relevância para a atual pesquisa. Por ser breve neste momento e trazer pequenos recortes da vida de Flaubert, poderá ter algum risco de parecer ‘causa e efeito’, o que não vem ao encontro do existencialismo de Sartre.

Gustave, irrefutável segundo ele, era: ‘Para que aprender, se Papai Mignot lê?’” (Sartre, 2013, p. 11).

Para a mãe de Flaubert todas as suas dificuldades eram de origem biológica “pareciam-lhe ligados por um fio secreto: no cérebro do pequeno, alguma coisa se desordenara, talvez desde o nascimento; a epilepsia -o nome que davam à ‘doença’ de Flaubert -era, em suma, a continuação da idiotia.” (p. 16). Mãe de Flaubert o cuidou até seus dois anos de idade, porém, sem demonstração de amor. Não acreditava no seu talento, preferia dar atenção a seu primogênito, pois o considerava mais inteligente (Sartre, 2013).

Gustave, percebido por sua família como incapaz, o “idiota” da família, adota uma postura de passividade e inércia como possibilidade de viver em um mundo que lhe parece abominável (Sartre, 2013). Segundo Sartre (2013, p. 12), “O *Outro* está presente, sem dúvida: é a testemunha, é o meio opressor, é a exigência”.

Ela sobrevive e sobreviverá em e por uma inesquecível infância que condiciona todo o desenvolvimento posterior de Flaubert. Veremos mais tarde por quais complexas razões o adolescente se fez homem de letras. Há uma, de todo modo, que já adivinhamos: aos nove anos, Gustave decidiu escrever porque aos sete não sabia ler. (Sartre, 2013, p. 38).

Ele inicia sua trajetória profissional, diferentemente da família de médicos, mergulhado no universo da imaginação, assumindo o papel de ator.

A desrealização da experiência do escritor remonta à imaginarização da linguagem. A escolha de Flaubert remonta sem cessar a sua infância problemática, à aprendizagem truncada do alfabeto, à incomunicabilidade do vivido. “A revolução flaubertiana vem de que este escritor, desafiando a linguagem desde a infância, começa, ao contrário dos clássicos, por colocar o princípio da não-comunicabilidade do vivido” (Sartre, 2013, p. 8).

Com o tempo, essa experiência evolui, e Gustave se torna o escritor Flaubert, reconhecido por sua obra *Madame Bovary* (Sartre, 2013). “Este movimento leva Gustave a suspender provisoriamente seu tormento e a reinventar a arte de escrever, pela radicalização da imaginarização, ao ponto de se transformar inteiramente em sujeito imaginário” (Sartre, 2013, p. 9).

De certo modo, se toda pessoa singular tem, por si mesma, a estrutura do signo, e se o conjunto totalizado de seus possíveis e de seus projetos lhe é dado como seu sentido, o sombrio âmago desse sentido é a primeira infância: **a apatia recebida, vivida, consolidada dos dois primeiros anos sustenta do interior a atividade passiva e todas as condutas de**

ressentimento, ela é ao mesmo tempo a matéria do signo, a opacidade do significado (misteriosa ultrapassagem da clareza rumo a significações mais obscuras) **e a delimitação interna do significante**. Verdade restritiva e plenitude condensada da memória, o passado pré-histórico retoma à criança como Destino. (Sartre, 2013, p. 53, grifo nosso).

Retomando a importância da infância, considera-se nesta pesquisa a noção de pluralidade de infâncias, o que caracteriza também o lugar de infância como experiência singular da criança, localizada em seu contexto sociológico e antropológico (universal). Ou seja, é a

[...] noção de que a criança é ativa no processo de constituição de si e de seu contexto de vida, mesmo que viva essa participação de modo alienado, uma vez que não tem a habilidade de refletir criticamente sobre o que lhe acontece. Possui, portanto, um saber, para além do que o adulto consegue nela imprimir e uma racionalidade que, em alguma medida, escapa ao olhar adulto. (Pretto, 2013, p. 625).

A época histórica é constituída pelos seres humanos e assim alterada ao longo do tempo; está inacabada e a cada período de sua existência oferece significados do que o ser humano produziu até então. Essa noção vem ao encontro da ideia de que

A relação com o saber é relação com o tempo. A apropriação com tempo. A apropriação do mundo, a construção de si mesmo, a inscrição em uma rede de relações com os outros. “o aprender” requerem tempo e jamais acabam (Charlot, 2000. p. 78).

A relação com o saber, segundo o autor, demonstra uma relação do sujeito com o mundo, por meio do que ele deseja, do que ele sente, sobretudo do que está sendo exposto a ele. Ou seja, diz respeito a um mundo que se oferece em forma de um conjunto de significados compartilhados com outros seres humanos.

Sendo assim, a relação com saber é uma relação social, na qual nascer e se inserir num mundo organizado sob uma forma humana e social coloca o sujeito numa condição inevitável do aprender (Charlot, 2000).

Tratando-se da temática desta pesquisa, pode-se verificar que, desde o início do século XX, evidencia-se a medicalização da vida e da infância, principalmente a partir das pesquisas em biologia e neurologia. Os fenômenos sociais passam a ser explicados pela área médica, a partir da biologia, e essa repercussão invade os espaços escolares como uma verdade quase absoluta.

Porém, falar em organização social com informações pré-existentes não significa afirmar que ‘o aprender’ de um indivíduo nascido no mesmo tempo que outro

será exatamente o mesmo, pois, como explica Charlot (2000, p. 82), cada sujeito é um ser singular:

Sou singular, não porque eu escape do social, mas porque tenho uma história: vivo e me construo na sociedade, mas nela vivo coisas que nenhum ser humano, por mais próximo que seja de mim, vive exatamente da mesma maneira.

É nessa dinâmica com o mundo que o sujeito constitui sua subjetividade, sua singularidade. É vivendo nas relações que se dá significados às coisas e se sustenta a relação com o saber. Porém o autor chama atenção par o fato de que o “sujeito é a relação com o saber”; não é algo à parte, e sim parte integrante desse conjunto de relações (Charlot, 2000).

Essa aproximação da relação com o saber e o método progressivo-regressivo de Sartre nos possibilitaram alcançar o objeto de estudo desta pesquisa, que buscou trabalhar com o estudo (auto)biográfico de uma criança sujeita a processos de medicalização.

4 ASPECTOS METODOLÓGICOS: A CAMINHO DA PESQUISA (AUTO)BIOGRÁFICA (SINGULAR)

4.1 QUESTÕES METODOLÓGICAS: MÉTODO PROGRESSIVO-REGRESSIVO NA PESQUISA EDUCACIONAL

4.1.1 Método

Esta pesquisa é (auto)biografia e tem como referência o método progressivo-regressivo de Sartre (2002, p. 52), inspirado em Levi Lefebvre (1978), caracterizado por um vaivém progressivo/regressivo, que permite, a partir da investigação biográfica, compreender o sujeito e sua época. Segundo Henri Lefebvre (1978, p. 71), é importante utilizar da “[...] observação e [...] de técnicas de pesquisa como: entrevistas, questionários, estatísticas [...]”. Bem como “[...] utilizar todos os documentos que possam encontrar: cartas, testemunhos, diários íntimos, informações ‘sociais’ de todo tipo” (Sartre, 2005, p. 697).

Este método proposto por Lefebvre tem as seguintes características:

Descritivo — Observação, mas com um olhar informado pela experiência e por uma teoria geral [...]. *Analítico-regressivo* - Análise da realidade. Esforço no sentido de datá-la com exatidão [...]. *Histórico-genético* — Esforço no sentido de reencontrar o presente, mas elucidado, compreendido, explicado. (Sartre, 2002, p. 52, grifo do autor).

Esta pesquisa (auto)biográfica foi realizada com uma criança bem pequena, que foi selecionada a partir do levantamento da psicóloga escolar entre os casos encaminhados ao setor de Psicologia, com base nos seguintes critérios:

- Crianças que já frequentavam o Grupo 4,¹⁹ devido à faixa etária (3 anos a 3 anos e 11 meses), porque é uma faixa em que normalmente há expectativas sobre seu desenvolvimento e sua aprendizagem;
- Crianças que frequentavam o CEI há pelo menos um ano letivo, o que traria mais informações sobre a trajetória da criança na Educação Infantil;
- Crianças que se encontravam em situação de medicalização ou com indicativos de estarem em situação de medicalização;

¹⁹ As salas dos CEIs são organizadas por grupos de faixa etária. O Grupo 4 reúne as crianças de 3 anos a 3 anos e 11 meses.

- Crianças que ainda não tivessem laudo diagnóstico fechado, para buscar demonstrar processos de medicalização sem estar diretamente relacionado há um transtorno específico.

Após seleção da criança, as principais fontes para coleta foram: a família (pai e mãe) da criança; as professoras do CEI que acompanham a criança; e a própria criança em atividade no CEI, a partir dos registros da pesquisadora. Mais à frente no texto, serão apresentados com detalhe os procedimentos de cada etapa da coleta.

Para produção do material empírico da pesquisa, recorreremos às seguintes técnicas: entrevistas semiestruturadas com familiares (pai e mãe) da criança e entrevistas semiestruturadas com as professoras. Durante as entrevistas, gravamos os registros com autorização dos participantes. Por fim, observamos criança nos períodos em que frequentava o CEI, utilizando recursos de vídeo e manuscritos descritivos para os registros.

A escolha da técnica de entrevista semiestruturada se deu pelo fato de nos possibilitar um momento de escuta dos sujeitos da pesquisa, pois a pesquisadora precisou ouvi-los de forma ativa, demonstrando aos entrevistados interesse por suas falas e suas emoções, realizando novos questionamentos, dando-lhes indícios, com gestos, de que os ouvia com atenção, de que queria compreender suas palavras, mas sem influenciar seu discurso (Belei *et al.*, 2008).

A escolha da observação com registros, especialmente em vídeo²⁰ (após aceite dos participantes), deve-se ao fato de se tratar de uma criança bem pequena, mas sobretudo para poder evidenciar concretamente o que ocorre com a criança em sala; como a criança se mobiliza diante das possibilidades que rotineiramente lhe são ofertadas; como (e se) ocorrem de fato os processos de medicalização no contexto de Educação Infantil, identificando possíveis implicações da medicalização no processo formativo da criança.

Conduzindo a pesquisa *in loco*, onde os fenômenos em questão se manifestam, os resultados obtidos tendem a ser mais autênticos; e as respostas fornecidas pelos sujeitos, mais confiáveis (Gil, 2002).

²⁰ Para codificação e pré-análise das gravações em vídeo e áudio, foi utilizado o *software* ATLAS.ti, que possibilita integrar os vídeos, assistir e registrar com códigos de identificação as cenas relevantes para a pesquisa. Após, é possível gerar um relatório escrito das ações realizadas, bem como retomar o projeto no ATLAS.ti e assistir novamente às cenas por codificação.

Esta pesquisa é de abordagem quanti-qualitativa. Quantitativa por trazer dados numéricos para demonstrar a representatividade do fenômeno medicalização na educação infantil, na instituição onde foi realizada a pesquisa. E qualitativa porque compreende a complexidade e vai ao detalhe do fenômeno medicalização, chegando à singularidade de uma (auto)biografia.

Portanto, realizar uma pesquisa (auto)biográfica com uma criança que passa por processos de medicalização torna possível compreender a dimensão antropológica da medicalização como parte deste fenômeno; as políticas públicas da Educação Infantil; as raízes sócio-históricas da medicalização; a influência da indústria farmacêutica, bem como o campo dos possíveis e sua dimensão sociológica, ou seja, o conjunto de relações em que a criança se encontra: na família, na escola, com professoras, colegas, entre outras.

Sobre a análise biográfica dos sujeitos de pesquisa, Ferraroti (2013) indica que os materiais utilizados pelo método biográfico podem ser divididos em dois grupos. Um grupo com os materiais biográficos primários: informações das observações e entrevistas. Outro grupo com os materiais biográficos secundários: documentos, correspondências, fotografias, relatos e outros. Nesta pesquisa, utilizamos os pareceres e relatórios dos profissionais de saúde e portfólios das professoras a respeito de Joaquim.

A análise desta pesquisa se deu por meio do movimento de compreensão, na perspectiva sartriana, que “[...] é, simultaneamente, progressivo (em direção ao resultado objetivo) e regressivo (remonto em direção à condição original)” (Sartre, 2002, p. 116).

Assim, a compreensão nada mais é do que minha vida real, isto é, o movimento totalizador que reúne meu próximo, eu próprio e o meio ambiente na unidade sintética de uma objetivação em andamento. Precisamente porque somos projeto, a compreensão pode ser inteiramente regressiva. (Sartre, 2002, p. 116).

Para compreender as implicações da medicalização para a patologização no processo formativo de uma criança, partimos dos registros coletados durante a observação da vida real da criança (em uma perspectiva regressiva e singular) ao longo de sua estadia no CEI, bem como as entrevistas fornecidas pela família e pelas professoras, à luz dos recursos teóricos da Psicologia Existencialista, da Psicologia Histórico-Cultural e da Sociologia Contemporânea, em especial a noção de relação

com o saber, além das ideias sobre a medicalização da educação e as políticas educacionais pertinentes. De acordo com Sartre (2002, p. 115), “[...]esse conhecimento é simplesmente o movimento dialético que explica o ato pela sua significação terminal, a partir de suas condições de partida. E, originalmente, progressivo”.

O material empírico produzido foi organizado e analisado de forma a constituir um estudo (auto)biográfico da criança, o que nos permitiu compreender suas relações com os saberes, as práticas e os ambientes, mediadas por adultos responsáveis pela sua formação, registros que se concretizam na tese da presente pesquisa.

4.1.2 Caminhos metodológicos da pesquisa

Nesta seção, apresenta-se uma síntese dos procedimentos adotados para a produção do material empírico da pesquisa: entrevistas semiestruturadas e observações documentadas em arquivos de vídeo e escritos.

Como primeira etapa da coleta, realizamos uma investigação macro e horizontal do campo de pesquisa e da medicalização da Educação Infantil:

- No item **Campo da pesquisa e medicalização da Educação Infantil**, realizou-se um breve levantamento histórico e das normativas de uma instituição de educação infantil, abrangendo 40 CEIs. Esse levantamento incluiu as ações institucionais relacionadas à medicalização da educação. Essas primeiras informações foram levantadas pela própria pesquisadora, por já ter trabalhado na instituição e ter acesso às informações e alguns documentos institucionais;
- Reuniões com profissionais da educação: foram realizadas reuniões com a coordenadora de Educação Infantil e com a psicóloga escolar (2022), para obter dados quantitativos sobre a medicalização e os encaminhamentos para o setor de Psicologia, com vistas a verificar as ocorrências de processos de medicalização no Departamento de Educação Infantil (DEI) e traçar caminhos para escolha da criança participante desta pesquisa (auto)biográfica.

Na segunda etapa da coleta, consideramos uma investigação micro e vertical do campo de pesquisa, com enfoque sociológico e (auto)biográfico:

- Seleção do participante da pesquisa: nesta fase, ocorreu uma reunião com uma nova psicóloga escolar (2023), para apresentar o conjunto de critérios para

seleção da criança participante. Com base nos registros da psicóloga e nos objetivos desta pesquisa, foi selecionada uma criança com indicativos de estar em situação de medicalização;

- Convite e autorização da família: após selecionar a criança, a família foi convidada a participar da pesquisa. Após o aceite, fizemos uma entrevista semiestruturada com os familiares, para obter informações sobre a criança, por meio do declarativo da família;
- Interação com a Diretoria do CEI: foi realizada uma reunião com a diretora do CEI, para apresentar a pesquisa e buscar informações adicionais sobre o ambiente educacional;
- Entrevistas e observações em sala: realização de entrevistas semiestruturadas com as professoras e observações diretas em sala, para capturar a dinâmica vivida pela criança, seus comportamentos, suas mobilizações e atividades. É necessário observar a criança de maneira concreta na sala, na relação com outros, com os saberes e em atividade, registrando os episódios específicos e significativos que revelam aspectos fundamentais.

A compreensão do fenômeno estudado se dá no cruzamento destas duas etapas, esclarecendo os aspectos singulares e universais da situação vivida por Joaquim e os processos que o conduzem à medicalização (ou não) em sua formação.

4.1.2.1 Campo da pesquisa e medicalização da educação infantil

A AFASC cenário em que a pesquisa foi realizada, é composta por 40 CEIs (creches), com mais de 5 mil crianças matriculadas. É uma Organização Social de caráter filantrópico e sem fins lucrativos, que presta serviços à comunidade cricumense desde 1973, quando foi fundada pela então primeira-dama Zulma Naspolini Manique Barreto. Em suas mais de quatro décadas, a associação foi aperfeiçoando seu trabalho e atualmente conta com um programa integrado de assistência social e educação infantil, voltado especialmente às necessidades da criança, do adolescente, da mulher e do idoso. A instituição atende mais de 15 mil pessoas por mês, por meio de seus programas de educação infantil e assistência social, prestando auxílio às famílias em situação de vulnerabilidade social e em atividades como: Clubes de Mães, Grupos de Idosos, oficinas no Centro de

Convivência da Terceira Idade, Educação Infantil, Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos para crianças e adolescentes de 0 a 17 anos, e ainda o Programa Ritmo e Saúde (Afasc, 2021).

Todos os CEIs vinculados à Afasc devem seguir as diretrizes da instituição e sua ordem hierárquica, constituída por “I - Direção executiva da AFASC; II Departamento de Educação Infantil – DEI; III – Direção do Centro de Educação Infantil – CEI” (Afasc, 2018, p. 5). A gestão da Afasc e a da DEI estão articuladas à gestão do governo municipal, ou seja, com a mudança no governo municipal, geralmente, os cargos de gestão dos setores da Afasc também mudam. Todos(as) os(as) colaboradores(as) da Afasc são contratados(as) pelo regime de trabalho da Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT).

De acordo com o Regimento Interno dos Centros de Educação Infantil da Afasc (2021, art. 5º), Capítulo II, Dos Princípios e Objetivos, a entidade norteia sua ação educativa de acordo com os seguintes princípios pedagógicos e filosóficos:

- I - Igualdade de condições para o acesso e a permanência na instituição educativa infantil, vedada qualquer forma de discriminação e segregação;
- II - Desenvolvimento do contexto ético, político e estético de acordo com as normativas da educação infantil;
- III – Gratuidade do ensino;
- IV - Valorização dos profissionais da educação;
- V - Promoção de uma educação infantil que contemple os aspectos do cuidar e educar;
- VI - Promoção do desenvolvimento integral da criança em seus aspectos: físico, psicológico, intelectual e social, complementando a ação da família e da comunidade;
- VII - Integração da comunidade escolar formada pelos gestores, professores, funcionários, crianças, pais e/ou responsáveis e sociedade.

No que diz respeito aos objetivos da educação infantil, destacam-se a busca por independência e autoconhecimento; as relações afetivas e a comunicação social; as relações sociais e o respeito à diversidade; a exploração e a consciência ambiental; a expressão por meio do brincar; os seis direitos de aprendizagem da BNCC, incluindo interações e brincadeiras; a articulação de experiências, saberes e conhecimentos infantis por meio de diversos campos de experiência; a educação integral; o protagonismo e o repertório cultural; o conhecimento e a valorização cultura; o uso de diferentes linguagens.

Quanto ao projeto político-pedagógico, compete às professoras e orientadoras pedagógicas planejar as atividades tendo em vista o cuidado e a educação da criança. É importante que as atividades sejam pensadas e realizadas de

forma lúdica, com jogos e brincadeiras que alcancem a aprendizagem cultural, além de articular saberes da experiência e a socialização do conhecimento em seu dinamismo (Brasil, 2013).

De acordo com o Regimento Interno dos Centros de Educação Infantil, Capítulo III – Projeto Político-Pedagógico:

Art. 7º - A definição do Projeto Político Pedagógico dos Centros de Educação Infantil atenderá os pressupostos da Proposta Curricular da AFASC e às Diretrizes Curriculares para Educação Infantil do município de Criciúma, sendo estes documentos em consonância com a Base Nacional Comum Curricular (BNCC).

Art. 8º - Os Centros de Educação Infantil mantidos pela AFASC elaborarão seu currículo em conformidade com a Base Nacional Comum Curricular (BNCC) e com o Projeto Político-Pedagógico do CEI, atendendo às faixas etárias de 3 meses a 3 anos de idade.

Parágrafo Único - As atividades serão desenvolvidas de acordo com o calendário escolar e por meio de projetos trimestrais em consonância com o projeto macro DEI e CEI, o quais orientarão a elaboração do planejamento semanal. (Afasc, 2021, p. 9).

O DEI da instituição atende crianças de 3 meses a 3 anos de idade completos, a partir de 31 de março de cada ano letivo.

Os CEIs organizam as crianças matriculadas em grupos conforme a faixa etária:

I – Grupo I – 3 meses a 11 meses

II – Grupo II – 1 ano a 1 anos e 11 meses;

III- Grupo III – 2 anos a 2 anos e 11 meses;

IV – Grupo IV – 3 anos a 3 anos e 11 meses;

Parágrafo primeiro – excepcionalmente poderá ser oferecido grupo V e VI para atender crianças de 4 e 5 anos e 11 meses. (Afasc, 2021, art. 10º, p. 10).

Dos 40 CEIs, apenas 6 atendem também crianças na faixa etária de 4 anos e 11 meses a 5 anos e 11 meses.

As professoras precisam ter “[...] formação específica legalmente determinada, a habilitação para o magistério superior ou médio [...], embora mantenha a obrigação de assistir às necessidades básicas de todas as crianças. (Brasil, 2013, p. 84).

De acordo com o Regimento Interno dos Centros de Educação Infantil da Afasc, Capítulo XI, Seção III, Art. 41º “Os professores de Educação Infantil deverão comprovar habilitação específica para área de ensino, sendo desejável diploma do Curso de Magistério ou graduação em Pedagogia e Educação Física” (Afasc, 2021, p. 24).

Sobre as atribuições dos(as) professores(as), eis o que estabelece o Art. 42º do Regimento: planejar e ministrar aulas; contribuir na elaboração, execução e avaliação do projeto político-pedagógico; participar de reuniões de estudo, encontros, cursos de formação, seminários e outros eventos para desenvolvimento profissional; colaborar na construção do calendário escolar; manter-se atualizado em conhecimentos da área; elaborar e executar projetos de ensino baseados na proposta curricular; comunicar a Direção em caso de ausências; auxiliar a Direção na ampliação de recursos educacionais; representar a instituição quando designado; manter a cortesia no relacionamento com todos os membros da comunidade escolar; zelar pela confiança da instituição; registrar informações no diário de aula diariamente; manter registros atualizados do desenvolvimento das crianças; cuidar, estimular e orientar as crianças em hábitos de higiene e outras rotinas; para profissionais de determinados grupos, observância a normas específicas de vestuário e higiene; utilizar tocas no refeitório e manter a comunicação eficaz na troca de turnos; respeitar a criança enquanto sujeito em desenvolvimento; comunicar irregularidades observadas às autoridades competentes; observar, registrar e encaminhar questões para uma equipe multidisciplinar; manter a higiene pessoal, como as unhas curtas e evitar acessórios perigosos; trabalhar com as famílias para identificar causas que afetam o desenvolvimento da criança.

Parágrafo único – É de responsabilidade do professor referência articular estas atribuições em parceria com professor auxiliar. Na ausência do professor referência na turma, as funções acima se remetem ao professor designado pela direção” (Afasc, 2018, p. 15-16).

O número de crianças por sala, segundo o Parecer CNE/CEB nº 20/ 2009, deve ser a seguinte: de 6 a 8 crianças por professor (no caso de crianças de 0 a 1 ano); 15 crianças por professor (no caso de crianças de 2 a 3 anos); e 20 crianças por professor (no caso de crianças de 4 a 5 anos). Entretanto, o MEC alerta para o fato de que a proporção pode variar de acordo com a regulamentação do órgão normativo do sistema de ensino, seja ele municipal ou estadual.

O DEI/Afasc conta com equipe multiprofissional; além da coordenadora geral, são três orientadoras pedagógicas, uma fisioterapeuta, uma psicóloga, uma nutricionista e um fonoaudiólogo. Essa equipe atende a todos os 40 CEIs da entidade. Entre 2017 e 2019, a então pesquisadora desempenhou o papel de psicóloga escolar

nesta instituição, contribuindo também como uma das fontes de informação para esta pesquisa.

A escolha por esta instituição se deve à relevância que tem regionalmente, sendo a maior de instituição de Educação Infantil do extremo sul catarinense. Outro aspecto, e não menos importante, é a experiência profissional da pesquisadora nesta instituição. Essa experiência, além de fornecer conhecimento íntimo e detalhado das dinâmicas internas da Afasc, também facilitou a logística e o acesso a informações e recursos necessários para a pesquisa.

A Direção da instituição prontamente autorizou a realização da pesquisa. Em junho de 2022, já com a aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa, sob o Parecer nº 5.556.390, entramos em contato com a Coordenação-Geral do DEI, com a equipe pedagógica, a psicóloga escolar e a Direção-Geral, para darmos início às atividades da pesquisa.

Primeiramente, foi realizada uma reunião com a coordenadora-geral do DEI, para apresentação da pesquisa. Nos próximos tópicos, serão discutidos o caminho metodológico e um panorama de todas as ações realizadas nesta instituição relacionadas a promoção da reflexão e ao combate a medicalização da educação.

4.1.3 Ações institucionais relacionadas à não medicalização da educação

Este levantamento foi realizado a partir do ano de 2017 e se estende até o presente, pois é o período de administração da atual gestão do DEI/Afasc.

Iniciando pelo setor de Psicologia, em setembro de 2017, assume uma nova psicóloga escolar, a então pesquisadora. No primeiro dia de trabalho, a primeira situação com que se deparou foi com uma pasta de aproximadamente 15 cm de altura, cheia de folhas de encaminhamentos ao setor de Psicologia. Observou que a maioria dos encaminhamentos se referia a questões comportamentais e de socialização: a criança não interage, é muito agitada, chora muito, morde os colegas de sala, não realiza as atividades conforme o comando das professoras, não socializa etc.

Nesse período, os encaminhamentos eram direcionados ao setor de psicologia diretamente pela professora, após o preenchimento de uma 'ficha' contendo os dados do CEI e da criança, seguido do motivo do encaminhamento. Não havia um detalhamento do que já fora realizado no próprio CEI, para estimular esta criança a

alcançar suas potencialidades, visando superar a dificuldade, a situação que estava passando naquele momento.

Diante disso, foi importante considerar o estreitamento dos laços com essas professoras, com o intuito de compreender melhor a rotina diária de seu trabalho. Foi então desenvolvido o projeto “Cuidando de quem educa”. O projeto ocorreu por meio da visita da Psicóloga aos CEIs, na época apenas 33. Teve início em outubro de 2017 e durou até novembro de 2018. Previa um cronograma de visitas às diretoras. Dependendo da quantidade de professoras, eram criados dois grupos pela manhã e dois grupos à tarde em cada CEI. A atividade era realizada com o grupo de professoras e tinha como objetivo proporcionar um momento de escuta, conhecer o trabalho das professoras nos CEIs, sua trajetória profissional, suas dificuldades no dia a dia de trabalho, tanto com as crianças quanto de modo geral. A partir disso, dava-se encaminhamento para possíveis resoluções quanto às dificuldades que encontravam. Como parte da proposta, cada CEI preparava um café para o dia do encontro, proporcionando uma atmosfera de acolhimento e cuidado para as professoras.

Figura 5 – Projeto “Cuidando de quem educa”



Fonte: elaborado pela autora (2018).

Após a realização de cada encontro, realizávamos uma avaliação. Segue alguns relatos das professoras: “Este encontro representa valorização da AFASC para com as professoras”. “Momento de reflexão”. “Nos sentíamos abandonadas, mas

agora nos sentimos valorizadas” (2017/2). “É muito gratificante um momento para ser ouvida” (2018/2).

Na visão da psicóloga, as vantagens desse projeto, de acordo com o modo de execução, foi o estreitamento de laços e a ciência das reais dificuldades das professoras. Como desafio, pode-se citar o tempo prolongado para conclusão do projeto, tendo em vista o número de CEIs.

Ainda com a intenção de conhecer mais sobre esse lugar e a comunidade escolar, em paralelo ao projeto com as professoras, foi iniciado o projeto “Família e CEI: uma parceria que dá certo”. O projeto iniciou durante o segundo semestre de 2017 e acabou em 2018. Envolveu a psicóloga escolar, as famílias e a Direção de cada CEI que organizava o encontro. Na época, eram 33 CEIs no total. Na maioria dos CEIs, o horário agendado era o de saída das crianças, ao final da tarde. Os objetivos eram dialogar com as famílias sobre suas responsabilidades, estabelecer vínculos afetivos com as crianças e saber das dificuldades que encontravam nesse processo de cuidar e educar. Orientar e discutir com os familiares sobre temáticas pertinentes ao desenvolvimento infantil.

Figura 6 – Projeto “Família e CEI: uma parceria que dá certo”



Fonte: elaborada pela autora (2018).²¹

Na visão da psicóloga, esse projeto estreitou os laços com as famílias, revelou suas histórias e os desafios da parentalidade. Como contribuições destacamos

²¹ Foto alterada para não identificar as pessoas.

orientações sobre mediações sociológicas positivas, fortalecimento de vínculos diante de uma rotina acelerada; elucidar dúvidas sobre um possível 'atraso' no desenvolvimento dos filhos, entre outras situações. Como desafios, novamente o tempo prolongado para conclusão do projeto, tendo em vista no número de CEIs, e o fato de que nem todos contavam com presença significativa das famílias.

Ainda em 2017, depois de já ter passado por alguns CEIs com ambos os projetos, foi realizado um encontro com todas as diretoras, com vistas a apresentar os novos caminhos para o setor de Psicologia, que antes tinha a função apenas de realizar atendimentos individualizados, especialmente os encaminhamentos das crianças ao setor de Psicologia. A proposta visava orientar as diretoras sobre como funcionariam os encaminhamentos ao setor de Psicologia a partir de então. A orientação foi que, antes de realizarem um encaminhamento ao setor de Psicologia, avaliassem o que já haviam feito ou poderiam fazer para desenvolver as potencialidades das crianças, evitando encaminhamentos de situações de ordem social ou pedagógica que pudessem ser resolvidas no próprio CEI, não necessariamente relacionadas de modo direto com o psicológico da criança. Por exemplo, situações em que a criança não interage com os coleguinhas e não faz as atividades. Nesse caso, as professoras poderiam questionar: há quanto tempo essa criança está no CEI? O que foi feito até o presente para integrá-la? Conheço o que essa criança gosta? Posso proporcionar o que ela gosta em atividades no CEI? Fazendo esses e outros questionamentos, evitavam-se processos de medicalização.

Em 2017, ainda com projetos em andamento, o número de encaminhamentos ao setor de Psicologia reduziu consideravelmente. Porém, na época, não foi feita uma avaliação específica para identificar se o motivo da redução eram as orientações.

Em 2018, o setor de Psicologia passou a contar com uma estagiária de Psicologia, para auxiliar nos projetos, mas que logo se tornou a principal receptora dos encaminhamentos enviados ao setor. Foi observado que, a partir do ingresso da estagiária, o número de encaminhamentos começou a aumentar. Porém, não foi avaliado se havia relação direta entre o ingresso da estagiária e o aumento no número de casos.

Diante dessa situação, percebendo a necessidade de discutir sobre a medicalização da educação de forma mais direta, em junho de 2018, foi realizado o evento **Criança vem com bula?**. Este evento foi realizado em parceria com o Curso de Psicologia das Faculdades Esucri. Contou com a presença de um psicólogo, uma

doutora em Ciências da Saúde e um doutor em Farmacologia. A proposta era apresentar a medicalização no contexto da Educação Infantil e as consequências na vida da criança, além de diversas possibilidades para desenvolver as potencialidades das crianças. Participaram do evento todas as professoras e diretoras dos CEIs da Afasc, aproximadamente 750 pessoas.

Figura 7 – Evento “Criança vem com bula?”



Fonte: Faculdades Esucri e Afasc (2018).

Além do encontro presencial, a proposta deste evento contou com um material impresso, pensando para, de forma breve, manter viva parte das orientações apresentadas durante o evento.

Figura 8 – Informativo do evento “Criança vem com bula?”

1. Psicologia e a medicalização da educação
A psicologia nos últimos anos vem medicalizando crianças em respeito à medicalização da vida e da educação. Embora se fale por medicalização a inclusão de crianças com necessidades de vida decorrentes de questões sociais, culturais e históricas a um determinado organismo, ou não, o indivíduo precisa se adaptar às patologizações sociais passas a ser visto por aqueles que o tratam como alguém "doente". O comportamento e a aprendizagem da criança têm sido alvo da medicalização. Por isso é importante estar claro que a medicalização não é o ato de medicar, mas compreender a origem, de comportamento considerado fora do padrão, a partir de uma medicalização biológica, no caso, como um "defeito" natural do próprio indivíduo.

2. Medicação e medicalização: possíveis consequências na vida da criança.
O uso de medicamentos por um período extenso, pode trazer danos à saúde da criança, uma possível dependência à medicação, além de outras alterações físicas ou psicológicas, como uma dependência social de terceiros para que o indivíduo mantenha controlado o comportamento. Desta forma possibilita uma medicalização da sociedade frente à criança e ao processo nos diversos contextos sociais que ela está inserida. É por isso e outros motivos que se faz relevante a medicalização de dispositivos por equipes multidisciplinares orientando família e escola visando evitar possíveis implicações no desenvolvimento.

3. Atividades para contribuir no desenvolvimento das crianças no contexto escolar.
Para contribuir com o aprendizado das crianças no contexto escolar é importante que haja condições de aprendizagem na construção de projetos pedagógicos considerando toda a diversidade cultural da realidade escolar e buscando sempre aprimorar as potencialidades da criança.

Alguns aspectos:

- Realizar oficinas entre os professores elaborando ou compartilhando atividades que possam ser aplicadas aos alunos e uma alternativa de aprimorar os saberes e práticas docentes visando ampliar as possibilidades para contemplar os diferentes níveis de aprendizagem.
- Desenvolver as expectativas de aprendizagem e que estão ligadas de acordo com a realidade cultural da escola e da comunidade onde estão inseridos para contribuir para que todas as crianças, de alguma forma, sejam alcançadas neste processo de aprender. Alguns exemplos: uso de imagens de coisas mais fáceis para elas, atividades corporais visando apreensão do que já sabem fazer, introduções e jogos visando a construção de suas capacidades, atividades artísticas que possam estar articuladas com sua realidade, entre outras. Também que a criança apresente algum diagnóstico é importante que o olhar da escola não se de desvie de suas potencialidades e não de trabalhar dentro de suas limitações.

Realização:
ESUCRI e AFASC

Elaboração: Clarissa F. Passamai e 7ª Fase de Psicologia ESUCRI

Fonte: Afasc (2018).

A temática medicalização continuava presente no dia a dia da Educação Infantil da Afasc e seus desdobramentos apareciam no número de crianças que continuavam a ser encaminhadas ao setor de Psicologia com queixas relacionadas a questões comportamentais e de aprendizagem, solicitação de avaliação de crianças que apresentavam alguma característica de TEA ou outros transtornos, solicitação de acompanhamento de crianças que já haviam recebido um atestado indicando que estavam em avaliação sob suspeita de TEA ou com laudo de TEA emitido por neuropediatra.

Em junho de 2019, foi realizado novamente um evento sobre a temática medicalização da Educação Infantil, com o título **Vamos dizer não à medicalização da Educação Infantil?**. O evento foi ministrado pela psicóloga e doutora Marilda Gonçalves Dias Facci e contou com a presença das professoras e diretoras dos CEIs da Afasc, aproximadamente 750 pessoas.

Figura 9 – Evento “Vamos dizer não a medicalização na primeira infância”



Fonte: Faculdades Esucrí e Afasc (2019).

Marilda Facci discutiu sobre a medicalização e as contribuições da Psicologia Histórico-Cultural para a Educação Infantil com suas práticas não medicalizantes.

Os dois últimos eventos, organizados no formato de palestras, foram especificamente pensados para envolver todas as professoras e diretoras pedagógicas, um objetivo que foi alcançado com sucesso. Contudo, enfrentamos um desafio, devido à magnitude do público: a (possível) dispersão das participantes com conversas paralelas, uso de celular, pouca interação e diálogo com a palestrante.

Portanto, visando estreitar e aprofundar o debate sobre medicalização da educação, agora apresentando concretamente como desenvolver as potencialidades das crianças, foi estabelecida uma parceria com o Curso de Psicologia das Faculdades Esucrí, para que duas alunas de Psicologia pudessem realizar o estágio obrigatório em Processos Educativos no DEI/Afasc, sob a supervisão da psicóloga escolar do referido departamento. O estágio ocorreu de março a dezembro de 2019. Devido ao crescente número de crianças com diagnósticos de TEA, o objetivo primário era apresentar aos educadores os conceitos e as características do transtorno,

visando aprimorar sua prática e desenvolver as potencialidades das crianças. Pois eram corriqueiros os comentários de que, por ter diagnóstico de TEA, a criança seria 'incapaz' de realizar as atividades cotidianas no CEI. Para alcançar esse objetivo, foi necessário observar as crianças durante sua vivência no contexto escolar; identificar o que as professoras conheciam sobre o TEA; identificar os comportamentos mais frequentemente apresentados pela criança com TEA a partir do registro das professoras e da observação em sala; capacitar as professoras para atuar com as demandas relacionadas ao TEA; orientar as professoras sobre estratégias de intervenção com foco no comportamento das crianças com TEA; elaborar uma cartilha com informações sobre o desenvolvimento de estratégias de manejo da criança com TEA.

Foram selecionados todos os CEIs que apresentavam crianças com TEA; na época, oito no total. Durante o primeiro semestre, foram realizadas observações das crianças durante o período em que estavam nos CEIs. No segundo semestre, aplicou-se um questionário a todas as professoras que trabalhavam com as crianças observadas, com o objetivo de verificar o conhecimento que detinham em relação ao TEA. Após os registros das observações e das respostas aos questionários, foi realizada uma capacitação com as professoras. As professoras e a direção dos CEIs que faziam parte do projeto participaram e interagiram, tirando dúvidas sobre o que é TEA, sua origem, suas características e como intervir no dia a dia, sendo que trabalham com mais crianças na sala.

No final de 2019, a psicóloga escolar da Afasc, a presente pesquisadora, desliga-se da instituição, mas mantém a parceria em algumas atividades no DEI. No ano de 2020, com o advento da pandemia Covid-19, os CEIs permaneceram fechados em boa parte do ano, abrindo somente no segundo semestre, para atender poucas crianças. Durante esse ano não foram realizadas atividades relacionadas à temática medicalização. Somente em 2021, quando todos os CEIs estavam abertos, foi dado início ao projeto **Educar sem rótulos**. Esse projeto foi idealizado e coordenado pela professora Rafaela Dias Matavelli e a coordenadora do Curso de Psicologia da faculdade, a pesquisadora, em parceria com o Curso de Psicologia das Faculdades Esucri. As atividades eram realizadas por estagiárias(os) em fase de estágio obrigatório na disciplina Processos Educativos.

O projeto se deveu ao fato de ainda serem muito presentes, entre as professoras dos CEIs, as práticas medicalizantes, visto que as dificuldades de

algumas crianças eram justificadas pelo seu (possível) diagnóstico, não havendo iniciativas para superar tal condição, muitas vezes por estarem presas a um saber medicalizante. O objetivo era desenvolver estratégias para superação das dificuldades que as tinham durante suas atividades com as crianças.

Atendendo à solicitação da instituição de educação infantil, o projeto foi realizado com as turmas que tinham pelo menos uma criança com diagnóstico relacionado a questões cognitivas e/ou comportamentais. Não foi possível atender a todas as turmas, pois não havia estagiários(as) de Psicologia em número suficiente para a demanda, logo foram atendidas apenas as turmas selecionadas pela instituição de acordo com a urgência.

As(Os) estagiárias(os) acompanhavam as atividades e rotinas das crianças junto às professoras durante oito horas semanais. Inicialmente, observavam as rotinas das crianças e, após, elaboravam e aplicavam atividades que pudessem desenvolver as potencialidades das crianças. A proposta era demonstrar que, mudando as estratégias e atividades, era possível trabalhar com todas as crianças, e não somente com as que apresentavam algum laudo/diagnóstico.

Quadro 4 – Projeto “Educar sem rótulos”

Ano	CEI	Nº de crianças com laudo	Diagnóstico
2021/1		1	Turner
		6	TEA
		1	Hidrocefalia
		1	TDAH
2022/1	Moradas da Colina	1	TEA
	Prof. Lapagesse	1	TEA
	Prof. Lapagesse	1	TEA
	Prof. Lapagesse	1	TEA
2022/2	Prof. Lapagesse	1	TEA

Fonte: elaborado pela autora como dados dos relatórios de estágio (2022).

Para cada criança havia um planejamento específico, conforme as necessidades de cada uma. Houve atividades que envolveram o desenvolvimento da coordenação motora fina, incluindo um lápis com alargador para a criança aprender a segurar; outras buscavam desenvolver relações socioafetivas, incluindo atividades que proporcionavam a interação entre os colegas e conhecimento das emoções.

Como exemplo de um caso mais severo, podemos citar Joãozinho²², que não se alimentava durante o período em que estava no CEI, nem entrava no refeitório. Foram realizadas algumas atividades para conhecer os alimentos (como pintura e desenho de alimentos) e incluído os alimentos nas atividades rotineiras do CEI, como pegar uma banana para alimentar o boneco que ele estava brincando. Em seguida, foi feito, junto com ele, o percurso até o refeitório. Ao final do período, ele já estava entrando no refeitório e se alimentava em algumas das refeições do dia.

No fim de cada semestre, os(as) estagiários(as) apresentavam as atividades realizadas à instituição e às professoras envolvidas. As professoras atestaram as mudanças da(s) criança(s) em relação ao desenvolvimento psicomotor, ao comportamento, às relações socioafetivas ou à aprendizagem.

As ações realizadas por estagiários de Psicologia em 2019, 2021 e 2022, apesar de serem mais verticalizadas, proporcionando intervenção e orientação mais pontuais, limitaram-se ao atendimento dos CEIs e das salas com crianças já diagnosticadas e com laudo.

Como podemos observar, as ações realizadas junto aos CEIs sobre alternativas à não medicalização da educação ainda não foram suficientes para causar uma mudança efetiva, pois, devido ao número de CEIs e, conseqüentemente, de professoras, auxiliares de sala e diretoras, seria necessário um número maior de estagiários e profissionais da Psicologia para cobrir todas as unidades.

4.1.4 Dados quantitativos relacionados a medicalização e patologização no Departamento de Educação Infantil da Afasc

Em julho de 2022 foi realizada uma nova reunião com a Coordenação-Geral do DEI e com a psicóloga escolar, para solicitar informações sobre os encaminhamentos direcionados ao setor de Psicologia e entender como e com que frequência as crianças eram encaminhadas, pois, geralmente, havia demandas que envolviam processos de medicalização infantil.

Antes, vamos conhecer brevemente a rotina da psicóloga escolar.²³ Ela tem carga horária semanal de 40 horas e atende às demandas dos 40 CEIs. Sua principal atividade é realizar atendimentos individuais (escuta, observação e orientação) de

²² Nome fictício para não identificar a criança.

²³ Atuou como psicóloga escolar na instituição de 2021 a dezembro de 2022.

professoras, famílias e crianças, mediante solicitação/encaminhamento ao setor de Psicologia.

Quanto ao número de encaminhamentos ao setor de Psicologia, há registros apenas do número de atendimentos, ou seja, a mesma criança pode ter recebido mais de um atendimento no mesmo mês. Além disso, entram nessa conta os atendimentos realizados com familiares e professoras da criança.

No ano de 2021, foram realizados 995 atendimentos, considerando o período de atividade do setor (de fevereiro a novembro), uma média de 99,5 atendimentos mensais. A Tabela 2, a seguir, apresenta os registros dos atendimentos realizados no ano de 2022, organizados mensalmente até julho:

Tabela 1 – Número de atendimentos no setor de Psicologia do DEI/Afasc

Mês	Número de atendimentos relacionados às crianças
Fevereiro	114
Março	148
Abril	140
Mai	184
Junho	214
Julho	279

Fonte: elaboração pela autora com dados do DEI/Afasc (2022).

Como podemos observar, são números expressivos de atendimentos, que até o momento ultrapassam a média mensal do ano anterior. A psicóloga da entidade relata que as principais queixas são relacionadas a questões comportamentais, como agitação, falta de interação, mordidas entre os coleguinhas de classe ou alterações de comportamento devido a mudanças na dinâmica familiar, como divórcio dos responsáveis, por exemplo.

Esse achado vem ao encontro das pesquisas realizadas por Lenzi e Marchi (2017), Manfré (2018), Santos e Vasconcelos (2010), que verificaram que, normalmente, os encaminhamentos da escola e as queixas estão relacionadas a questões comportamentais.

A psicóloga relata que, no mês de julho de 2022, havia 70 encaminhamentos na lista de espera. Apesar de não ter um registro formal do número de encaminhamentos, ela afirma, que nos primeiros meses do primeiro e do segundo semestre, a média mensal fica entre 30 e 40 encaminhamentos. Nos demais meses, a média é de 15 encaminhamentos, dentre os quais, além dos motivos já citados, há

a solicitação de pareceres descritivos sobre o comportamento e aprendizagem das crianças com TEA. Esse parecer é solicitado por profissionais externos que acompanham as crianças e é responsabilidade da psicóloga escolar da instituição emitir o documento.

Segundo a psicóloga escolar, os CEIs que mais realizam encaminhamentos ao setor de Psicologia são: CEI Afasc Prof. Lapagesse, com 519 crianças matriculadas, localizado na Região Central da cidade; CEI Afasc Lino Pizzeti, com 264 crianças matriculadas, localizado no bairro Próspera; CEI Afasc Santa Luzia, com 195 crianças matriculadas, localizado no bairro Santa Luzia; CEI Afasc Mãe Nina, com 190 crianças matriculadas, localizado na Região Central, fazendo divisa com o bairro Rio Maina. Essas unidades estão entre os CEIs com maior número de crianças matriculadas.

No entanto, outros também contavam com número significativo de crianças matriculadas, mas, ainda assim, não estão na lista dos que mais realizam encaminhamentos, quais sejam: CEI Afasc Branca de Neve, com 207 crianças matriculadas, localizado no bairro Rio Maina; CEI Afasc Maria de Assis, com 213 crianças matriculadas, localizado na Quarta linha; CEI Afasc Paulo Petruzzellis, com 220 crianças matriculadas, no bairro Pinheirinho.

Podemos observar que os CEIs que mais efetuaram encaminhamentos não estão restritos a uma única região. O que descarta a regionalidade como fator relevante no processo de medicalização desta instituição.

Além disso, observamos uma inclinação à medicalização ao avaliarmos o número significativo de atendimentos realizados pelo setor de Psicologia, com queixas frequentes relacionadas ao comportamento da criança, possivelmente ligados à não adaptação ao ambiente escolar ou a problemas de interação social com outras crianças. Isso demonstra que há uma tendência, por parte dos profissionais de educação, a recorrer aos profissionais de saúde quando se deparam com crianças com 'problemas' de comportamento, mas que muitas vezes compõem o processo de socialização das crianças.

Importante destacar que o serviço de Psicologia se concentrou em atendimentos individuais, abordagem que pode ter contribuído para o desenvolvimento de uma perspectiva e de uma prática que favorecem a medicalização, na qual as dificuldades ou desafios de comportamento são vistos principalmente como problemas individuais sujeitos a tratamento, ao invés de compreender e abordar as influências socioculturais e do contexto educacional. Isso

pode ter limitado a eficácia das intervenções e fortalecido uma perspectiva que vê a medicalização (ou medicação) como principal ou única solução.

Além dos encaminhamentos ao setor de Psicologia, tivemos acesso ao número de crianças com laudo ou que ainda estavam em avaliação diagnóstica, o que foi significativo para demonstrar o quão presente está a prática de diagnosticar e possivelmente medicalizar crianças em idade escolar, que, segundo a coordenadora, aumentou a partir de 2021. Informações detalhadas no quadro a seguir.

Quadro 5 – CEIs versus crianças com laudos diagnósticos

	CEI Afasc	Nº de crianças	Crianças com atestado ou laudo e data de nascimento e/ou idade. ²⁴
1	Aluim Michels	68	12/06/2019. 2 anos 7 meses. Grupo 3. Turno Vespertino. Autismo. Tem atestado de acompanhamento. 19/05/2019. 3 anos. Grupo 3 Integral. Autismo. Tem atestado de acompanhamento. Total: 2.
2	Ângelo Félix	156	07/08/2019. 2 anos e 5 meses. Grupo 3B. Turno Integral. Autismo. Tem Laudo Médico. 03/06/2019. 2 anos e 7 meses. Grupo 3A. Turno Integral. Autismo. Tem Laudo. 22/06/2017. 4 anos e 7 meses. Grupo 5A. Turno Vespertino. Autismo - Tem atestado de acompanhamento. 25/10/2020. Grupo 1 e 2 misto. Turno Vespertino. Autismo. Tem atestado de acompanhamento. 19/01/2018. 4 anos. Grupo 5B Integral. Autismo - Tem atestado de acompanhamento. Total: 5.
3	Beato Aníbal	188	05/05/2018. 3 anos e 9 meses. Grupo 4A. Turno Integral. Síndrome de Down. Tem resultado de exame.
4	Benevenuto	53	Até o momento não tem crianças com laudo.
5	Branca de Neve	207	16/10/2018. 3 anos e 4 meses. Grupo 4B. Turno Integral. Autismo (CID F.84.0). Tem atestado de acompanhamento. 11/05/2018. 3 anos e 10 meses. Grupo 4C. Turno Integral. Autismo (CID F.84.0). Tem atestado de acompanhamento. Total: 2.
6	Carlos Piazza	147	23/10/2018. 2 anos 4 meses. Grupo 4B. Turno Integral. Autismo (CID F.84.0). Tem atestado de acompanhamento. 01/04/2019. 2 anos. Grupo 3. Turno Integral. Síndrome de Down. Tem Laudo Médico. 08/02/2020. 2 anos. Grupo 3. Turno Integral. Autismo (CID F.84.0). Tem atestado de acompanhamento 12/11/2019. Grupo 3. Turno integral. Autismo (CID F.84.0). Tem Laudo. 29/03/2019. Grupo 4B. Turno vespertino. Autismo (CID F.84.0). Tem Laudo. Total: 5.

²⁴ No período que foi realizado este levantamento não havia registro de idade e/ou data de nascimento de algumas crianças.

Quadro 5 – CEIs *versus* crianças com laudos diagnósticos (continuação)

	CEI Afasc	Nº de crianças	Crianças com atestado ou laudo e data de nascimento e/ou idade.
7	Carmela B. Casagrande	134	24/09/2016. 5 anos. Grupo 6. Turno Integral. Autismo. Tem atestado de acompanhamento. 13/09/2017. 4 anos. Grupo 5. Autismo. Tem atestado de acompanhamento. Total: 2.
8	Dep. Ulisses Guimarães	146	09/08/2019. 2 anos e 7 meses. Grupo 3A. Turno Vespertino. Autismo. Tem atestado de acompanhamento.
9	Francisca Furtado	104	16/01/2020. 2 anos e 4 meses. Grupo 3A. Turno Matutino. Autismo. Atestado de acompanhamento. 01/12/2021. 1 ano e 3 meses. Grupo 2. Turno Integral. Hidrocefalia, faz uso de válvula. Total: 3.
10	Gerda	152	31/07/2019. 2 anos e 8 meses. Grupo 3A. Turno Vespertino. Autismo. Tem atestado de acompanhamento.
11	Irmã Emília	133	08/09/2020. Grupo 2. Turno Vespertino. Síndrome de Down. 13/03/2019. 3 anos. Grupo 4C. Turno integral. Hiperatividade. Irritabilidade (F.90.0). Autismo. Tem atestado médico. 24/03/19. Grupo 4A. Turno vespertino. Autismo Tem atestado de acompanhamento. 26/05/2018. Grupo 4 C. Turno Integral. Autismo Tem atestado de acompanhamento. 01/04/2018. Grupo 4A. Turno Integral – Autismo. Tem atestado de acompanhamento. 01/03/2019. 3 anos Grupo 4C. Turno matutino. Autismo. Tem atestado de acompanhamento. 20/09/2019. 2 anos Grupo 3. Turno integral. Autismo. Tem atestado de acompanhamento. 08/06/2019. Grupo 3. Turno integral. Autismo. Tem atestado de acompanhamento Total: 8.
12	HG	37	Até o momento não tem crianças com Laudo
13	João Locatelli	45	Até o momento não tem crianças com laudo.

Quadro 5 – CEIs *versus* crianças com laudos diagnósticos (continuação)

	CEI Afasc	Nº de crianças	Crianças com atestado ou laudo e data de nascimento ou idade
14	Lino Pizzetti	264	<p>16/07/2018. 3 anos e 6 meses. Grupo 4D. Turno Integral. Perda auditiva severa. (CID H.90.0). Tem Laudo</p> <p>05/04/2019. 2 anos e 11 meses. Grupo 3A. Turno Vespertino. Autismo tem atestado de acompanhamento</p> <p>09/10/2018. 3 anos e 4 meses. Grupo 4A. Turno Integral. Atraso Motor. Tem atestado de acompanhamento</p> <p>11/07/2018. 3 anos e 7 meses. Grupo 4C. Turno Integral Microcefalia. Laudo Médico.</p> <p>18/03/2019. 2 anos e 11 meses. Grupo 4C. Turno matutino. Autismo. Tem atestado de acompanhamento</p> <p>2 anos e 4 meses. Grupo 3A. Turno vespertino. Autismo. Tem atestado de acompanhamento.</p> <p>02/09/2019. Grupo 3A. Turno vespertino. Atraso no desenvolvimento da linguagem. Tem atestado de acompanhamento.</p> <p>14/01/2019. 4 anos. Grupo 4B Turno Vespertino. Autismo. Tem atestado de acompanhamento.</p> <p>25/06/2019. 2 anos e 6 meses. Grupo 3B. Turno vespertino - Tem atestado de acompanhamento.</p> <p>23/02/2020. 2 anos. Grupo 3C. Tem atestado Médico – Paralisia Cerebral Espática diplégica de MMI.</p> <p>16/04/2019. 3 anos Grupo. 3A. Autismo. Tem laudo.</p> <p>Total: 11.</p>
15	Maria Assis Góes	213	<p>29/06/2019. 2 anos. Grupo 3A. Turno vespertino. Autismo. Tem laudo.</p> <p>03/08/2018. 3 anos. Autismo. Turno vespertino. Tem atestado de acompanhamento.</p> <p>02/09/2021. 5 meses. G.1A. Turno Vespertino. Down. Tem exame comprobatório.</p> <p>19/01/2019. 3 anos. Grupo 4C. Turno integral. Atraso no desenvolvimento motor. Tem atestado de acompanhamento.</p> <p>2 anos e 11 meses. Grupo 3ª Turno Vespertino. Autismo. Tem atestado de acompanhamento.</p> <p>2 anos 5 meses. Grupo 3. Autismo. Tem atestado de acompanhamento.</p> <p>Total: 6.</p>

Quadro 5 – CEIs *versus* crianças com laudos diagnósticos (continuação)

	CEI Afasc	Nº de crianças	Crianças com atestado ou laudo e data de nascimento ou idade.
16	Maria Pires Castelan	70	20/02/2019. 2 anos. Grupo 4 B. Turno Integral. Síndrome de Down. Não trouxe laudo ainda. 15/12/2020. 1 ano 2 meses. Grupo 2 Síndrome de Down. Tem laudo. 16/06/2019. 2 anos e 7 meses. Autista. Tem laudo. Total: 3.
17	Mina do Mato/ Mãe Nina	190	08/10/2019. 2 anos e 4 meses. Turno Vespertino. Grupo 3. Hidrocefalia, deficiência física, Síndrome rara no Cerebelo. Tem Laudo Médico 19/08/2016. 5 anos. Grupo 6. Turno Integral. Autismo. Tem atestado de acompanhamento. 29/11/2018. 3 anos. Grupo 4. Turno Vespertino. Autismo. Tem atestado de acompanhamento. 17/05/2018. 3 anos. Grupo 4B. Turno Integral. Autismo. Tem atestado de acompanhamento. 12/06/2018. 3 anos. Grupo 4A. Turno Vespertino. Autismo. Tem atestado de acompanhamento. 14/12/2017. Grupo 5B. Integral. Autismo. Tem atestado de acompanhamento. 28/07/2020. Grupo 2. Turno Vespertino. Autismo. Tem atestado de acompanhamento. 25/07/2018. Grupo 4B. Turno vespertino. Autismo. Tem atestado de acompanhamento. 18/11/2017. Grupo 5B. Turno Vespertino. Autismo. Tem atestado de acompanhamento. 03/05/2016. Grupo 6 Vespertino. Autismo. Tem atestado de acompanhamento. Total: 10.
18	Moradas da Colina	68	18/03/2019. 3 anos. Grupo 4- Turno Integral. Autismo – Tem laudo médico. 11/06/2018. 4 anos. Turno integral. Tem Síndrome de Down. Tem declaração. Total: 2.
19	Morro Estevão	84	Até o momento sem Laudo
20	Mundo Encantado	189	3 anos e 9 meses. Grupo 4. Turno Vespertino. Autismo. Tem atestado de acompanhamento. 29/06/2019- 2 anos e 10 meses – Turno. Autismo. Tem atestado de acompanhamento. 24/09/2018. 3 anos e 4 meses. Grupo 4D. Turno Integral. Autismo. Tem Laudo. Total: 3.

Quadro 5 – CEIs versus crianças com laudos diagnósticos (continuação)

	CEI Afasc	Nº de crianças	Crianças com atestado ou laudo e data de nascimento ou idade
21	Natureza	127	17/08/2017. 4 anos. Grupo 5. Turno vespertino. Autismo. Tem atestado de acompanhamento. 31/07/2016. 5 anos. Grupo 6B. Turno Integral. Autismo. Tem atestado de acompanhamento. 30/08/2019. Grupo 3A. Vespertino. Autismo. Tem atestado de acompanhamento. Total: 3.
22	Nova Esperança	177	11/06/2018. 3 anos e 8 meses. Grupo 4A Turno Vespertino. Autismo. Tem atestado de acompanhamento. 10/05/2019. 2 anos e 9 meses. Grupo 3A. Turno Integral. Autismo. Tem atestado de acompanhamento. 26/09/2018. 3 anos e 5 meses. Grupo 4B. Turno Integral. Autismo. Tem laudo médico. 04/06/2018. 4 anos. Grupo 4A integral. Autismo. Tem atestado de acompanhamento. Total: 4.
23	Padre Petruzzellis	220	17 crianças com diagnóstico de acordo com Sistema IEDUCAR.
24	Pequeno Mundo	120	05/06/2018. 3 anos e 8 meses. Grupo 4A. Matutino. Autismo. Tem laudo neurológico. 26/09/2018. 3 anos 6 meses. Grupo 4 A Matutino. Bexiga Neurogênica. Tem atestado de acompanhamento. 17/06/2021. 9 meses. Grupo 1 Integral. Crises de epilepsia. Tem atestado de acompanhamento. Total: 4.
25	Pequeno Polegar	87	08/07/2019. 2 anos e 7 meses. Grupo 3. Turno vespertino. Autismo. Tem atestado de acompanhamento 10/12/2020. 1 ano e 5 meses. Grupo 2B. Autismo. Tem atestado de acompanhamento. Total: 2.
26	Pingo de Gente	182	31/10/2018. 3 anos. Grupo 4ª. Turno Matutino. Autismo. Tem atestado de acompanhamento. 3 anos. Grupo 4. Autismo. Tem atestado de acompanhamento. Total: 2.
27	Prof. Jairo Thomazzi	127	20/12/2018. 3 anos. Grupo 4A. Turno vespertino. Autismo. Tem atestado de acompanhamento.

Quadro 5 – CEIs *versus* crianças com laudos diagnósticos (continuação)

	CEI Afasc	Nº de crianças	Crianças com atestado ou laudo e data de nascimento ou idade
28	Prof. Lapagesse	519	<p>20/12/2018. 3 anos e 2 meses. Grupo 4B. Turno Integral. Autismo. Tem atestado médico.</p> <p>06/04/2018. 3 anos e 2 meses. Grupo 4.F. Turno vespertino. Autismo Cid F.84.0 Tem atestado de acompanhamento.</p> <p>21/05/2018. 3 anos e 9 meses. Grupo. 4F. Turno matutino. Autismo. Tem laudo.</p> <p>24/01/2019. 3 anos 2 meses. Grupo 4A. Turno integral. Autismo. Tem declaração.</p> <p>30/01/2019. 2 anos e 5 meses. Grupo 4D. Turno integral Autismo. Tem Laudo</p> <p>12/07/2018. 3 anos e 6 meses. Grupo 4E. Turno integral. Autista. Tem Laudo.</p> <p>15/06/2018. 3 anos e 8 meses. Grupo 4G. Turno vespertino. Down. Tem atestado de acompanhamento.</p> <p>25/04/2019. 2 anos e 10 meses. Grupo 3G. Turno integral Deficiência auditiva (CID. H.90.3). Tem atestado de acompanhamento.</p> <p>12/06/2019. 2 anos 8 meses. Grupo 3E. Turno integral. Autismo. Tem uma declaração. Atestado.</p> <p>15/03/19. 3 anos. Grupo 3G. Vespertino. Autismo. Tem laudo.</p> <p>03/09/19. 2 anos. Grupo 3D. Turno Integral- Autismo – Tem atestado.</p> <p>25/04/2019. 1 ano e 4 meses. Grupo 2F, Autismo. Tem atestado.</p> <p>26/09/2019. 2 anos e 7 meses. Grupo 3C. Autismo. Tem atestado.</p> <p>3 meses. Grupo 1A. Cardiopatia Congênita. Tem atestado de acompanhamento.</p> <p>18/02/2019. 3 anos e 11 meses. Grupo 4B. Turno vespertino. Tem declaração da SER/Unesc.</p> <p>01/04/2019. 3 anos. Grupo 3F. Autismo. Tem Laudo.</p> <p>Total: 16.</p>
29	San Diego	53	<p>13/11/2020. 1 ano 3 meses. Grupo 2. Turno integral Microcefalia. Tem declaração de acompanhamento.</p>
30	Santa Luzia	195	<p>18/02/2019. 3 anos. Grupo 4A. Turno integral. TDAH- Autismo. Tem laudo médico.</p> <p>22/05/2019. 3 anos. Grupo B. Turno integral. Autismo- Atestado de acompanhamento.</p> <p>09/05/2019. Grupo 3 B. Vespertino. Autismo. Tem laudo médico.</p> <p>Total: 3.</p>

Quadro 5 – CEIs *versus* crianças com laudos diagnósticos (continuação)

	CEI Afasc	Nº de crianças	Crianças com atestado ou laudo e data de nascimento ou idade
31	Santa Rita	99	19/08/2019. 2 anos e 6 meses. Grupo 3 e 4 misto. Turno integral. Artrorribose Congenita Multipla. Tem Laudo 11/01/2021. 1 ano. Grupo 1 e 2 misto. Turno integral. Epilepsia. Tem declaração. 30/05/2017. Grupo 4 e 5 misto. Turno Integral. Síndrome de Down e correção de doença de Hirschsprung. Tem atestado de acompanhamento. Total: 3.
32	Santo Antônio	110	08/07/2019. 3 anos. Grupo 3B. Turno vespertino. Encefalopatia Crônica. Tem declaração.
33	São José	93	16/05/2019. 3 anos. Grupo. Turno integral. Autismo. Tem Laudo 24/10/2019. 2 anos 3 meses. Grupo 3. Turno integral. Autismo. Tem atestado de acompanhamento. 19/06/2018. Grupo 4B. Vespertino. Autismo. Tem atestado de acompanhamento. Total: 3.
32	São Sebastião	125	Sem laudos até o momento.
35	Sonho de criança	109	02/01/2019 – 3 anos e 1 mês- Grupo 4B. Turno integral. Autismo. Tem atestado de acompanhamento. 12/11/2019. 2 anos 5 meses. Grupo 3. Turno Integral. Autismo. Tem atestado de acompanhamento. 16/07/19. 2 anos. Grupo 3. Turno integral. Autismo. Tem atestado de acompanhamento. Total: 3.
36	Umberto Cesa	37	17/05/2019. 2 anos e 9 meses, Grupo Misto 3/4. Turno Integral. Autismo. Tem Laudo.
37	Urda Joana	153	26/11/2018. 3 anos e 3 meses. Grupo 4. Turno Integral. Autismo (CID. F.84). Tem atestado de acompanhamento. 10/05/2019. 2 anos. Grupo 3B. Turno matutino. Autismo. Tem atestado de acompanhamento. 10/09/2018. 3 anos. Grupo 4B. Turno Integral. Autismo. Tem atestado de acompanhamento. Total: 3.
38	Zelma	115	Grupo 1/2 Misto. Turno Integral. Síndrome de deleção. Tem laudo médico.

Quadro 5 – CEIs *versus* crianças com laudos diagnósticos (conclusão)

	CEI Afasc	Nº de crianças	Crianças com atestado ou laudo e data de nascimento ou idade
39	Zilá	163	Grupo 3A. Turno vespertino. Autismo. Tem atestado de acompanhamento. Grupo 3B. Turno vespertino. Tem atestado de acompanhamento. Grupo 3C. Turno vespertino. Autismo. Tem Laudo 01/11/2019. Idade. Grupo 3A. Turno integral. Autismo. Tem Laudo. Total: 4.
40	Zulma Manique	90	30/09/2019. 2 anos e cinco meses. Grupo 3. Turno integral. Autismo. Tem atestado de acompanhamento.

Fonte: base de dados do DEI/Afasc(2022).

De acordo com os dados apresentadas no Quadro 5, é possível observar que o tipo diagnóstico mais presente relacionado às questões que envolvem o desenvolvimento infantil de forma geral, como questões comportamentais, linguagem, interação social, é o TEA. Ao todo, 90 crianças apresentam laudo ou atestado de acompanhamento de TEA. Mais precisamente, são 65 crianças com atestado de acompanhamento, emitido por neuropediatra e 25 crianças com laudo fechado de TEA. Outra questão observada é que, das 90 crianças, apenas 16 são do sexo feminino. Há uma questão de gênero a ser considerada.

Segundo Centros para Controle e Prevenção de Doenças norte-americano (CDC), há prevalência de autismo nos meninos, cerca de uma menina para três ou quatro meninos (Russo, 2018). A prevalência pode ocorrer porque há mais pesquisas com pessoas do sexo masculino sobre TEA, justamente devido à prevalência neste público. Não há estudos conclusivos, mas pode ocorrer menos diagnósticos com meninas, pois estas tendem a disfarçar suas dificuldades de socialização e a não apresentarem estereótipias tão demarcadas como os meninos (Russo, 2018).

Segundo a coordenadora, os atestados e laudos diagnósticos eram emitidos principalmente por dois neuropediatras que atendiam em um Centro Especializado em Reabilitação de uma Universidade na cidade de Criciúma, onde são realizados atendimentos gratuitos.

Para analisar se determinados CEIs ou regiões se sobressaíam em termos de diagnósticos, fizemos uma rápida comparação, correlacionando o número total de crianças matriculadas em cada CEI com a quantidade de crianças que possuíam um laudo ou atestado de acompanhamento para o TEA.

Verificamos que o CEI em destaque foi o CEI/Afasc Irmã Emília, no qual, a cada 19 crianças, uma tinha laudo ou atestado de TEA. Porém, em reunião com a psicóloga, foi verificado que este dado não representa o CEI, pois, no ano de 2022, a unidade recebeu crianças de outro CEI da Afasc e, por essa razão, o número de crianças com laudo/atestado aumentou.

Na sequência, aparece o CEI Afasc Mãe Nina, no qual a cada 27,4 crianças, uma tem laudo ou atestado de TEA. Esse CEI está a menos de um ano sob gestão da Afasc e antes pertencia à Secretaria de Educação Municipal de Criciúma, portanto ainda não temos informações detalhadas sobre a unidade. Como podemos observar, não há um CEI ou região que tenha um destaque expressivo no número de

diagnósticos (ou atestado de acompanhamento) de TEA, descartando-se novamente a regionalidade como fator relevante. Destacamos que o CEI Mãe Nina estava entre aqueles que mais realizavam encaminhamentos ao setor de Psicologia.

Outro dado que chama atenção são os CEIs em que não constam nenhuma criança com registro de diagnóstico ou atestado de acompanhamento: CEI Afasc São Sebastião, que tem 125 crianças matriculadas, localizado na região do Rio Maina; CEI Afasc Morro Estevão, com 84 crianças matriculadas, localizados no bairro Morro Estevão, e CEI Afasc HG, com 34 crianças matriculadas, localizado na Quarta Linha.

No entanto, a coordenadora do DEI/Afasc demonstra preocupação com número geral de crianças que recebem atestado ou laudo de TEA, especialmente porque percebe que a maioria das crianças que são atendidas pelos neuropediatras citados voltam com atestado de acompanhamento sob suspeita de autismo ou já com diagnóstico definido.

Por ser uma instituição de Educação Infantil que atende majoritariamente bebês e crianças bem pequenas (de um 1 ano e 7 meses a 3 anos e 11 meses), o número de crianças com diagnósticos nos faz refletir: será que antes de definir este diagnóstico foi realizada uma avaliação minuciosa pelos profissionais da saúde?

Não vamos discutir aqui sobre ‘consensos’ médicos a respeito da faixa etária aceitável para diagnóstico de TEA, pois o foco da pesquisa não é discutir sobre o TEA, mas sim sobre medicalização e patologização da educação. Além disso, o diagnóstico de algum transtorno não representa, por si só, um processo de medicalização. Mas considerar os critérios diagnósticos como único recurso para avaliação é manter um saber médico-higienista em que prevalece a patologização da vida.

A coordenadora relatou que a busca pelo atendimento de neuropediatra pode ocorrer por encaminhamento da psicóloga escolar, mas algumas famílias vão por conta própria e, muitas vezes, por indicação das professoras. Famílias e professoras entendem que, por ter um atestado ou laudo, a criança terá direito a ser acompanhada por um estagiário (auxiliar de sala) e assim ela será mais bem assistida no CEI.

Importante destacar que os dados apresentados no quadro anterior foram coletados em 2022, após a pandemia. Ou seja, as crianças que nasceram no ano de 2020 provavelmente ficaram um ano sem contato frequente com outras pessoas além do seu grupo familiar mais próximo. Mesmo as crianças que já estavam com um ano de idade em 2020 passaram uma parte significativa do seu desenvolvimento sem

contato social frequente ou outras possibilidades de estímulos. Será que as consequências da pandemia foram consideradas nas avaliações diagnósticas?

Segundo Souza *et al.* ([2021]), mesmo diante da pandemia de Covid-19, que impactou a rotina da maioria da população mundial, devido às restrições de isolamento social e à paralisação de diversos setores da sociedade, incluindo a educação e a adaptação ao novo modo virtual de trabalho e estudo, além das perdas de vidas e a doença em si, as queixas escolares persistiram de forma descontextualizadas da pandemia. Isso mostra que, mesmo com fatores sociais aparentes, a responsabilidade pelas dificuldades no processo de aprendizagem ou de ordem comportamental continua sendo tratada como algo individual.

5 MEDICALIZAÇÃO NA EDUCAÇÃO INFANTIL: A PARTIR DE SITUAÇÕES CONCRETAS, RELAÇÕES SOCIOLÓGICAS, MOVIMENTO SINGULAR-UNIVERSAL

5.1 ETAPA MICRO DO CAMPO DE PESQUISA: ENFOQUE SOCIOLÓGICO E (AUTO)BIOGRÁFICO

“Nenhuma criança é uma folha em branco; cada uma é um ser humano com uma história, uma cultura e um potencial” (Lev Vygotsky).

Iniciaremos este capítulo da pesquisa com a apresentação de um cronograma mensal sobre a coleta e construção dos materiais empíricos, demonstrando os processos que envolveram a seleção da criança, que fará parte da nossa pesquisa (auto)biográfica, até o momento da coleta por meio de entrevistas e de observações.

Quadro 6 – Cronograma de coleta e construção dos materiais empíricos

Período	Situação	Observações
Fevereiro e março de 2023	Período de adaptação e acolhimento das crianças nos CEIs – Projeto Criando Elos.	Nesse período não é possível realizar atividades de observação e pesquisa em salas dos CEIs.
Março/2023	Reunião com a nova Psicóloga do Departamento de Educação Infantil – Afasc.	Conhecendo novas demandas relacionadas a medicalização;
Abril/2023	Contato com a primeira família para participar da pesquisa.	Não aceitaram participar da pesquisa.
	Período no qual ocorreu o atentado às crianças em uma escola na cidade de Blumenau/SC. Os CEIs da Afasc passam por adequações nas estruturas e rotinas para fortalecer a segurança.	Durante esse período não foi possível realizar visitas aos CEIs.
Maió/2023	- Contato com a segunda família para participação da pesquisa. - Realização da entrevista com a família.	Família aceitou participar da pesquisa.
Junho/2023	Realização das entrevistas com as professoras.	
	Realização das observações na sala do CEI.	

Fonte: elaborado pela autora (2023).

Em 2023, aguardando o período de adaptação das crianças nos CEIs após retorno das férias de verão, foi agendada uma reunião com a nova Psicóloga escolar – no DEI/Afasc –, que assumiu a função em fevereiro de 2023.

Marcamos a reunião para o dia 22 de março de 2023, para avaliarmos, em conjunto, as demandas que chegavam ao setor de Psicologia. A psicóloga estava fazendo um levantamento de todos os casos encaminhados ao setor. Para esta pesquisa, solicitamos que selecionasse encaminhamentos de crianças que, preferencialmente, atendessem aos critérios de inclusão já mencionados no item 'método'.

Após encerramento do período de acolhimento e de adaptação das crianças, no final de março de 2023, foi realizado contato com a família da primeira criança selecionada pela pesquisadora, mas, infelizmente, não foi possível dar continuidade porque a família não se interessou em participar da pesquisa.

O agendamento com a família foi realizado pela psicóloga escolar no dia 5 de abril de 2023 às 8h30 no Centro de Educação Infantil (CEI). Nesse primeiro contato, a psicóloga da instituição apresentaria a pesquisadora para a família, que iria detalhar os objetivos da pesquisa. Caso a família aceitasse, seria marcado um posterior agendamento para a entrevista. No entanto, a família não compareceu no horário agendado. Permanecemos por algumas horas aguardando e, nesse período, a psicóloga escolar e a equipe multidisciplinar realizaram outras atividades no CEI.

A diretora do CEI entrou em contato com a família, que informou que não puderam comparecer devido a questões de trabalho e solicitaram o reagendamento para o final do mesmo dia às 17h, horário em que costumavam buscar seu filho no CEI. Durante minha permanência no CEI, percebi que minha presença despertou curiosidade e murmúrios entre as professoras e demais trabalhadores, que souberam que eu estava ali para conversar com os familiares de José,²⁵ considerado um aluno 'problema' e com indicativos de possíveis diagnósticos.

Essa situação destacou a importância de proteger a identidade dos envolvidos na pesquisa especialmente por se tratar de criança pequena e para evitar interferências externas na construção dos dados empíricos. A exposição antecipada sobre qual criança seria protagonista da pesquisa se mostrou prejudicial, podendo

²⁵ Nome fictício.

gerar interpretações e atitudes que comprometessem a objetividade e a confidencialidade do estudo.

Retornamos ao CEI às 17:00 somente o pai compareceu, devido ao horário de trabalho da mãe. Foi apresentada a proposta de pesquisa e o TCLE, verificando, com o pai, se haveria interesse em autorizar a participação do filho. Como a mãe não pôde comparecer, o pai levou o TCLE para apresentar à mãe e a pesquisadora se colocou à disposição para agendar um horário com ela para apresentar a pesquisa. O pai ficou com o contato da pesquisadora e foi combinado que retornaria no prazo de cinco dias, dizendo se aceitariam ou se gostariam de marcar outra conversa para mais esclarecimentos. Não recebendo o retorno mesmo após dois dias da data combinada, a pesquisadora enviou mensagem, que foi respondida dois dias depois, informando que não teriam interesse em participar.

No dia 5 de abril de 2023, ocorreu o ataque às crianças de uma creche na cidade Blumenau, SC. Após essa fatalidade, instauraram-se o medo e a insegurança das famílias que deixam seus filhos/as em creches, CEIs e escolas. Nas semanas subsequentes, a equipe do Departamento de Educação Infantil da Afasc, junto aos órgãos de segurança pública do município, estudava novas estratégias de segurança e os CEIs passaram por adequações, a fim de proporcionar mais segurança às professoras, às crianças e aos familiares. Cada CEI passou a ter o botão de pânico, que aciona a polícia militar em caso de emergência. Esse cenário dificultou o acesso aos CEIs, pois estavam se adequando às novas necessidades e evitando fluxo de pessoas externas nos CEIs.

Ao avaliar os demais casos compartilhados pela psicóloga, selecionamos mais três crianças com indicativos de estarem em situação de medicalização, conforme critérios indicados no método desta pesquisa. Optamos por incluir crianças que frequentassem uma sala com outras crianças em situações semelhantes. Dessa forma, em caso de desistência de uma família, poderíamos convidar outra família da mesma sala e do mesmo CEI.

Para garantir o sigilo da criança decidimos que a psicóloga escolar realizaria o primeiro contato com as famílias e verificaria o interesse e possibilidade de participarem de uma pesquisa. Uma das famílias (a de Joaquim) respondeu prontamente à psicóloga escolar, autorizando o contato da pesquisadora por meio do aplicativo WhatsApp.

O primeiro contato com a família da criança, o Joaquim, se deu pelo WhatsApp, por escolha da mãe. Foi falado brevemente o motivo do contato, a mãe de Joaquim respondeu prontamente que conversaria com seu esposo e logo daria retorno. Ambos tiveram interesse que o filho participasse da pesquisa.

O caso de Joaquim foi encaminhado, pois as queixas a seu respeito envolviam ser uma criança agitada, com comportamento mais agressivo. A família já o levou a vários profissionais da saúde, mas nada foi diagnosticado. Os pais não sabiam mais o que fazer.

5.2 PROCEDIMENTO: ENTREVISTA COM A FAMÍLIA

Após o interesse demonstrado pelos pais de Joaquim, marcamos uma entrevista em local de escolha deles – a faculdade na qual a pesquisadora trabalha. O encontro foi agendado para o dia 17 de maio de 2023, às 19h, em uma sala reservada, evitando-se, assim, quaisquer interferências. Foi apresentado o projeto de pesquisa, explicado a importância deste à comunidade escolar e a todas as crianças que passam por situação de medicalização e/ou patologização, e sanadas as dúvidas dos sujeitos envolvidos. No mesmo dia foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), com as informações sobre a pesquisa; as etapas de coleta de material empírico (entrevistas, observação do(a) filho(a)/criança participante da pesquisa); os riscos e os benefícios da participação dos envolvidos; o caráter ético dessa investigação, assegurando o sigilo das informações coletadas, solicitando autorização para divulgação dos resultados, garantindo a preservação da identidade e da privacidade dos entrevistados. Após as explicações, o TCLE foi assinado pelos responsáveis da criança, aceitando participar da pesquisa e autorizando gravações de vídeo e de áudio.

Foi esclarecido, também, que tal autorização era pré-condição para participar de pesquisa. Não foi utilizado o Termo de Assentimento Livre Esclarecido (Tale), pois a pesquisa seria realizada com crianças de até 5 anos, constando, portanto, no TCLE o pedido de autorização aos familiares responsáveis.

Os pais aceitaram realizar a entrevista naquele mesmo dia, e esta teve duração de 1 hora e cinco minutos. Após o encerramento da entrevista, foi ressaltado que o próximo passo seria entrar em contato com o CEI para dar início às observações.

5.2.1 Contexto sociológico familiar de Joaquim

A história de vida de Joaquim a partir do declarativo de sua família (pai e mãe).

Conhecendo a família de Joaquim: sua mãe e seu pai são brancos, a mãe tem 33 anos de idade e o pai 34 anos. A família tem econômica estável, garantida pela pequena empresa do ramo têxtil, cujo pai é o proprietário. Estão casados há 15 anos. A mãe é natural de Criciúma, o pai é natural de Porto Alegre, RS, mas sua família mudou-se para Criciúma quando ele tinha, aproximadamente, dois anos de idade. A mãe relata que teve uma infância boa, que brincava bastante e residia em uma casa com pátio e cercado. O pai relata que desde muito cedo começou a trabalhar.

Eu comecei bem precoce a questão de trabalho. Com nove anos eu comecei já trabalhando. Sim, com pai e mãe no caso. Com 11 já trabalha em formal. Trabalha com uma empresa, mas não registrado. Mas foi bem bom, no caso. A gente amadureceu também, aprendeu um pouco da vida cedo. Serviços gerais, depois começou com estamperia, com serigrafia. Ramo têxtil.

O pai tem ensino médio incompleto. Afirma que sempre gostou da escola, mas, devido à necessidade de trabalhar, precisou interromper os estudos mais cedo.

Na minha parte, eu sempre gostei de escola. Sempre gostei, sempre passei de ano, nunca fiquei em recuperação. Só abandonei mesmo por questão de trabalho. E aí o desinteresse, porque como eu já trabalhava e tinha algumas coisas, eu chegava em sala de aula e tinha gente que não queria estudar, pra mim, aquilo ali, me travou. Aí os colegas não [pausa], não cooperavam.

A mãe tem ensino médio completo, mas confessa que não gostava muito da escola. Ela fala que “Joaquim, eu acho que puxou ele [pai]”.

Quando questionados sobre o que os estudos representam para eles, ambos consideram importante estudar. O pai, inclusive, relata que já pensou em retomar os estudos.

Até eu penso, a gente pensa, por exemplo, eu principalmente penso em voltar, terminar, fazer uma faculdade, curso, sempre procuro, mas é o tempo que hoje em dia não possibilita mais.

Ambos iniciaram os estudos no antigo pré-escolar por volta dos cinco ou seis anos de idade. Sobre relacionamento familiar, compartilham que, em suas infâncias, não havia demonstração de afeto por parte dos pais e que, hoje, procuram fazer diferente com seu filho. Conforme relato da mãe:

A parte de questão amorosa assim, que hoje tudo que eu ela não teve, a gente procura ser totalmente o contrário. A gente leva, ou leva tomar um sorvete, a gente leva, no shopping, ou brincar com o brinquedo. Não tinha isso. [...] Mas a gente segue um regime com ele. A gente tanto briga quando tá beijando, tanto briga quando eu te amo.

Sobre a gestação, mãe fala do receio que tinha de ficar grávida:

Morria de medo de ter filho. De ter que ir para o hospital pra ganhar. Tirar sangue. De sair o bebê. De me cortar. De botar soro. Aconteceu. Eu descobri.

Ela comenta que estava fazendo fisioterapia para dor na lombar e no braço quando o médico lhe sugeriu que fizesse um teste de gravidez. Chegou em casa e mostrou o teste para o esposo. O teste apontou que já com quase quatro meses de gestação. Joaquim nasceu um mês antes (oito meses) do tempo normal de uma gestação, em Criciúma. Quando realizamos a pesquisa, ele estava com três anos e seis meses. Completaria quatro anos no mês de novembro de 2023.

Segundo a mãe, depois que Joaquim nasceu, a rotina da família se organizou em função do filho. A mãe não trabalha fora de casa e dedica boa parte da semana para acompanhar o tratamento do filho. Atualmente, três dias são destinados à terapia, restando apenas dois dias livres. Mesmo nesses dois dias, no entanto, há compromissos médicos e outras responsabilidades: – “[...] quando não é médico, é outra coisa [...]”, relata a mãe. Ela também detalha a rotina dos tratamentos e atendimentos de Joaquim:

Ele faz a fonoaudióloga na segunda e na quinta. Terapeuta ocupacional e psicóloga na quarta. Psicóloga faz pouco tempo, cinco sessões somente, até o momento, porque eu procurei, procurei por tudo e não achava aonde ir. [...] A fila está, tá gigante. A fila para tudo isso. A neuro para tudo está bem difícil.

A empresa do ramo Têxtil fica sob a responsabilidade do pai e seu trabalho não lhe permite ter um horário fixo. Sempre que há demanda, ele precisa estar disponível: – “Não tenho horário para trabalhar. Quando tem serviço, tem que estar trabalhando”. Antes de terem um filho, o casal já havia planejado que, após o nascimento, a mãe ficaria mais tempo em casa. No entanto, ela tem uma rotina agitada devido às necessidades de Joaquim e os cuidados com a casa. O pai reconhece esse esforço ao afirmar: – “Mas aí, essa correria com o Joaquim, bem dizer, não para. Dona de casa, nessa luta com o Joaquim”. A mãe comenta que nunca teve babá, desse modo, Joaquim sempre ficou sob seus cuidados e depois foi para o CEI, com um ano e meio,

por indicação da fonoaudióloga, para desenvolver a fala. Sempre frequentou o CEI no turno matutino, instituição que fica próxima à casa e no caminho do trabalho do pai.

Mesmo com uma rotina mais intensa durante a semana, procuram estar juntos nos fins de semana. A mãe relata que, nesses momentos, aproveitam para “[...] levar ele pra comer um pastel, levar ele num parquinho”. O pai complementa:

 Ou a gente está passeando, ou a gente está sempre procurando estar em família. A gente procura sempre estar os três juntos, o mais possível. Principalmente porque durante a semana é menos. Quase não sobra tempo, então, no final de semana, a gente foca um pouco nisso.

Em algumas ocasiões, o filho fica na casa avó materna, pois, segundo o pai, “Ela faz tudo por ele. Ele gosta de ir lá”. Em relação à avó paterna, nunca deixaram o filho sozinho com ela. Conforme o pai, devido a alguns problemas familiares que ocorreram, principalmente da parte da sua mãe e de sua irmã, tendem a se afastar um pouco, mas nada que os impeça de visitá-las quando necessário.

Quando questionados se Joaquim convivia com crianças fora do CEI, relataram que “Não, não tem criança na família [...]. A criança mais nova na família é um primo de onze anos, mas ainda assim, Joaquim o adora”. Explica a mãe.

Joaquim nasceu pouco antes do início da pandemia, no oitavo mês gestacional, portanto, em novembro de 2019. Devido à condição prematura, a pediatra de Joaquim recomendou precaução, orientando aos pais que não recebesse visitas durante os três primeiros meses de vida. – “Já que o menino não teve nada, cuida bastante, não custa”, disse a médica. Quando finalmente a mãe estava pronta para começar a sair, após os três meses de vida de Joaquim, a pandemia se instalou no país.

O confinamento em casa durou um ano e meio, isolando Joaquim e limitando seu contato com outras crianças. Sua mãe percebeu o impacto desse isolamento quando ele começou a frequentar a escola e as professoras observaram o menino não brincava tanto com outras crianças. Devido à pandemia, ele também não teve contato com outros membros da família. – “Também isso tudo prejudicou. Nem sair de casa, nem sair” –, diz a mãe, e acrescenta que levou tempo até sentirem coragem de sair novamente: – “É, isso é tudo novo”, reflete.

Joaquim começou a frequentar o CEI por volta de um ano e meio de idade, conforme relatado por sua mãe. Ele apresentou um atraso na fala, o que levou os pais a procurarem orientação com a pediatra. Ela sugeriu que o levassem a uma fonoaudióloga. Essa profissional observou que ele estava constantemente irritado e

com o nariz entupido. Sugeriu que consultassem com um otorrinolaringologista e este diagnosticou Joaquim com problemas de adenoide e infecções recorrentes no ouvido, necessitando colocar drenos. O menino precisou passar por esse procedimento três vezes. A cada vez que o dreno caía, a infecção retornava.

Foi recomendado que Joaquim fosse para a creche com um ano e oito meses de idade para que pudesse interagir com outras crianças. Após seu ingresso no CEI, adquiriu diversas gripes e infecções. Nos exames, tudo parecia estar bem com seu ouvido, mas depois “estourou o nó do ouvido dele”, relata a mãe. Mesmo com cuidados constantes, como lavagem nasal, a infecção no canal auditivo persistia. O pai de Joaquim teve problemas semelhantes na infância. É uma questão de gripe e infecção que se aloja no ouvido, e isso parece estar ligado à genética da família. Conforme relato do pai, até os sete anos de idade, ele precisou colocar drenos no ouvido a cada seis meses, devido a infecções recorrentes.

A mãe de Joaquim comenta que o filho é extremamente enérgico e ativo, está sempre em movimento, por isso a suspeita de hiperatividade. Enquanto algumas crianças de sua idade conseguem se manter paradas por algum tempo, Joaquim parece estar sempre em ação.

No entanto, a mãe comenta que mesmo ativo e parecendo desfocado ou disperso, Joaquim demonstra capacidade de aprender. Ele já domina o alfabeto, fala inglês, conhece números e até lê. Ela explica que ele sempre esteve exposto a vídeos de desenhos educativos. O pai também comenta:

A gente vê que ele é muito, ele aprende sozinho, a gente sempre teve, desde pequeno, sempre botar um desenho, quando ele vê o desenho, vê alguma coisa educativa, ou sílabas, ou número, tudo ele aprende meio que sozinho, vamos dizer assim.

Quando questionados se acompanham Joaquim durante a exposição aos vídeos, a mãe relata que ele é curioso e inquieto. Ele se interessa pelos vídeos, mas sua atenção não é contínua, desse modo, divide seu tempo entre o vídeo, a alimentação, brincadeiras e outras atividades cotidianas. O que é característico de uma criança bem pequena. O pai acrescenta que, em muitos momentos, o recurso do vídeo é utilizado mais como uma ferramenta de distração, permitindo que ele ou a mãe tenham um momento para se dedicar às tarefas domésticas.

Retomando a questão a respeito do desenvolvimento, a mãe relata que existem habilidades motoras mais finas que Joaquim ainda não domina completamente, como

cortar com tesoura – “Tipo assim, cortar com a tesourinha, ele não consegue bastante”.

Quanto à comunicação, embora tenha um vocabulário avançado, consiga soletrar e dizer várias palavras, Joaquim ainda não sabe expressar quando está com dor, por exemplo.

Diante do comportamento e das condições de saúde de Joaquim, o pai demonstra preocupação e incerteza em relação ao desenvolvimento do filho e possíveis diagnósticos – “Seria autismo, hiperatividade, um problema de audição ou algum tipo de atraso no desenvolvimento?”.

Tipo assim, tem coisas que o Joaquim aprende bastante, tem outras coisas que ele é atrasado. Se tu deres um texto, ele vai ler.

O pai relatou um episódio em que Joaquim leu as instruções do uso de um brinquedo, demonstrando seu apurado nível de leitura. Mas o processo de desfralde ainda não foi conquistado e há habilidades e comunicações básicas que precisam ser desenvolvidas.

Os pais de Joaquim percebem e compartilham preocupações sobre o comportamento do menino em sala de aula. A mãe relata que, apesar de as professoras estarem cientes de que ele tem capacidade de leitura e que ele frequentemente leia para elas, o seu comportamento não se adequa ao que é esperado. Conforme a mãe, quando Joaquim é encaminhado para uma ‘cadeirinha vermelha’ – cadeira do castigo, ele demonstra indiferença, não senta. “Elas vão colocar na cadeirinha vermelha que é do castigo, ele não está nem aí”, relata a mãe.

O pai ressalta que a preocupação em relação ao filho relaciona-se ao seu comportamento na escola. Joaquim não parece seguir as regras estabelecidas. Enquanto as outras crianças obedecem e se acomodam, ele está frequentemente distraído ou envolvido em outras atividades. – “As crianças, por exemplo, param todas elas sentadas, o Joaquim está fazendo outra coisa. Tipo, ele meio que não, ele leva na brincadeira, ele não presta atenção”.

Este ano de 2024 é o último de Joaqui no CEI, devido à idade.

Quando questionados sobre o que as professoras falam a respeito do Joaquim, a mãe respondeu: – “Elas não aguentam mais [risos]”. Relatam que Joaquim impede que todos durmam e, devido a isso, as professoras já chamaram os pais para uma conversa.

O pai, comenta:

Hoje, por exemplo, ele está atrapalhando o convívio na escola. Elas precisam desse diagnóstico, se ele é autista ou hiperativo. Caso seja diagnosticado como autista, Joaquim terá um auxiliar na sala para ajudá-lo. O Neuro já forneceu um laudo provisório de autismo para Joaquim, mas para a Afasc, esse laudo não tem validade, pois é apenas provisório. Por isso, estamos buscando esclarecer a situação para ver se é possível obter algum auxílio, já que atualmente ele está enfrentando dificuldades na escola.

Ambos parecem tentar entender se os comportamentos e atrasos de desenvolvimento atuais do filho estão relacionados à sua história de problemas auditivos ou se há outras condições, como autismo ou hiperatividade. A mãe relata,

Ele [o neuro] disse que poderia ser 50% de autismo ou 50% por causa do problema do ouvido, que ele não ouvia e não falava. Que ele foi falar só com 2 anos e 8 meses. Quando fez um ano que ele botou o dreno, é que ele começou a falar. Não faz um ano que ele fala ainda. Médico disse que infecção atrapalhava a audição, é como se ouvisse debaixo d'água. Só que agora, do jeito que ele tá pestinha, não sei se era melhor um laudo logo de autista, hiperativo, ou qualquer coisa, ou não, não sei.

O pai acrescenta,

Porque, por exemplo, a gente nota que tudo que o Joaquim teria que fazer, depois que botou dreno **um ano seriam as primeiras palavras**. Foi o que começou. Ele teria um atraso de 1 ano e 8 meses, vamos se dizer assim. [...] hoje ele teria 2 anos, vamos se dizer assim. Atrasou tudo. (grifos nossos).

Sobre as professoras, a mãe relata: “[...] chegaram a chamar a gente para falar do comportamento do Joaquim na escola. Aí, como eu disse, depois do otorrino a gente foi mandado para o Neuro, tudo que manda a gente vai”. Neurologista deu um laudo provisório TEA e indicou fazer um exame para verificar se Joaquim teve perda de audição.

O pai entende que se tivesse um laudo fechado, Joaquim teria direito a uma auxiliar em sala. A mãe expressa sua preocupação em obter um diagnóstico preciso para seu filho, afirmando: – “A gente não quer um laudo errado” – e o pai complementa, explicando o que já foi feito:

Nós fizemos o exame Bera para verificar se houve perda de audição. Isso é importante porque, em alguns casos, tanto o dreno quanto infecções recorrentes podem causar ruptura do tímpano. Eu mesmo tive uma perda de 40% na audição de um ouvido e 20% no outro. Felizmente, nosso filho não apresentou essa perda. No entanto, atualmente, com a Terapeuta Ocupacional e a psicóloga, estamos trabalhando para concluir esse diagnóstico. Queremos entender com certeza se ele possui algum transtorno ou não, para que possamos auxiliá-lo da melhor maneira possível.

Quando questionados sobre o motivo de quererem um diagnóstico, o pai responde:

Por exemplo [uma hipótese], o Joaquim é autista. Ele tem problema no comportamento. O que a gente tem que fazer? Ah, vai fazer um esporte, vai fazer isso. A gente tem que ter um norte para fazer. Não só deixar o dia passar e ele vai crescer. O tempo passa, né.

A mãe compartilha sua experiência em busca de alternativas para ajudar no problema de ouvido do filho:

Decidi explorar a homeopatia na esperança de resolver o problema de ouvido dele. Desde um ano e meio de idade, ele teve que tomar vários antibióticos, tenho mais de 20 receitas. Com a introdução da homeopatia, percebi uma diminuição no uso de antibióticos, o que é um alívio. Ele tomou menos antibiótico este ano, graças a Deus. Além disso, seguindo a indicação de um homeopata, demos a ele passiflora e outro remédio para acalmá-lo.

O pai complementa:

Houve situações em que, logo após terminar uma dose de antibiótico, no dia seguinte tivemos que levá-lo ao hospital, onde foi prescrito outro antibiótico. Sabemos que o uso contínuo de antibióticos não é saudável para uma criança. Por isso estamos explorando outras opções. E o que nos intriga é que, até agora, nenhum médico conseguiu nos dizer a causa exata dessa infecção.

Quando o filho tinha um ano e oito meses, os pais buscaram tratamento com médico otorrinolaringologista. Foi realizada uma cirurgia para retirada da adenoide e colocação de drenos. Atualmente, houve uma sugestão médica para retirar as amígdalas, mas os pais optaram por não seguir com este procedimento.

Segundo o pai, a presença da adenoide estava afetando a respiração da criança. Quando dormia, tinha dificuldades respiratórias, o que podia ser percebido por um som característico, como se estivesse 'roubando' ar, ou ainda por uma respiração mais pesada e profunda. Esse problema respiratório deixava Joaquim irritado.

O comportamento de Joaquim no CEI tem preocupado a família. "Na T.O ele obedece, na psicóloga ele obedece, e na fonoaudióloga ele obedece. Elas são firmes com ele", explica a mãe. O pai complementa: "Ele enfrenta, não faz atividade [no CEI]. O problema está na escola. Então, a gente precisa de algum auxílio para poder levar até o auxílio para a escola. Porque é questão de desenvolvimento do ensino dele também".

Cabe ressaltar que o acompanhamento realizado pelas profissionais de psicologia, fonoaudiólogo e terapeuta ocupacional ocorrem individualmente. Na terapeuta ocupacional, apenas uma vez estava com outro colega junto.

A psicóloga acompanha Joaquim há cinco sessões e está avaliando para definir um diagnóstico. Segundo o pai, ela relata que

Está propício para ser autista. Para dizer se é junto ou não, mas a tendência hoje, se você botar ele ser autista, eles dão esse laudo para ele. Mas mesmo ela dando o laudo, a gente vai ter que passar no neuro de novo para poder fechar.

A mãe complementa: “Só tem outro negócio que ela falta olhar para ver se ele é hiperativo ou não”. Quando questionado se comentaram com as professoras sobre a história de saúde de Joaquim, responderam que sim. “Todo mundo esteve a par da situação”, responde a mãe. “Até para poder conseguir a vaga, porque já era metade do ano. Então, elas entenderam tudo. [...] A gente não pode reclamar de nada. Ele tem um tratamento particular sendo, não sei, da Afasc”, complementa o pai.

Conforme Joaquim muda de ano, também mudam as professoras. Somente nesse ano (2023) ele está com uma professora que já o acompanhou no grupo dois, logo que entrou no CEI.

Quando questionados se observaram mudanças ou evoluções em seu desenvolvimento após ingresso no CEI, a mãe relata que, recentemente, ele demonstrou um carinho especial por um colega que entrou na escola em agosto de 2022. Antes da chegada desse menino, Joaquim costumava ficar mais isolado. Agora, ele busca de forma insistente a companhia desse amigo, abraçando sem soltar imediatamente, querendo sentar-se junto a ele, quase que no colo dele. O pai de Joaquim observa que, em sua trajetória, há momentos de avanço e outros de retrocesso. Ele menciona que, na maioria das vezes Joaquim preferia brincar sozinho e evitava interações. Agora busca interação, mas somente com esse menino.

Uma característica que o pai destaca é que Joaquim fica muito bravo quando contrariado. No CEI, tem mostrado desobediência, expressando sua frustração por meio de gritos e choro. Em algumas situações, as professoras acabam cedendo aos seus comportamentos para pacificar o momento.

Houve, também, um episódio em que Joaquim mostrou resistência a escovar os dentes, mas, quando viu os colegas retornando da sala de aula, ele demonstrou

vontade de escová-los. Esse comportamento sugere uma influência do grupo sobre suas decisões.

Sobre o comportamento de Joaquim, o pai relata:

É que o Joaquim, assim, ele gosta de fazer duas, três coisas ao mesmo tempo. Tipo, ele tá brincando com a criança, ele brincou aqui, ele vai achar outra coisa pra fazer e assim vai. Por isso que a gente acha que, mesmo se ele for autista ou não, a hiperatividade eu acho que ele tem. Ele sempre quer ter duas, três coisas ao mesmo tempo. Fazer mais de uma coisa e elas [professoras] só relatam que ele não para, por exemplo, nesse grupo quatro, ele não para.

A família de Joaquim encontra-se em um dilema frente às queixas constantes sobre o comportamento dele no CEI. O pai expressa preocupação sobre a possibilidade de o filho estar atrapalhando a dinâmica do colégio, “[...] porque a gente sente que ele está atrapalhando. A gente vê que hoje ele está atrapalhando o colégio. Então, a gente tem, assim, um senso [...]”.

O pai acrescenta que reconhece o carinho e a atenção que a escola dispensa ao filho. O CEI, por ser menor, permite que todos conheçam Joaquim, e, em certos momentos, lhe concedam certas flexibilidades devido à sua condição. Isso gera um sentimento de gratidão por parte da família, mas também certa apreensão quanto à falta de limites.

A mãe comenta, a esse respeito: “A gente já pensou bem em tirar, mas elas disseram que não, que a educação não é assim. Mas, é, às vezes eu chego, igual antes, eu falava para ti, eu ri, mas é de nervoso, eu não sei mais como agir”.

Em casa, ambos relatam que procuram seguir as mesmas regras e orientações em relação ao filho. Quando ele não ganha algo da mãe, tenta buscar com o pai e vice-versa. Observam que com a chegada do pai em casa, após o trabalho, Joaquim fica mais excitado, querendo a atenção do pai. Normalmente, após uma hora da chegada do pai, diminui essa excitação. A mãe observa que o filho demonstra uma preferência pelo pai, evidenciada pelo seu desejo de acompanhá-lo sempre que ele sai de casa. Ao contrário, quando a mãe sai, ele aparenta indiferença. Ela acredita que seja por ele ficar menos tempo na presença do pai.

Quando questionados sobre a rotina do Joaquim em casa, os pais relatam que ele tem “independência em relação ao local de sono”. Ele não tem apego específico a um local para dormir. Para ele é indiferente dormir no berço, na sala ou na cama.

Joaquim costuma demorar para dormir, “[...] acalma, só a hora que falta energia, né? Só a hora que dorme. Para acalmar ele não é fácil” relata o pai.

Os pais dormem no quarto do Joaquim, pois já ocorreu de ele vomitar durante a noite e se afogar. Ressaltam, porém, que têm uma cama de casal e o menino dorme no berço. Ele também já dormiu algumas vezes longe dos pais, na casa de avós e padrinhos.

Joaquim não tem apego a objetos específicos de conforto, como algumas crianças têm, por exemplo, com um travesseiro ou um ‘bicho de pelúcia’ com os quais se sentem confortáveis.

Conforme os pais, Joaquim deixou de usar a chupeta com um ano e meio. “Foi de um dia para o outro”, relata o pai.

Retomando sobre a comunicação, os pais são questionados sobre o modo como a comunicação em casa. A mãe responde que, por exemplo, ela pergunta: “[...] que roupa é essa? Ele, assim, pijama”. Recentemente, ela percebeu uma evolução em relação à comunicação. Ele está mais falante, algo percebido também pela fonoaudióloga que o acompanha.

De acordo com o pai, embora Joaquim tenha um vasto vocabulário, ele não consegue formar frases ou manter uma conversa fluída. “O vocabulário dele é até grande, só ele não monta as frases. Ele sabe ler uma frase, mas ele não sabe dialogar com a gente”.

Joaquim ele adora assistir a vídeos de pegadinhas Ele acha engraçado, ele ri, mas ele não sabe dizer, ah, que engraçado. Aí ele só fala, caiu e riu e se divertir com as quedas, expressando palavras simples como ‘caiu’ e ‘riu’. “”, comenta o pai.

Outro exemplo compartilhado é quando Joaquim vai pedir água. O Pai questiona: “Mas por que que tu queres água? Tá com sede? Ele aponta e pede água. Faz a falta de diálogo”.

Ainda de acordo com o pai, Joaquim chegou do CEI falando palavras como ‘medo’ e ‘triste’. Tentaram questionar se ele estava com medo, o porquê do medo, mas ele não respondeu. Buscaram compreender a origem dessas expressões e descobriram que no CEI estavam trabalhando sobre as emoções.

Joaquim fala poucas palavras no CEI, fora da escola, nas sessões com uma psicóloga ou em terapia ocupacional, ele se expressa mais.

Na terapia ocupacional, por exemplo, trabalham a obediência e o compartilhamento. Segundo o pai, Joaquim demonstra certa resistência em dividir

brinquedos, ou mesmo, escolher somente um brinquedo por vez. Comportamentos característico de uma criança bem pequena.

Seus pais acreditam que Joaquim tem melhor desempenho quando realiza atividade individualmente do que em grupo. Quando está no CEI, com outras crianças, parece se retrair. Para o pai,

O que eu vejo é a dificuldade do Joaquim quando ele é mais em grupo, ele tem dificuldade. Que é o caso da escola. Quando ele está mais em grupo, por exemplo, tudo que ele é sozinho, ou sozinho mais um, ele executa bem. Quando ele pega em grupo, ele, não sei se trava. É bem diferente em grupo.

O comprometimento do Joaquim em tarefas é variável. Ele pode se dedicar completamente a uma atividade, como foi o caso com o trabalho manual relacionado à canção Dona aranha, ou desinteressar-se totalmente por outra.

Segundo o pai,

[...] no início do ano, ele se interessava mais pelas letras e os números que ele gosta mais em casa, ele até fazia na escola. Depois de um tempo, aí ele parou o interesse. Agora ele só quer a bagunça. A bagunça, desobedecer, fazer o que ele quer, vamos dizer assim.

Na percepção da família, Joaquim pouco participa das atividades no CEI e apresenta comportamento de desobediência.

Quando questionados se têm conhecimento de como funciona no CEI quando, por exemplo, Joaquim não participa ou se interessa pela atividade, ou se tem mais de uma opção de atividade, o pai entende que:

Não, acho que não. [...] Hoje a rotina da sala é fazer a pintura, todos vão trabalhar na pintura. Mesmo ele querendo fazer ou não. Aí, tipo, ele não quer fazer. Elas fazem, [...] com a turma e ele fica de lado, fica no mundo dele.

Em síntese, podemos verificar, a partir dos relatos da família, que Joaquim é uma criança agitada e cheia de energia. Demonstra independência para algumas atividades, como, por exemplo, dormir sozinho, sem precisar colocá-lo na cama. Se adapta facilmente a algumas situações, como quando deixou de usar chupeta sem alguma. É esperto, já sabe ler. Leu as instruções de um manual de brinquedos. Porém, para outras coisas, consideram-no 'atrasado', como o caso de ainda usar fraldas, e de saber falar, mas não conseguir estabelecer um diálogo com os pais ou com outras pessoas.

Por indicação médica, após o nascimento, Joaquim precisou ficar alguns meses sem contato com outras pessoas. Em seguida, em março de 2020, iniciou a pandemia e o menino ficou confinado por aproximadamente um ano e meio. Nesse tempo todo em casa, Joaquim não desenvolveu a fala, assim, a pediatra orientou os pais a levarem o filho a uma fonoaudióloga. Apesar de não haver detalhes do atendimento da pediatra com a família de Joaquim, podemos observar de antemão que não foi cogitado o fato de o menino não falar como uma possível consequência de sua situação de isolamento social. A mãe dele relata que não há outras crianças na família.

Como já mencionado, os pais demonstram-se atentos e preocupados com o desenvolvimento do filho. Levaram Joaquim a uma fonoaudióloga para acompanhamento, ela sugeriu que ele frequentasse um Centro de Educação Infantil e identificou um possível caso de infecção, indicando que a família o levasse a um otorrinolaringologista para avaliação.

Joaquim passou a frequentar o CEI em período parcial (somente pela manhã). Após alguns meses, as professoras começam a relatar sobre seu comportamento agitado e indicam que os pais o levem a um neuropediatra.

A família segue a orientação e busca acompanhamento com neuropediatra para avaliar se seu filho tinha algum prejuízo no desenvolvimento neurocognitivo e se estava associado a algum transtorno, devido ao comportamento apresentado no CEI, e pelo fato de ainda não falar. Os pais demonstram preocupação e desejo de descobrir se seu filho tem algum transtorno, mas, ao mesmo tempo, estão preocupados em evitar um diagnóstico impreciso ou errôneo.

O neuropediatra acompanhou Joaquim durante um ano, aproximadamente, investigando sua condição de saúde, sem fechar um diagnóstico. Esse profissional apresenta uma prática diferente de outros profissionais, que definem diagnósticos de forma acelerada, como mencionado pela coordenadora do Departamento infantil.

Ao saber da situação de saúde do filho, ambos buscaram, incansavelmente, tratamento. Desde que Joaquim completou um ano e oito meses, os pais buscam tratamento para uma infecção recorrente e não medem esforços para o levar a profissionais que possam auxiliar na saúde e no desenvolvimento do filho.

Joaquim vive parte significativa de sua vida sofrendo com dor e possível dificuldade para escutar, o que resulta na irritabilidade ou inquietude no ambiente escolar, dificultando sua aprendizagem e sociabilidade. No entanto, esses aspectos não são considerados pelo CEI.

O que a escola passa à família, portanto, é que o fato de ele apresentar um comportamento diferente da maioria dos colegas, é derivado de alguma dificuldade dele, algum ‘transtorno’. Como mencionado pela família, com o diagnóstico de TEA, por exemplo, as professoras poderiam receber uma pessoa para auxiliar a sala e acompanhar Joaquim, o que seria uma forma de ajudar as professoras.

Percebemos que em função disso os pais demonstram certo interesse num possível laudo para o filho, seja de autismo(pai) ou hiperatividade (mãe), pois possibilitaria que tivessem uma “professora” auxiliar em sala, o que poderia amenizar o constrangimento sobre seu comportamento no CEI e mais condições para as professoras “já cansadas”, segundo os pais.

A família comentou, sem críticas, sobre uma cadeira vermelha que tem na sala no CEI de Joaquim. Seria a cadeira do castigo onde Joaquim era levado diante de “mau” comportamento, mas que ele ignorava o “castigo”, não ficava sentado na cadeira. A preocupação do pai e da mãe era o fato dele não obedecer ao castigo recebido: ficar sentado na cadeira vermelha. Diante dessa situação podemos fazer alguns questionamentos: como essa cadeira ajudaria a melhorar o comportamento do Joaquim?! O que consideram um ‘mau’ comportamento?! Qual seria a função pedagógica dessa cadeira vermelha na formação das crianças e, especificamente, de Joaquim?!

Verificamos que a cadeira vermelha do castigo tem a função de silenciar as crianças em momentos de agitação, ou de comportamento ‘inadequado’, ou por não estarem realizando as atividades sugeridas, entre outras possibilidades. Ao fazer isso, penalizam a criança pelo comportamento apresentado e há riscos de submeter a criança a situações de humilhação recorrente, o que pode causar sofrimento, estigma e exclusão.

De acordo com Vigotski (2018), as funções psicológicas superiores mais complexas, que possibilitam viver coletivamente e seguir preceitos éticos, só serão desenvolvidas a partir da interação mediada com o meio. Por exemplo, uma criança tem as condições biológicas para falar, mas sem a interação com o meio, essa habilidade de fala não se desenvolve. O desenvolvimento não é algo predeterminado, padronizado ou imutável, mas, sim, dinâmico com influências hereditárias e ambientais (Vigotski, 2018).

Durante a entrevista, foi possível perceber que a família de Joaquim não teve, na infância, uma boa relação com a escolaridade. A mãe, porque não gostava muito

de estudar, e o pai, por não conseguir estudos com trabalho, acabou abandonando a escola. Além disso, tiveram uma educação familiar mais rígida e com pouca afetividade. Hoje, procuram fazer diferente com Joaquim, reservando momentos de lazer em família, com demonstração de afeto e carinho.

A gravidez de Joaquim não foi planejada, ele nasceu prematuro, e isso exigiu cuidados extras (como os médicos salientaram). Os pais tentaram fazer o seu melhor. Havia uma expectativa de fala e leitura com idades que não necessariamente uma criança (que não passou por estas dificuldades todas) precisa dominar esses saberes.

Durante a entrevista, foi possível perceber que a família de Joaquim reconhece que questões relacionadas ao seu desenvolvimento e aprendizagem podem estar relacionadas com as condições e as possibilidades que teve até o momento. Reconhecem que parte da sua vida ele viveu isolado devido à pandemia de Covid-19. A falta de contato com outras crianças no grupo familiar e as condições físicas, como infecções auditivas, podem ter interferido no desenvolvimento da fala e no fato de Joaquim não interagir com facilidade com os colegas. Por isso, os pais buscam uma avaliação criteriosa, envolvendo o parecer de multiprofissionais, para evitar um diagnóstico equivocado.

5.2.1.1 Avaliação escolar e de profissionais da saúde

Após realização da entrevista, no dia 22 de maio de 2023, a mãe de Joaquim entrou em contato com a pesquisadora, via WhatsApp, para encaminhar um relatório da fonoaudióloga datado de 19 de maio de 2023, e um parecer sobre Joaquim assinado pela diretora do CEI, mas possivelmente elaborado pelas professoras. O parecer está endereçado à Psicóloga que estava realizando a avaliação diagnóstica de Joaquim, datado no dia 18 de maio de 2023. Segundo a mãe, esse documento compõe o portfólio do Joaquim. Fazendo a leitura do parecer, podemos encontrar informações sobre o que Joaquim não consegue ou resiste em fazer, ou situações nas quais apresenta comportamentos que não correspondem à atividade do momento.

No decorrer desse primeiro semestre, vivenciamos o processo de adaptação das crianças que foram recebidas em seu primeiro ano na instituição, este processo é difícil para algumas crianças, pois se trata da separação da família de forma inesperada. Recebemos as crianças com muito carinho e atenção respeitando o seu tempo para a compreensão do processo adaptativo.

- Durante o período de adaptação Joaquim se demonstrou bem resistente as atividades propostas. Enquanto é feito momentos de contação de história e cineminha Joaquim ficava correndo pela sala, subindo na mesa e cadeiras não prestando atenção.
- As regrinhas da sala foram colocadas na parede para que todas tenham contato visual mais de perto. Nesse dia as professoras explicando a importância de cada uma delas e colocando na parede, Joaquim tentava arrancá-las.
- No momento das refeições feita no refeitório, Joaquim não permanece sentado por muito tempo, ele sobe no banco e em cima da mesa, mesmo com a colher no prato insiste em comer com as mãos, quando acaba nosso horário de almoço, ele quer ficar correndo pelo refeitório.
- No momento da escovação Joaquim começa chorar e gritar, em algumas vezes chega a dar tapas e chutes nas professoras, seus gritos são altos chamando atenção de todos os presentes no CEI.
- Toda vez que é falado a palavra “NÃO” e tentamos explicar o porquê desse “NÃO”, ele sai correndo e dá gargalhadas não assimilando que o que está fazendo é errado.
- Teve um dia que no momento do cinema, as crianças sentadas na cadeira, Joaquim do nada, ergueu a cadeira e começou jogar no chão sucessivamente, ao pedir para ele parar explicar, ele sorriu e queria continuar a jogar a cadeira.
- No momento da troca no banheiro ele chora muito e grita e muitas vezes da chutes, com a professora que está trocando.
- No momento do soninho, Joaquim caminha por cima da cama dos coleguinhas e algumas vezes chegou a bater no rosto de um colega.
- Nos últimos meses Joaquim tem demonstrado uma cisma com uma das crianças, ele tenta beijar a criança, puxa pelo braço, empurra, abraça a força e muitas vezes quer bater.
- Percebemos durante este semestre que Joaquim gosta muito de alfabeto e utilizamos desenhos do alfabeto e livros para tentar acalmá-lo ou prender a atenção.
- Joaquim fala o tempo todo em frases, palavras, sílabas aleatórias e desconectas, não tendo relação alguma com o que está se passando na sala de aula.
- No momento do parque Joaquim brinca sempre sozinho e sempre correndo de um lado para o outro.

Podemos ressaltar que em todas as atividades propostas desde o início do ano letivo, Joaquim não demonstra interesse, principalmente contação de história e pintura, nossa comunicação com ele é limitada, pois não estamos tendo sucesso por ele não demonstrar interesse nas atividades e brincadeiras realizadas em sala de aula. (grifo nosso).

Como podemos observar, através das palavras em destaques e no conjunto do parecer, há um realce aos aspectos negativos do comportamento do Joaquim. Professoras chamam de ‘cisma’ interesse afetivo dele pelo colega.

Não constam informações sobre o que Joaquim consegue fazer sozinho, sobre momentos que realiza as atividades conforme o esperado pelas professoras, ou o que ele costuma criar para se entreter e nem mesmo quais estímulos, instruções ofertadas pelas professoras para participar da atividade. Como parte final do parecer consta:

podemos ressaltar que em todas as atividades propostas desde o início do ano letivo, **Joaquim não demonstra interesse**, principalmente contação de história e pintura, nossa comunicação como ele é limitada, pois **não estamos tendo sucesso** por **ele não demonstrar interesse nas atividades** e brincadeiras realizadas em sala de aula. (CEI, 2023, grifo nosso).

Esse trecho do parecer de Joaquim nos remete ao conceito de mobilização, atividade e sentido. Em outras palavras, para que ocorra uma atividade, a criança precisa se envolver; para que ela se envolva, a situação deve ter significado para ela (Charlot, 2008). Se Joaquim não se interessa pelas atividades, é necessário olhar para os recursos e campos dos possíveis oferecidos a ele e, se necessário, buscar junto a família informações sobre o que ele já sabe ou gosta de fazer como ponto de partida para essa interação e aprendizagem.

Esse parecer apresenta várias situações nas quais Joaquim se comunica através da palavra, conceito fundamental na teoria sócio-histórica, ou seja, a comunicação pode se dar através de gestos, como apontar o dedo, piscar os olhos, pois há uma intenção ou dizem sobre alguma coisa (Paula Jr., 2008). Joaquim chora, grita, dá gargalhadas, sorri, empurra, abraça, mas não aparece descrito no parecer o que foi observado de intenção nessa comunicação, com essas palavras.

No portfólio de Joaquim aparece foto dele participando (ou pelo menos presente) nas atividades de todos os campos de experiências trabalhados com a turma na qual ele está matriculado, o que não corresponde com as informações que constam no parecer descritivo apresentado acima. Afinal, ele se interessa ou não por algumas atividades? Pelas fotos no portfólio, ele se aproxima e talvez tenha apresentado interesse em algumas atividades. Mas, por que não aparecem informações sobre isso no parecer? Talvez porque a racionalidade medicalizante seja condutora do trabalho docente. Não podemos esquecer que esse parecer estava direcionado a uma Psicóloga. Provavelmente, ela considerou esse parecer para o acompanhamento de Joaquim.

No relatório da fonoaudióloga, datado dia 19 de maio de 2023, a profissional relata que Joaquim compareceu na clínica quando tinha um ano e sete meses, que as queixas da família se relacionam ao fato de Joaquim não falar e apresentar e dificuldade em estar em lugares públicos. Para a profissional, o menino encontrava-se com obstrução nasal, excesso salivar e respiração alterada, devido a isso realizou encaminhamento para avaliação de otorrinolaringologista.

A fonoaudióloga realizou estimulação oral, devido ao atraso na linguagem. No relatório consta que Joaquim apresenta

Compreender ordens de comando, observa-se maior contato ocular com a terapeuta, porém, seu direcionamento ocorre de maneira rápida, ele percebe-se durante um sorriso. É uma criança afetiva e em desenvolvimento constante, porém, abraços são aceitos em curta duração. Sua linguagem expressiva está em frequente desenvolvimento, já manifesta a fala, nomeia objetos, figuras familiares, reconhece e nomeia cores, letras do alfabeto, apresenta boa imitação (repete frases escritas, dando a impressão de ter lido), contudo este episódio ainda não evidencia um ato comunicativo sendo que uma oralização ainda similar a algo mecanizado. Ressalta-se comunicação com atraso nas etapas dialógicas e conversa espontânea. [...] **Joaquim apresenta evolução gradativa e boa aceitação as técnicas propostas, evidenciando a evolução diária.** [...] é fundamental que todo o processo de tratamento esteja alinhado com familiares, profissionais que atuam no âmbito escolar e demais profissionais da saúde, neurologista, psicólogos, nutricionistas, terapeuta ocupacional, auxiliando em todo seu desenvolvimento. (grifo nosso).

Conforme relatório da fonoaudióloga podemos conhecer Joaquim sob uma ótica diferente. A profissional apresenta uma criança que se desenvolve e evolui constantemente, ou seja, não está estagnada na aprendizagem, conforme registra o parecer das professoras.

No dia 30 de maio de 2023, Mãe de Joaquim também compartilhou um “relatório de Avaliação Comportamental – Análise do comportamento aplicada”, tendo como profissionais responsáveis uma Psicóloga e uma Terapeuta Ocupacional, indicando a finalidade de “avaliação para contribuição diagnóstica”, pois, segundo descrição da demanda, Joaquim iniciou o atendimento na clínica dessas profissionais em abril de 2023, apresentando um laudo provisório de Transtorno de Espectro Autista e a família solicita essa avaliação com a intenção de confirmar ou descartar a hipótese diagnóstica. Essas colocações vão ao encontro do que a família expos durante a entrevista.

Após realização de atendimentos (não descritos quantos), aplicação de testes e observação clínica, o relatório apresenta, no item V - conclusão de que “[...] existem neste momento sintomas característicos do Transtorno de Espectro Autista (F84)”. Sugerem intervenção para o desenvolvimento de Joaquim, orientações de manejo comportamental, programa de intervenção e que ele retorne ao neurologista para fechamento do diagnóstico, além de retorno após 12 semanas para reavaliação com essas profissionais. Segundo conclusão do relatório,

Joaquim apresenta atrasos significativos em seu desenvolvimento global, mas também está em idade cronológica de grande plasticidade cerebral que nos permite ajustar a estimulação/ terapias para que ele obtenha maior ganho de habilidade possíveis no momento.

O relatório é do dia 17 de maio de 2023, um dia antes da data do parecer escolar. Nesse caso, podemos entender que as informações do parecer não foram utilizadas nessa avaliação.

No dia dez de julho de 2023, a mãe de Joaquim compartilhou, via WhatsApp, o laudo do neuropediatra, datado de três de julho de 2023, indicando o diagnóstico de Transtorno do Espectro Autista, sob o CID10: F84.0, que indica Autismo Infantil (em crianças de até três anos de idade). As informações que constam no laudo são:

Joaquim, três anos e idade, apresenta prejuízos persistentes na sua comunicação e interação social, associado a alguns comportamentos repetitivos. Se diagnóstico é Transtorno do Espectro Autista (CID10: F84.0). É uma criança verbal, está começando a juntar palavras para formar pequenas frases, seu comportamento e humor estão regulados. Necessita de terapia comportamental fundamentada na Análise aplicada do comportamento, fonoaudiologia e auxiliar pedagógico pré-escolar, além de acompanhamentos neurológicos regularmente.

Podemos observar que os três relatórios apresentados sobre Joaquim são de datas próximas, mas contém informações, por vezes, contraditórias. Especialmente se compararmos ao parecer do Centro de Educação Infantil com o relatório da fonoaudióloga.

No parecer do CEI, constam apenas informações do que Joaquim não consegue fazer, já no relatório da Fonoaudióloga Joaquim aparece como uma criança que evolui em seu aprendizado.

5.3 CONTEXTO EDUCACIONAL: DIMENSÃO SOCIOLÓGICA

Após aprovação da família e realização da entrevista, entramos em contato com a diretora do Centro de Educação Infantil que Joaquim frequenta para apresentarmos sobre a pesquisa.

Inicialmente, relatamos como foi o processo de ingresso no CEI, o contato com a diretora e as professoras. Em seguida, o procedimento e a realização das observações da criança.

A conversa com a diretora ocorreu no dia 19 de maio de 2023, às 9h. Foi apresentada à diretora a autorização institucional para a realização da pesquisa e

informado que já havia sido realizado um levantamento sobre os encaminhamentos ao setor de Psicologia, e que, a partir desses encaminhamentos, foram selecionadas crianças com indicativo de estar em situação de medicalização e que frequentasse uma sala com outras crianças em situações semelhantes, o que nos levou até esse CEI. A Diretora nos passou informações sobre a organização do CEI e a estrutura física e fez a apresentação a todas as trabalhadoras do CEI.

Nesse mesmo dia, já foi possível conversar com as professoras que lecionam na sala de Joaquim e apresentar brevemente a proposta da pesquisa, as mesmas informações repassadas à diretora, e que a pesquisadora precisaria acompanhar as aulas no período matutino por alguns dias. Também conversaria posteriormente com elas sobre a possibilidade de realizar uma entrevista. As professoras foram acolhedoras e imediatamente concordaram. Foi comentado que, a partir dessa visita, dava-se início às observações, mas sem determinar um dia específico. A Diretora encaminhou nos encaminhou o Projeto Político-Pedagógico do CEI, rotinas e afins. A diretora trabalha nesse CEI há três anos. O CEI existe há aproximadamente 20 anos.

Quadro 7 – Descrição da estrutura física

Espaços	Descrição	Medidas
Espaços de aula	Salas de aula: 5	Grupo 01: a=45m ² Grupo 02: a=42m ² Grupo 3A: a=40m ² Grupo 04A: a=45m ² Grupo 04B: a=44,17m ²
	Parque com brinquedos de plástico: 1	a=27,88m ²
	Sala de isolamento: 1 (Direção)	a=24m ²
Banheiros	Infantis: 1	a=13,16m ²
	Trabalhadores: 1	a=2,99m ²
Refeitórios e similares	Refeitório para as crianças: 1	a=43,89m ²
	Cozinha: 1	Sem medida
Espaços Administrativos	Sala de direção: 1	a=24,0m ²
Entradas do CEI	Entrada para público em geral: 1	a=32,43m ²
Sala das professoras		Sem medida
Lavanderia	Lavanderia: 1	Sem medida

Fonte: CEI/Afasc (2023).

As salas de aprendizado são organizadas por grupos de faixa etária, conforme Quadro 8:

Quadro 8 – Sala versus faixa etária

Salas e Grupos	Faixa etária	Nº de crianças	Nº de professoras
Sala Grupo 1	3 meses a 11 meses	20	3 profs. – matutino 2 profs. e 1 estagiária – Vespertino
Sala Grupo 2	1 ano a 1 anos e 11 meses;	20	3 profs. – matutino 2 profs. e 1 estagiária – Vespertino
Sala Grupo 3 – A	2 anos a 2 anos e 11 meses	25	2 profs. – matutino 2 profs. – vespertino
Sala Grupo 3 – B	2 anos a 2 anos e 11 meses	25	02 profs. – matutino 1 prof. ^a e 1 jovem aprendiz – vespertino
Sala Grupo 4	3 anos a 3 anos e 11 meses	25	1 prof. ^a 40h e 1 prof. ^a 30h – Matutino 1 prof. ^a 40h e 1 prof. ^a 30h – Vespertino
Total		115	-----

Fonte: CEI/Afasc (2023).

Durante os três anos de trabalho frente à direção do CEI, a diretora relata que passaram, por ela, três crianças em observação devido ao comportamento. Segundo ela, as professoras mantêm-se atentas às crianças, por exemplo, se são hiperativas, levam-nas para a direção, observam, registram e, aos poucos, falam com as famílias. Se necessário, encaminham ao setor de Psicologia. No levantamento realizado em 2022, esse CEI não era um dos destaques em encaminhar crianças ao setor de Psicologia.

Segundo a diretora, a maioria das famílias que deixam seus filhos no CEI, é composta por trabalhadores, mesmo assim, há participação ativa das famílias quando são realizadas atividades no CEI após horário de expediente.

O horário de funcionamento dos Centros de Educação Infantil da Afasc é das 06h30min às 18h30min. Organizado para crianças que frequentam somente o período matutino: recepção das 7 horas às 8 horas e saída: 12 horas às 12h30min; para crianças que frequentam somente o período vespertino a recepção ocorre entre 12 horas e 13 horas e a saída entre 17 horas e 18horas; para crianças que frequentam período integral a recepção e acolhimento ocorrem das 6h30min às 8 horas, e saída das 17 horas às 18h30min.

No Quadro 09 são apresentadas as rotinas de horários e de atividades no CEI.

Quadro 9 – Rotina diária grupo III e IV

Horário	Atividade
Matutino	
06h30min às 08h	➤ Recepção e acolhimento (cronograma) Acompanhamento da direção
08h às 08h30min	➤ Café da manhã
08h30min às 09h	➤ Banheiro, encher garrafas
09h às 09h30min	➤ Musicalização ou uma história
09h30min às 10h45min	➤ Atividades pedagógicas
10h45min às 11h	➤ Arrumar as caminhas e lavar as mãos
11h às 11h30min	➤ Almoço Acompanhamento da direção
11h30min às 11h45min	➤ Higienização/Escovação
11h45min às 13h15min	➤ Descanso
Vespertino	
13h15min às 13h30min	➤ Organização das camas e banheiro e encher garrafas Acompanhamento da direção
13h30min às 14h	➤ Lanche da tarde
14h às 14h30min	➤ Higienização/Escovação
14h30min às 16h	➤ Atividades pedagógicas Acompanhamento da direção
16h às 16h30min	➤ Janta
16h30min às 16h50min	➤ Arrumação de cabelos, troca de roupa (se necessário), banheiro.
16h50min às 18h30min	➤ Despedida (cronograma) Acompanhamento da direção
<p style="text-align: center;">Observação:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Oferecer água diversas vezes ao dia • Os horários poderão ser ajustados conforme a necessidade do grupo. • É responsabilidade das professoras manterem as salas arejadas e organizadas. 	

Fonte: CEI Afasc (2023).

Conforme previsto no Projeto Político-Pedagógico do CEI (2022), a rotina segue o planejamento previsto pelo DEI/Afasc.

[...] crianças são recepcionadas das 06h30 às 08h00 horas, nesse intervalo de tempo, as professoras procuram fazer atividades diversificadas como: massinha, pecinhas, manuseamento de livros, tv, até o horário do café. Após o café as crianças são levadas as salas, para a troca [de fraldas], no decorrer as professoras começam a executar seu planejamento de atividade, dentro dos planejamentos tem o cronograma de parque, cantinho da leitura, horta entre outros espaços que possam estar explorando, dentro da faixa etária de cada grupo (PPP, 2022, p. 34).

As atividades pedagógicas desenvolvidas pelas professoras no CEI seguem a proposta e o tema de um projeto macro que é apresentado anualmente (ou semestralmente) pelo DEI.

Desta forma, os professores a partir das observações e finalidades educativas devem identificar as necessidades, interesses e preferências do grupo em que atua, elaborando de acordo com o calendário escolar os projetos trimestrais em consonância com o projeto macro do DEI e CEI, os quais orientarão a elaboração do planejamento diário de situações de aprendizagem (PPP, 2022, p. 32).

O planejamento das atividades diárias fica sob a responsabilidade das professoras, que devem elaborar situações de aprendizado para cada dia da semana, abrangendo os cinco campos de experiências, que passam pela revisão da diretora. O planejamento inclui “[...] data de execução; objetivos específicos; Campos de Experiência; Situação de Aprendizagem; Registro sobre os pontos relevantes do dia quando necessário e registro avaliativo individual (objetivo ou descritivo) do acompanhamento do desenvolvimento da criança” (PPP, 2022, p. 32).

Como processo de avaliação na Educação Infantil da Afasc, é utilizado o portfólio, que é entregue semestralmente às famílias. Através desse registro, é possível, às professoras, perceber os progressos e desafios das crianças, além de identificar os próximos passos, revisando e melhorando continuamente as tarefas sugeridas em sala. Para os familiares, esse registro serve como meio de acompanhar o desenvolvimento da criança ao longo do semestre e o processo de aprendizagem (PPP, 2022).

Outro item a destacar no Projeto Político-Pedagógico é o “lúdico na educação infantil”, que trata sobre o brincar como uma forma de comunicação,

[...] é por meio das brincadeiras que as crianças desenvolvem atos do seu dia a dia, seja ela com dramatizações que imitam o mundo dos adultos, jogos, o faz de conta, com palavras, ou seja, não importa o tipo da brincadeira, a criança sempre vai adquirir habilidades criativas, sociais, intelectuais e físicas (PPP, 2022, p. 32).

Como podemos observar, o CEI apresenta uma rotina de horários previamente definidos que raramente são alterados, especialmente quanto ao horário da alimentação, pois contam com apenas um refeitório para atender a todas as turmas. A sala de atividades, onde as crianças passam a maior parte do tempo quando estão no CEI, não conta com muitos recursos pedagógicos. Observamos que havia peças de montar, minibrinquedos e alguns materiais, como papel marrom, tinta guache, pincéis, massinhas de modelar e giz de cera. Há uma televisão na sala, utilizada para passar desenhos animados e para musicalização.

O pátio (parque) conta com bambolês, alguns brinquedos de plástico nos quais as crianças conseguem subir, entrar – como escorregador de plástico, casinha e um cavalo/unicórnio. Também tem uma bicicleta infantil e uma cama elástica.

Entendemos que uma parte dos recursos financeiros para compra dos materiais é disponibilizada pela Afasc, mediante avaliação, a outra parte é composta pela colaboração espontânea dos familiares e por recursos arrecadados em festas abertas à comunidade.

As professoras são formadas no magistério (ensino médio) e/ou licenciatura em Pedagogia. Na cidade de Criciúma, a maior parte da oferta de cursos de graduação em Pedagogia ocorre na modalidade a distância. O Departamento de Educação Infantil oferece formações, geralmente por semestre, mas não foi verificado todas as temáticas das formações.

5.3.1 Conhecendo Joaquim através das observações da pesquisadora

A pesquisa (auto)biográfica, neste caso, de uma criança de quatro anos de idade, nos sugere que a narrativa se construa a partir das fontes narrativas da família e das professoras, bem como das observações que nos permitem estudar o movimento concreto da criança (suas principais e mais significativas expressões). Nesta pesquisa, as observações foram realizadas somente durante o período em que a pesquisadora esteve no Centro de Educação Infantil, conforme horário de abertura e fechamento, entre 6h30min e 18h30min, de segunda à sexta-feira, durante duas semanas. Sobre a observação, foi adotado o modo descritivo e gravações de vídeo com registros do espaço físico, dados quantitativos, que envolvem os horários e tempo das atividades e dados qualitativos, que envolvem as mediações estabelecidas entre as professoras e a criança; fatores significativos sobre ocorrências relacionadas à

medicalização com a criança na sala; mobilização da criança mediante situação de medicalização e/ou patologização.

Foram realizadas observações com gravações de vídeo, após família e professoras autorizarem esse procedimento, e registros manuscritos dos dias seis, sete, treze, quinze e dezesseis de junho de 2023, no período das 7 horas às 11h20min. Conforme combinado com as professoras, após o horário de almoço das crianças, a pesquisadora se retirava da sala para evitar interferência na hora do soninho.

Foi combinado com as professoras que, se as crianças ficassem inibidas ou agitadas com a presença da pesquisadora, causando-lhes desconforto, a professora poderia solicitar que a pesquisadora se retirasse da sala, se assim preferisse. Também poderiam ser transferidas, as observações, para outro momento. Não ocorreram, porém, situações que me motivassem a sair da sala, exceto no horário do soninho das crianças.

O objetivo das observações era o de conhecer a rotina de Joaquim no CEI e como ele se mobilizava diante das atividades oferecidas, ou seja, verificar se, de fato, ocorriam situações de medicalização.

A sala observada foi a do Grupo IV, crianças com três anos a três anos e 11 meses, com 23 crianças no total (atualizado pela professora). Algumas frequentam o período integral e outras parcialmente (somente pela manhã ou somente à tarde). Pela manhã, duas professoras acompanham a turma: uma que trabalha 40 horas semanais (das 8h às 12h – das 13h às 17h) com essa turma e, com outra, 30 horas semanais (das 6h30min às 12h30min).

5.3.1.1 Primeiro dia de observação – seis de junho de 2023²⁶

No primeiro dia de observação, a pesquisadora se apresentou para a turma explicando, para as crianças, com linguagem acessível, como ocorreria sua participação e que esta seria importante para a realização de uma pesquisa. Falou de modo geral que a pesquisa envolvia acompanhar as atividades realizadas pela turma.

²⁶ Durante as observações, a pesquisadora procurou interferir o mínimo possível, mas, quando se trata de crianças, algum envolvimento sempre ocorre. Embora não tenha sido a proposta desta pesquisa a observação ativa, em algumas situações, a pesquisadora participou junto a criança, resultando informações a serem analisadas.

Dessa forma, buscava-se evitar muitas interferências na rotina das atividades da sala. Nesses casos, sempre há possibilidade de que as crianças se sintam constrangidas ou modifiquem o comportamento em sala. A pesquisadora também explicou que, durante sua participação na sala ou em outros locais do CEI em que elas estivessem, faria anotações em seu caderno e utilizaria um celular ou notebook como ferramenta para gravar vídeo, voz e tirar fotos²⁷. As crianças concordaram de forma coletiva com um “sim”.

Nesse primeiro dia, a pesquisadora procurou socializar-se tanto com as professoras como com as crianças, para que se sentissem à vontade com sua presença.

Como previsto na rotina da sala, que é padrão do DEI/Afasc, das 6h30min às 8 horas, ocorre a “Recepção e acolhimento”, horário, portanto, de chegada das crianças ao CEI, conforme sua carga horária (integral ou parcial). De acordo com o registrado no Projeto Político-Pedagógico, nesse tempo as professoras devem procurar realizar atividades diversificadas como: massinha, pecinhas, manuseamento de livros, tv, até o horário do café. Não está especificado como utilizar esses recursos materiais.

A seguir, são apresentadas algumas situações que representam a vivência de Joaquim no CEI com os colegas e as professoras e nas atividades realizadas durante os dias de observação.

No momento recepção e de acolhimento, das 6h30min às 8 horas, foram utilizadas pecinhas de montar. Joaquim chega, normalmente, às 7 horas.

²⁷ As demais crianças da sala não serão expostas nos registros escritos e nem nos vídeos. A Diretora relatou que não haveria problema de filmar, pois todos os responsáveis pelas crianças assinam um termo de uso de imagem no ato da matrícula.

Figura 10 – Atividade horário de acolhimento

Fonte: registro de vídeos (2023).

Joaquim está presente e vai até a mesa montar pecinhas, mostra-se interessado pela atividade. Chamamos de um interesse oscilante e curioso. Fica um tempo com as pecinhas, logo circula pela sala em busca de outros estímulos. Chega próximo à pesquisadora, querendo ver seus materiais. Esta apresenta o material para ele e para os demais colegas. Ele observa por alguns segundos e logo vai pegar pecinhas na mesa. Continua circulando pela sala, indo até a mesa da professora, até a porta de entrada, voltando à mesa das crianças para pegar pecinhas, sentava-se no chão. Após circular pela sala, retorna à mesa com algumas pecinhas e fica em pé, brincando com as peças de montar. Permanece por quatro minutos, quando sobe na cadeira e a professora Tânia²⁸ fala: “Joaquim, vai cair”. Ele desce da cadeira, olha para os lados demonstrando estar à procura de algo para fazer. Logo passa, engatinhando, por baixo das cadeiras que estavam escoradas na parede.

²⁸ Nome fictício de uma das professoras.

Figura 11 – Buscando sozinho alternativas de atividades- embaixo das cadeiras



Fonte: registro de vídeos (2023).

O que chama a atenção nesse período de acolhimento é que as crianças ficam livres, montando suas pecinhas. Não há uma instrução direta ou mediação para participarem da atividade. Conforme vão chegando mais crianças, a professora reorganiza as mesas e cadeiras, procurando organizar quem se sentará em cada mesa, chamando pelo nome, conforme Figura 12, abaixo.

Figura 12 – Demonstração da atividade



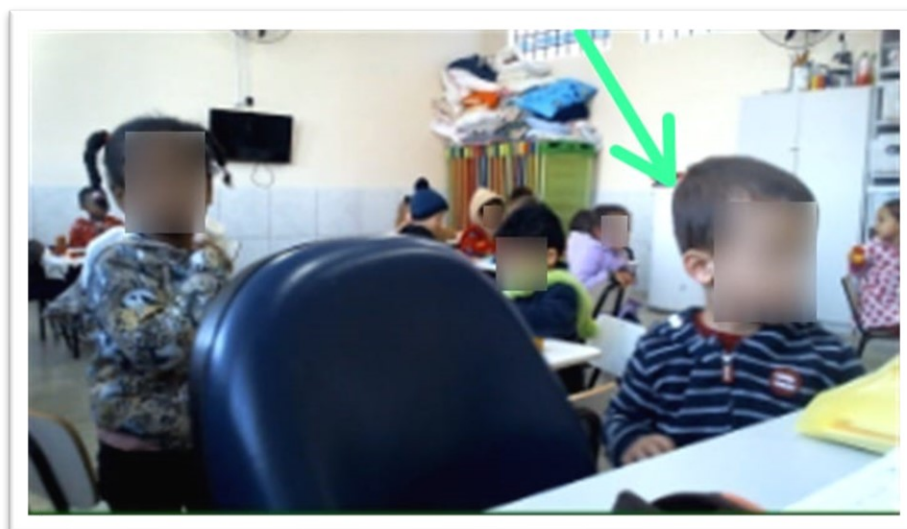
Fonte: arquivos de vídeo, 2023.

Na Figura 12, é possível observar que Joaquim volta a interagir com as pecinhas. As mesas estão sendo separadas pelas professoras, em seguida, estas organizam quatro crianças por mesa. Após a separação das mesas, a professora Tânia distribui as peças de montar. Joaquim fica acompanhando a professora fazer a

entrega, mas sem ter um estímulo dela para isso. Joaquim continua andando pela sala, mesmo após a professora finalizar a entrega das peças. Ele não foi encaminhado para nenhuma das mesas. Não foi incluído na atividade. E como ele se mobiliza diante disso? Quais são suas possibilidades? Joaquim circula pela sala sem um ponto específico para parar. Não foi incluso e não há outra possibilidade de atividade ou recurso disponível para ele. Esse tipo de situação não parecia um episódio isolado. Professoras relataram que costumam deixar ele livre, porque não fica parado executando as atividades solicitadas, o que demonstra terem antecipado que não daria certo, indicando indícios de medicalização.

Após oito minutos dessa cena, a professora Tânia confere a presença por meio de chamada oral. Ao ouvir a professora chamando os nomes dos colegas, Joaquim se aproxima da mesa dela, conforme podemos observar na Figura 13:

Figura 13 – Lista de presença – chamada oral



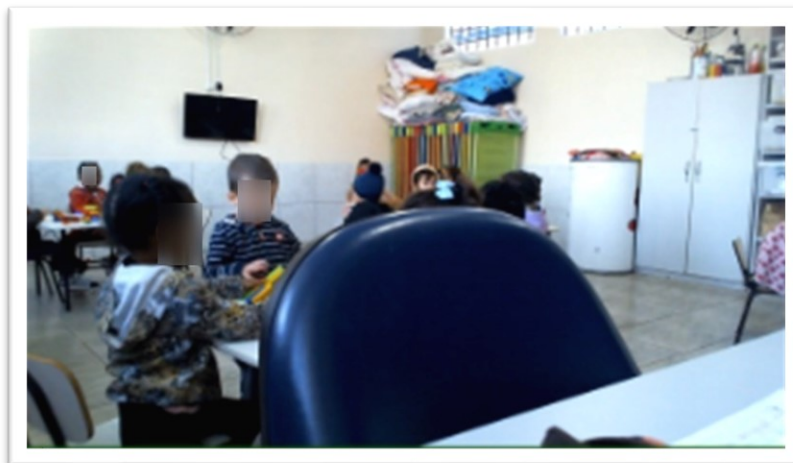
Fonte: arquivos de vídeo (2023).

A Professora faz a chamada oralmente, mas não chama o nome Joaquim. Há dois meninos com esse nome na turma, um ela chama indicando o sobrenome, mas Joaquim não é chamado, a professora pula seu nome.

Nesta situação, a professora Tânia, mais uma vez, deixa Joaquim de fora da atividade. Ele se aproxima da mesa demonstrando entender o que a professora está fazendo, a chamada. Mas a professora termina a chamada sem mencionar seu nome, e ele volta circular pela sala. Ele ainda não questiona o porquê de não ter sido chamado e se afasta da cena, procurando sozinho alternativas de atividades. Vai

fazendo escolhas aleatórias dentro das suas possibilidades.

Figura 14 – Realizando atividade próximo à colega



Fonte: arquivos de vídeo (2023).

Na Figura 14, Joaquim está compartilhando a mesa com uma colega. Brincando e compartilhando pecinhas de montar. Ele demonstra interesse pelas atividades, mesmo que não permaneça, nelas, por muito tempo.

Café da manhã (8h-8h30min). Professora Carla²⁹ chama todos(as) para tomarem café. Joaquim vai correndo até a cozinha, assim como as outras crianças, e toma o café. As professoras comentam que ele não para quieto na hora de comer, mas, durante a observação, foi visto que ele se movimentava no banco onde está sentado, do mesmo modo que outras crianças também se movimentam. Nesse dia, ele se alimentou e repetiu a refeição, aspecto que foi anotado para ser observado nos próximos horários de café.

Após retornarem à sala, em outra situação, a professora pediu para todos(as) guardarem as pecinhas de montar em uma caixa que ela estaria levando até as mesas. Joaquim leva a pecinha até a caixa da professora. Ele atende ao comando da professora, mesmo que esse comando não tenha sido direcionado diretamente a ele, o que demonstra que está atento e entende o que ocorre.

5.3.1.2 Descrição da cena de Joaquim na tentativa de interagir com o colega

²⁹ Nome fictício da outra professora.

Não fica visível no vídeo se Joaquim se aproxima do colega (que, segundo as professoras, é o único com quem ele quer ficar, abraçado, agarrado, mas o colega não gosta), ou se é o colega que se aproxima dele. Logo que as professoras veem Joaquim perto do colega, tentando abraçá-lo, elas falam: – “Solte ele, que ele não gosta” –, referindo a Joaquim, para que soltasse o colega, e continuam falando – “Não, Joaquim, Joaquim, Joaquim”.

Então, pedem para o colega sair de perto também. Joaquim insiste e o colega fala – “Sai, Joaquim” –, empurra-o e lhe desfere um tapa (em Joaquim). A professora vê e fala – “Ô, meu Deus” –, mas é Joaquim que continua sendo chamado à atenção. Nesse momento, a professora Carla pega Joaquim pela mão e fala: – “Joaquim, vem” – e diz para a professora Tânia: – “Tem de pegar uma cadeirinha para ele”. Até aquele momento ele não tinha sido incluído em nenhuma mesa com as outras crianças. A situação de medicalização pode ocorrer também a partir da exclusão, ao ignorar as potencialidades da criança.

A professora olhou ao seu redor, mas não havia cadeira próxima. A professora Tânia pegou a cadeirinha e falou: – “Joaquim, senta! Vem aqui e senta!” –, com um tom de voz firme, demonstrando o sentar como uma punição para o momento. Mas Joaquim não se sentou e voltou a circular pela sala.

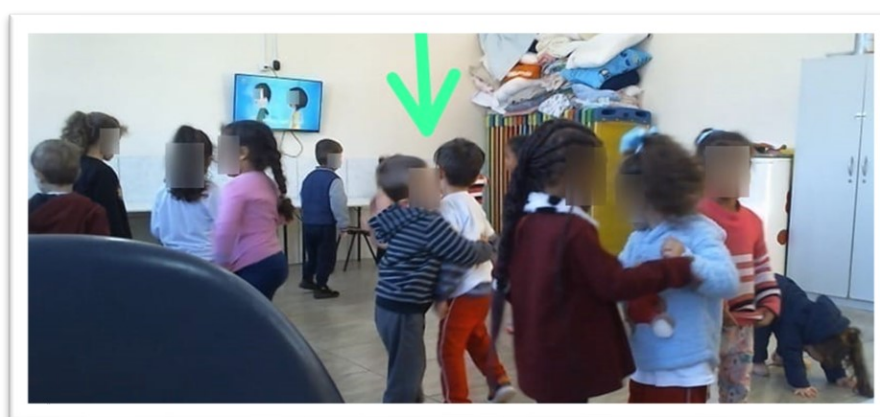
Em seguida, a professora Carla passou em uma mesa para recolher as peças e falou: – “Agora é essa mesa aqui” –, Joaquim vai até a mesa e pega pecinhas na mão. Junta algumas que estão no chão, mas não as coloca na caixa da professora. Porém, observa-se que ele entendeu o comando da professora e foi juntar as pecinhas.

Ficou claro, até esse momento, que as professoras não incluem Joaquim nas atividades, ou não o encaminham de forma acolhedora e afetuosa. Suas inserções ocorrem através de comandos dirigidos de forma genérica. Não foram identificadas ações por parte das professoras para criar um ambiente propício para que Joaquim, e até mesmo outras crianças, participassem. Em alguns momentos, Joaquim é incluso nas atividades, mas de maneira forçada. Nada disso precisaria ocorrer se, desde o início, houvesse essa intencionalidade de criar as condições de mobilização do Joaquim para alguma atividade pedagógica do seu interesse. Joaquim não vê sentido nas atividades, pois não há mediação.

Momento musicalização (9h - 9h30min). Após recolher as peças, a professora coloca um vídeo com música. Passados alguns minutos, Joaquim aparece

pulando (dançando) e correndo pela sala, como fazem os demais colegas, seguindo o ritmo da música. O colega de quem ele gosta (Igor)³⁰ se aproxima e agarra Joaquim pela cabeça e o pescoço. A professora Carla o repreende: – “Igor, depois quando Joaquim se aproxima você não gosta”, querendo dizer que ele também estava fazendo o mesmo com Joaquim. Igor o solta, mas Joaquim fica interessado na interação, vai atrás de Igor e o abraça. Igor corresponde e os dois ficam entrelaçados, pulando juntos por alguns segundos.

Figura 15 – Joaquim abraçado com Igor



Fonte: arquivos de vídeo (2023).

Poucos segundos depois, ambos se soltam e Joaquim começa a correr atrás de Igor. Este corresponde, dando-lhe atenção, correndo pela sala, olhando para trás e sorrindo para Joaquim. Joaquim também sorri. Ambos demonstram alegria e gostar da brincadeira. Após alguns minutos, a professora coloca novo vídeo com outra música. Joaquim senta-se ao chão e emite um som – “Nhããã”, demonstrando não ter gostado da troca de música. Logo um amiguinho o vê daquele modo, se agacha próximo a ele, passa a mão nos braços de Joaquim, como um gesto de carinho. Em seguida, Joaquim se levanta e vai até Igor. Um minuto depois, encerra-se essa atividade. Joaquim e Igor permanecem durante todo o período de musicalização interagindo.

Apesar de aparecer pouca interação direta com outros colegas, ainda assim Joaquim interage. Quando isso ocorre com Igor, as professoras normalmente tentam separar, porque, segundo elas, o colega não gosta. No entanto, observamos que, algumas vezes, Igor é quem inicia e corresponde à interação com Joaquim, o que não

³⁰ Nome fictício para identificar o colega de Joaquim.

o impede de não gostar em alguns momentos. Podemos identificar, nessas situações, a importância de se estimular a interação entre as crianças, especialmente com Joaquim, que demonstra poucas iniciativas para interagir com os demais colegas. Afinal, os colegas de sala e as professoras formam um campo sociológico que será determinante na formação de Joaquim.

A Professora anuncia troca de atividade. **Momento atividade pedagógica (9h30min - 10h45min)**. Nesse dia, é realizada a repescagem – ou seja, retoma-se atividade já realizada, mas da qual nem todas as crianças participaram. Essa repescagem geralmente acontece com as atividades que devem ser registradas no portfólio, essa estava vinculada ao projeto Macro Afasc 50 anos.

Todas as crianças já estavam no final da sala, sentadas em suas cadeiras. Joaquim vai até a frente da TV e grita – “Nhãã”. A professora Tânia fala: – “Vai esperar sim, porque agora vamos fazer a atividade”. Joaquim continua emitindo o som – “Nhããã” (tipo choro) –, demonstrando não gostar da troca de atividade. A professora Tânia dá um comando para Joaquim ficar em silêncio. Em seguida, explica a todos que a atividade é a mesma que realizada no dia anterior. Então, quem ainda não havia feito, deveria realizar a atividade nesse dia. Os demais ficariam quietos, aguardando os colegas terminarem. Pareceu que não havia algo planejado para inserir as crianças que já haviam realizado essa atividade.

Joaquim fica quase no meio da sala, sentado no chão, enquanto os demais colegas estão no fundo da sala, sentados nas cadeiras, se movimentando também.

A professora Tânia vai pegar uma mesa, pede para que Joaquim lhe dê e diz – “Não adianta ficar bravo, nós vamos fazer a atividade”. Joaquim continua sentado, fazendo – “Nhããã” – alto, como se fosse um choro.

Mais uma vez, a professora lida com a criança como se fosse um adulto e não afetuosa. Há falta de comunicação afetiva e de mediação para que ele possa se interessar por outra coisa, o que, no momento, seria estar junto com os colegas.

A professora Tânia segue a atividade e fala – “Sim, atividade sim”. Joaquim fala – “Nãoooo”. A professora continua e apresenta as cores de tinta que seriam usadas na atividade e pede para as crianças falarem os nomes das cores. Nesse momento, Joaquim fica em silêncio, olha atento, demonstra interesse. Logo se levanta do chão, com um sorriso leve no rosto. Circula próximo aos demais colegas. A professora Tânia explica sobre os materiais que está usando e faz algumas perguntas às crianças. Joaquim se aproxima da mesa, interessado. Vai atrás da professora e se interessa

pelo que ela foi buscar. Em seguida, vai até a mesa da atividade e olha o que a professora colocou sobre a mesa. A professora Tânia pede para ele não puxar o material que estava sobre a mesa.

Figura 16 – Joaquim interessado pela atividade



Fonte: arquivos de vídeo (2023).

Joaquim continua próximo à mesa onde será realizada a atividade. A professora Tânia pergunta a cor da tinta para ele e ele responde a cor correta: – “rosa”. Ela pergunta outra cor e ele responde algo que soa como – “dois” –, ela pergunta o que é, ele se mexe em círculo, emitindo o mesmo som – “dois”. A professora pergunta a ele – “Por que está ansioso?” – e a conversa se encerra. Professora atribui um significado ao comportamento de Joaquim que se alinha ao papel que conferem a ele.

A professora segue passando orientações às demais crianças. Joaquim continua próximo à mesa, demonstrando interesse pela atividade. A professora anuncia que vai conferir quem não participou no dia anterior e vai chamá-los. Ela chama quatro crianças. Joaquim fica próximo às mesas novamente. A professora bate fotos das crianças pintando.

Figura 17 – Joaquim mostrando interesse pela atividade, mas sendo ignorado



Fonte: arquivos de vídeo (2023).

Em seguida, é o momento de chamar as crianças que já haviam realizado a atividade no dia anterior, mas, somente quem havia se comportado, ficando em silêncio e esperando o grupo anterior terminar. Joaquim segue próximo às mesas da atividade, mas, com passar do tempo, em determinado momento, senta-se e emite som tom de reclamação – “Bééé”. É possível associar esse comportamento por ele ter entendido que poderia refazer a atividade, mas ele não foi chamado. Ou melhor, se aproximar da criança de forma atenta e respeitosa e buscar conhecer o sentido dado pela própria criança ao que experimentava.

Joaquim fica em silêncio e continua próximo às mesas. Durante a execução dessa atividade, ocorre uma situação com Joaquim que não aparece na cena no vídeo, pois as crianças estavam sentadas no início da sala e a câmera estava virada para o centro da sala, onde estavam realizando a atividade. O fato aconteceu entre Igor e Joaquim, identificado pela fala da professora Carla. Joaquim se aproxima de Igor, que estava sentado na cadeira, e Igor o rejeita. Empurra e derruba Joaquim no chão. Joaquim bate a cabeça, que lhe resulta um hematoma. A professora Carla fala para Igor: – “Quando a professora fala para ti não se jogar em cima dele que ele não para, agora você faz isso?!”. A professora está se referindo a outros momentos nos quais Igor interage com Joaquim, mas depois reclama que Joaquim fica interagindo com ele. Após o ocorrido, a professora Carla saiu com Joaquim da sala e foi ligar para que sua mãe fosse buscá-lo.

Até aquele momento, Joaquim não havia sido chamado para participar da atividade novamente. Somente as crianças que ficaram em silêncio, comportadas,

poderiam participar. Após a saída de Joaquim da sala, a professora Tânia chama Igor para participar da atividade.

Com a ausência de Joaquim devido ao ocorrido, não foi possível saber se a professora Tânia o chamaria para fazer a atividade. No entanto, sabemos que quando iniciou a chamada do segundo grupo (crianças que realizaram a atividade no dia anterior e se comportaram), Joaquim não fez parte dos primeiros nomes chamados, apesar de estar próximo à professora e das mesas com os materiais, demonstrando interesse pela atividade, mas sem interromper a professora e os demais colegas. Estava aguardando, claro que não sentado na cadeira, como os demais colegas.

Pesquisas sobre medicalização da educação demonstram que as queixas das professoras sobre estudantes geralmente estão relacionadas a comportamentos agitados, a não participação desses sujeitos nas atividades, ao fato de não ficarem sentados por muito tempo (Signor; Berberian; Santana, 2017). Dessa forma, o fato de Joaquim não ter sido chamado inicialmente, mesmo demonstrando interesse na atividade, leva-nos a deduzir que se deve a ele não ter ficado sentado junto com os demais colegas, o que pode ter sido caracterizado como um mau comportamento pela professora.

Diante disso, podemos refletir que utilizar o comportamento 'bom' ou 'mau' como critério para participar de atividades (brincadeiras, educação física, Música, etc.) pode ser outro equívoco das nossas pedagogias/pedagogas. As atividades são um direito e uma forma de as crianças aprenderem a se relacionar com o mundo de forma menos violenta, mais sociável, de conhecerem e compreenderem o mundo em que vivem. Somente uma pedagogia com base no comportamentalismo castiga ou premia com participação e acesso aqueles que correspondem às suas expectativas comportamentais.

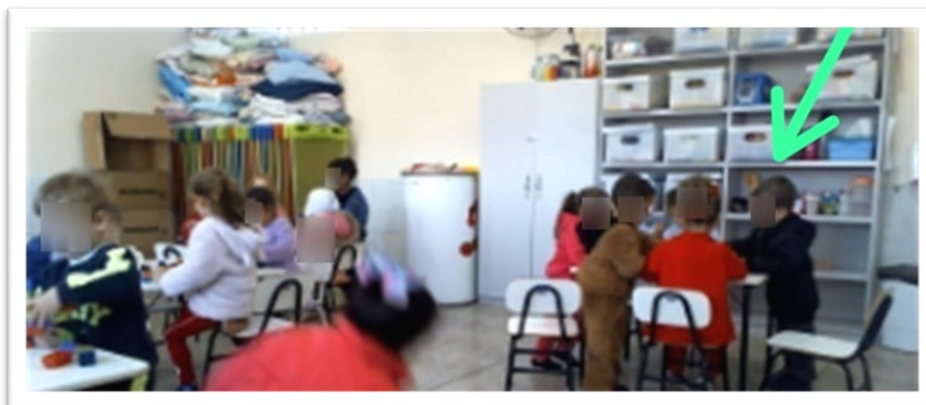
Almoço (11h - 11h30min). Como Joaquim saiu mais cedo, a pesquisadora não acompanhou o horário do almoço.

5.3.1.3 Segundo dia de observação - sete de junho de 2023

Momento recepção e acolhimento (6h30min – 8h). O dia inicia com pecinhas de montar. Joaquim se interessa pelas pecinhas. A partir do momento que chegou no CEI, ele foi brincar com esses objetos. Joaquim não costuma ficar sentado em um

único local, prefere circular pela sala, intercalando sua presença em várias mesas de pecinhas.

Figura 18 – Joaquim interessado pelas pecinhas



Fonte: arquivos de vídeo (2023).

Café da manhã (8h - 08h30min) – não foi realizado o registro do que foi servido no café. No entanto, Joaquim comeu a refeição.

Após o retorno do café, ocorre o **Momento musicalização (9h - 9h30min)**, mas, nesse dia continuaram realizando a atividade livre com pecinhas de montar.

No **momento atividade pedagógica (9h30min - 10h45min)**. A professora Carla explica que fariam a atividade de recortar, mas que precisaria da ajuda da outra professora, que não estava no momento. Então, por enquanto, ela entregaria massinhas de modelar para todos. Joaquim se interessa e vai até a professora.

A professora Carla pega a cadeira para Joaquim sentar-se à mesa e aguardar para receber a massinha, o que ele faz prontamente. Alguns minutos depois, levanta-se e circula pela sala, passando de mesa em mesa. A professora Carla o orienta: – “Joaquim, senta ali ó, para brincar com a massinha”. Ele vai até o local indicado e ela diz: – “Isso, fica ali sentadinho para brincar com os amiguinhos”. Usa um tom de voz manso, carinhoso. Ele se senta à mesa junto a outros colegas e brinca com a massinha. A professora orienta que deveriam bater levemente na massinha para ela amolecer. Ela passa na mesa de Joaquim e observa que a dele precisa ser trocada, então, vai até o armário buscar outra. Ele a acompanha e retorna para a mesa quando, então, ela traz outra massinha e ele permanece sentado, brincando.

Para Vigotski (2001), adquirimos conhecimento na ação, portanto, além do conhecimento aprofundado, especializado sobre o que se vai ensinar, é preciso que

as professoras possibilitem, às crianças/estudantes, que se animem por si só para o aprender. A atitude da professora Carla possibilita que Joaquim seja incluso na atividade de massinha e se torne ativo no processo de aprender.

Figura 19 – Joaquim brincando com massinha



Fonte: arquivos de vídeo (2023).

Após alguns minutos, uma criança pergunta se tem palito, a professora responde que não, mas oferece para todas as crianças uma espécie de molde, um novo recurso para utilizarem junto com as massinhas. Joaquim permanece sentado durante toda essa atividade. A professora Carla se mantém atenta às crianças, circula entre as mesas, acompanhando a todos. Segundo Vigotski (2009), a diversidade de experiências e de recursos ofertados para as crianças enriquece o repertório para o desenvolvimento da imaginação criativa.

A professora Carla encerra a atividade da massinha, recolhe-as e pede para que cada criança leve sua cadeira até a área externa (parque). Todos ficaram brincando no parque até o horário do almoço para que a sala fosse limpa.

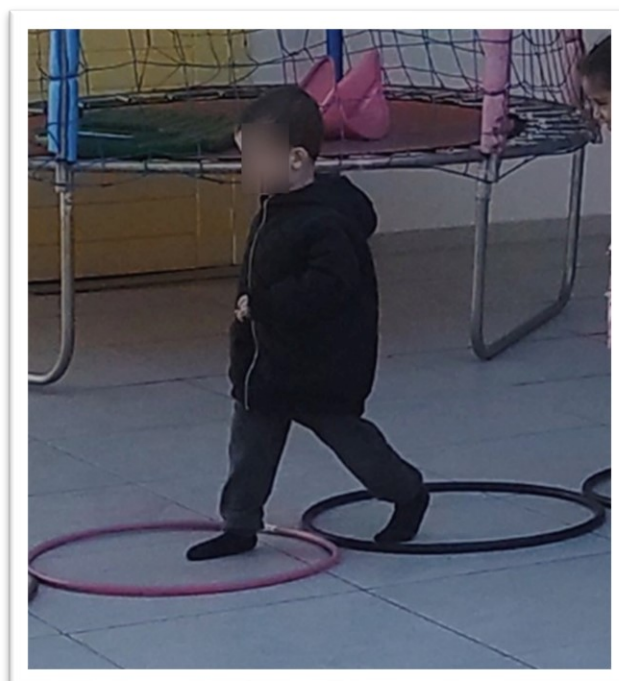
Figura 20 – Joaquim participando da atividade no parque



Fonte: arquivos de foto (2023).

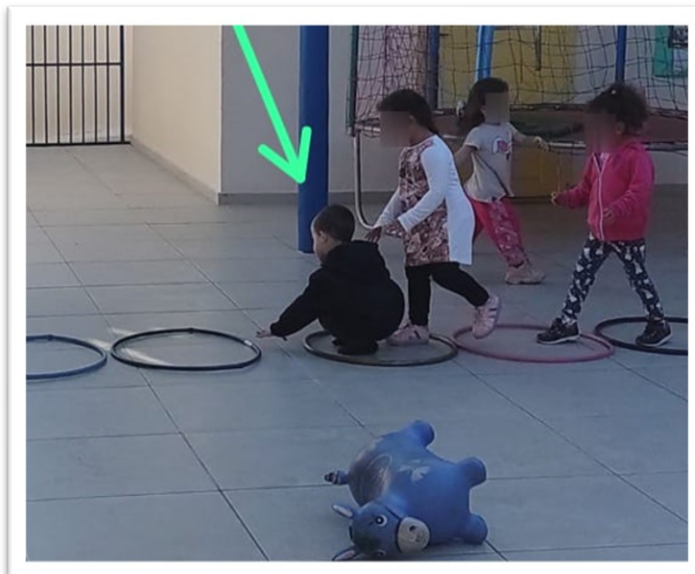
No parque, além dos brinquedos fixos, a professora acrescenta novos recursos, incluindo bambolês no chão para as crianças andarem de um bambolê ao outro. Mais uma vez a professora Carla atua de forma assertiva em relação a Joaquim. Ela o chama, pega carinhosamente pela mão e o orienta sobre a atividade. Joaquim interage com alguns colegas e executa as atividades conforme o esperado (caminhar passando pelos bambolês), conforme apresentado nas Figuras 21 e 22.

Figura 21 – Joaquim realizando atividade no parque



Fonte: arquivos de foto (2023).

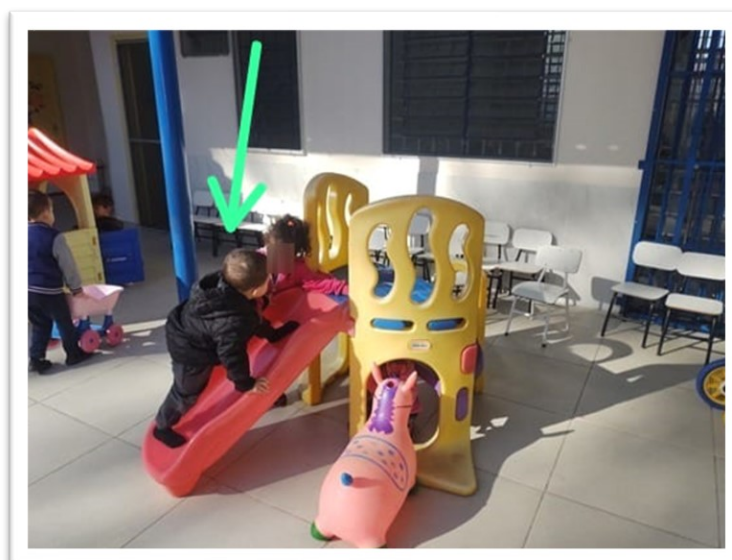
Figura 22 – Joaquim realizando atividade no parque junto com as colegas



Fonte: arquivos de foto (2023).

Depois, Joaquim vai até outros brinquedos sozinho e interage com os colegas, dividindo o brinquedo. Em seu semblante, um sorriso contínuo, parece-nos alegre.

Figura 23 – Joaquim explorando o parque e interagindo com colegas



Fonte: arquivos de foto (2023).

Almoço (11h - 11h30min). Após a atividade no parque, todas as crianças seguem para o almoço. Nesse dia não foi registrado o cardápio, mas Joaquim comeu toda a refeição.

5.3.1.4 Terceiro dia de observação – treze de junho de 2023

Momento recepção e acolhimento (6h30min - 8h). Para acolher as crianças, foram distribuídos minibrinquedos e todas ficaram brincando livremente. Enquanto isso, a professora Tânia revestia caixas de papelão para a festa junina. Joaquim se interessa pelo que a professora está fazendo e fica junto a ela por dois minutos. Circula pela sala e retorna com ela. A professora Tânia não interage com ele.

Joaquim se aproxima de uma mesa, sobe na cadeira com os joelhos e fica brincando com os brinquedos sobre a mesa por alguns minutos, sozinho. Logo chega uma colega e fica junto com ele, mas sem uma interação direta. Em seguida, outra colega se aproxima e o empurra da cadeira, deslizando-o até ele sair totalmente. Ele estava sentado na cadeira em que ela estava sentada alguns minutos antes, no entanto, quando ele chegou, a cadeira estava vazia. Ele permanece na mesma mesa e senta-se em outra cadeira por alguns minutos, logo, vai circular pela sala. Não revida a atitude da colega. Neste momento, as duas professoras estavam na sala. Uma professora estava na mesa ao lado do ocorrido, decorando uma caixa para a festa junina, enquanto conversava com a professora Carla, que estava do outro lado da sala.

Momento do café. Nesse dia, o cardápio inclui farofa de banana e café com leite. Joaquim toma café, come farofa e repete a refeição. Após terminar o café, a professora pede para ele limpar a blusa e ele executa o comando.

Retornam à sala e continuam a brincar com os minibrinquedos. Quando Joaquim se aproxima de algumas crianças, mesmo sem interferir no que elas estão fazendo, elas pedem para ele sair. Ele sai sem revidar e continua circulando pela sala. Nesse dia, Igor, o amigo com quem, segundo as professoras, Joaquim fica grudado, não foi para o CEI.

Joaquim interage tocando em uma colega com suas mãos e ela corresponde, não fica visível no vídeo, mas parece que ela corresponde tocando no peito dele com sua mão, como se fosse dar um leve empurrão e ele corresponde tocando-a novamente, mas sem gesto de empurrar. Ele não demonstra incômodo. Ficam assim por 30 segundos, quando professora chama a menina para levar a cadeira para a frente da televisão, então, os dois se afastam.

Nas duas situações que ocorrem de as colegas interagirem com ele, a primeira empurrando-o da cadeira e a segunda emitindo gestos de leves empurrões, Joaquim

não demonstra estar incomodado. Com a primeira, apenas vai se deslocando conforme ela o empurra, na segunda, corresponde, porém, com toques leves sobre a colega.

Musicalização ou uma história (9h – 9h30min). A professora Carla chama as crianças para que levem as cadeiras para perto da televisão. Pega Joaquim pela mão e o leva para sentar-se também. A professora leva uma cadeira, mas ele não se senta. Vai até onde está a pesquisadora e circula pela sala. Quando a professora Carla liga a televisão, ele se aproxima, mas fica em pé, assistindo. As crianças assistem televisão, vídeo infantil, enquanto a professora Carla organiza as mesas para a próxima atividade, que será pintar um papel marrom com tinta guache. Logo que Joaquim olha para trás e vê o que a professora está fazendo, se interessa e se aproxima. Ainda olha para a TV, e fica assim, indo e voltando em um trajeto próximo da televisão e das mesas que a professora Carla está organizando. No vídeo, está passando animação, na qual os desenhos (animaizinhos) cantam/falam – "sabão, escova...". as crianças repetem, Joaquim também repete, mas sua atenção também está voltada para o ambiente. Ele entende e responde conforme solicitado na música do desenho animado.

A professora Carla informa que vão mudar de atividade.

Momento Atividades pedagógicas (9h - 10h45min). A professora já está com o papel marrom sobre as mesas.

Figura 24 – Joaquim excluído da atividade pedagógica



Fonte: arquivos de vídeo (2023).

A Professora Tânia desliga a televisão e chama as crianças pelo nome para sentarem-se à mesa sobre a qual foi disposto o papel marrom, indicando o lugar de cada um(a). No início da chamada às crianças, Joaquim estava no chão, engatinhando por baixo da mesa, como se pode observar na Figura 24, acima. Conforme a professora Tânia chama as crianças pelo nome, cada uma pega sua cadeira e a leva até a mesa, sentando-se no local indicado pela professora. Depois de todas as crianças estarem organizadas ao redor da mesa, a professora Tânia fala: – “Joaquim, você não vai participar?”. Ele fica parado onde está por alguns segundos e logo circula pela sala. Como Joaquim não estava sentado em frente à televisão vendo desenho, ele não tinha cadeira para trazer e sentar-se à mesa onde ocorreria a nova atividade.

Podemos observar que, nessa situação, a professora Tânia age excluindo Joaquim da atividade. No caso dele, como não tinha cadeira, não houve, inicialmente, um movimento dela de indicar que ele pegasse a cadeira e apontar onde deveria se sentar, como fez com os demais.

Joaquim segue circulando pela sala, a professora Tânia o chama novamente – “Vai se sentar Joaquim? Joaquim? Joaquim?” Ouve-se barulho de cadeira arrastando, a professora Tânia busca uma cadeira para ele se sentar, mas ele não vai. A Professora o deixa livre. Enquanto isso, mostra as cores às crianças e pede para falarem qual o nome da cor. Joaquim fica embaixo da mesa da professora, próximo da pesquisadora.

A professora Tânia inicia a explicação da atividade, chamando as crianças pelo nome para pegarem os pincéis, e fala: – “Não é para dar pincel para Joaquim”. Algumas crianças respondem: – “Tá”. A professora Tânia fala: – “Espera a pô sentar com ele, porque vocês já sabem né, Joaquim é um caso extraordinário”. Essa fala da professora, na presença de Joaquim, também contribui para que as crianças entendem Joaquim como incapaz de realizar as atividades com os demais. Mais uma situação que apresenta indícios de uma prática medicalizante.

Algumas crianças respondem – “Tá bom”. A professora fala: – “Né, dono moço, é para vocês estar sentado, né Joaquim?! Não vai se sentar?”. Joaquim emite sons – “ôhh, ihh, ôhh, lhh” – a professora fala: – “Joaquim, não pula!” As crianças começam a pintura, mas Joaquim não está participando (Figura 25).

Figura 25 – Atividade pedagógica pintura - Joaquim excluído



Fonte: arquivos de vídeo (2023).

A Professora Tânia comenta que iria acompanhar Joaquim separadamente, mas não o faz. Joaquim não foi incluído nessa atividade. Observa de longe, demonstra interesse pela atividade, mas não realiza.

Na Figura 26 é apresentada a atividade realizada pelas crianças, exceto Joaquim.

Figura 26 – Atividade pedagógica concluída - pintura



Fonte: arquivos de vídeo (2023).

Após as crianças pintarem uma parte do papel e encerrarem a atividade, a professora Tânia coloca a música que as crianças vão dançar na festa junina, mas pede para ficarem sentadas em frente à televisão, apenas ouvindo a música. Não tem imagem. Enquanto isso, a professora vai terminar a pintura no papel marrom. Quando falam alto, ela pede silêncio. A professora Carla chega na sala, sugere tirar a música

e colocar um desenho animado para as crianças assistirem. A troca é feita, as crianças passam a assistir um desenho animado.

Joaquim volta a ficar em frente à televisão, em pé, logo circula pela sala. Após alguns minutos, vai até a mesa onde a professora está pintando uma caixa de decoração da festa junina. Observa, se escora na mesa, anda ao redor (Figura 27). As professoras ficam conversando, uma continua pintando a caixa e Joaquim escorado na mesa onde está a caixa. Os demais colegas estão vendo desenho animado.

Figura 27 – Joaquim interessado na atividade da professora



Fonte: arquivos de vídeo (2023).

Assim como em outros dias das observações, Joaquim demonstra curiosidade e interesse quando algo novo acontece na sala.

Arrumar as caminhas e lavar as mãos (10h45min - 11h). A professora pede que as crianças peguem suas cadeiras e sentem-se no início da sala (mais distante da TV), próximo à porta de entrada, para que possam arrumar a sala com as camas, a fim de as crianças descansarem após o almoço. Enquanto as professoras arrumam a sala com as camas, as crianças permaneceram assistindo televisão.

Todas já estão com a cadeira no novo local. Joaquim circula pelo centro da sala. Vai próximo à televisão e se escora em uma mesa. Se agacha no chão e junta “algo” bem pequeno, parecendo resto de massinha de modelar, e o coloca na boca. Levanta-se e sai correndo em direção aos colegas que estavam sentados. Continua circulando pela sala. Outras crianças também se levantam para buscar coisas em suas mochilas, a sala está arrumada (Figura 28).

Figura 28 – Registro da organização das camas das crianças



Fonte: arquivos de vídeo (2023).

Almoço (11h - 11h30min). Todos já saíram para o almoço. No cardápio, feijão, arroz, carne e beterraba. Joaquim não se senta à mesa. Joga-se ao chão e grita duas vezes. A professora o leva até a mesa, ele senta-se e come, levanta-se em seguida, depois volta a comer, levanta-se e pede água. A maioria das crianças encerra o almoço, sai da sala e ele continua comendo.

Fazendo uma síntese, verificamos que, nesse dia de observação, a professora Tânia estava à frente das atividades da sala. As professoras, especialmente ela, estavam preparando atividades para a festa junina, ou seja, algo novo acontecendo. A maioria das crianças não se interessa muito pelo que as professoras faziam, mas Joaquim se interessou. Todas as vezes que professora Tânia estava pintando ou revestindo as caixas, ele se aproximava, ficava a maior parte do tempo próximo a ela, mas não foi chamado para participar do que ela estava fazendo, acreditamos, por não ser uma atividade prevista com a participação das crianças. Mas, para além disso, Joaquim não participou ativamente de nenhuma outra atividade, apesar de demonstrar interesse. Podemos considerar, até o momento, que esse foi o dia em que mais ficou ocioso.

Joaquim, quando não incluso ou quando não tem interesse na atividade, normalmente fica circulando pela sala, buscando seus próprios recursos para se entreter. Faz essa escolha ainda na espontaneidade, sem uma consciência reflexiva. É o modo como ele vai vivendo essa experiência na Educação Infantil.

5.3.1.5 Quarto dia de observação – quinze de junho de 2023

Recepção e acolhimento (6h30min - 8h). São usadas pecinhas de montar. Joaquim chega, a pesquisadora o recepciona e o encaminha para guardar a mochila. Ele coloca a mochila no lugar, responde ao ‘tchau’ do pai e logo observa que tem algo novo na sala, a ‘barraca do *selfie*’. Em alguns momentos, se aproxima tentando ler o que está escrito (barraca da selfie). É possível ouvir ele falar barraca.

Joaquim chega próximo à barraca e colegas tentam tirá-lo dali, empurrando-o, como se ele fosse estragar aquele objeto.

Figura 29 – Barraca da Selfie - Festa Junina



Fonte: arquivos de fotos (2023).

Em seguida, a professora chama atenção de Joaquim, porque ele estava próximo à mesa: – “Não te quero aqui, ontem perdemos duas coisas por sua causa” –, mas não disse o que era. De acordo as observações realizadas em dias anteriores, somado a essa fala da professora, foi possível verificar que já está no imaginário das outras crianças que Joaquim ‘estraga’ as coisas. Mais uma vez, presenciamos movimentos que o excluem das atividades e até mesmo do convívio com os colegas, que passam a cuidar dele para estragar os materiais da festa junina.

A pesquisadora o chama para sentar-se, ele fica poucos segundos e sai. Circula pela sala com pecinhas na mão. Quando se aproxima da barraca da selfie, é logo chamado pela professora a se retirar: – “Sai daí”.

Café da manhã (8h - 8h30min). Joaquim senta-se junto aos colegas, toma café e repete a porção de bolachas. Mais uma vez, quando se mexe no banco, as professoras falam: – “Senta direito, vira pra frente”. Outros colegas também se movimentam no banco. A maioria das crianças senta-se em uma única mesa, mas que não comporta todas. Joaquim geralmente senta-se na última mesa, com poucos colegas junto.

Após retornar à sala, Joaquim pede à pesquisadora para tirar a jaqueta. Não fala declaradamente, mas chega próximo e demonstra que quer tirá-la, como a maioria das crianças da sala costuma fazer. Após tirar a jaqueta, foi orientado pela pesquisadora que a colocasse na mochila, o que a professora costuma fazer com as outras crianças. Ele seguiu a orientação e a pesquisadora o ajudou a fechar a mochila.

Em seguida, saiu pela sala, circulando, deitou-se dentro de um armário que estava com a porta aberta, logo saiu, pegou algumas pecinhas, circulou pela sala e se sentou no chão.

As crianças estavam brincando com as pecinhas desde o acolhimento, 6h30min ou 7 horas, conforme horário de chegada de cada um.

Os colegas chamam a atenção de Joaquim quando ele vai em direção à cadeira da professora. Ele fica curioso para ver o que a professora está fazendo. É algo novo, e isso chama a atenção dele [ela está organizando algumas coisas para a festa junina].

Musicalização ou uma história (9h - 9h30min). Nesse dia, a atividade foi com massinha de modelar. A professora Carla pede para Joaquim sentar-se e aguardar as massinhas: – “Senta-se, Joaquim, senão não vai ganhar a massinha”. Ele a atende e aguarda. Ao receber as massinhas, ficou sentado, brincando com elas e com os moldes.

Importante ressaltar que esse foi outro dia, no qual a professora Carla estava à frente das atividades, quando ela ofertou massinha de modelar, Joaquim se sentou e participou da atividade.

Essa ação de Joaquim pode demonstrar que ele gosta de atividade com massinha de modelar, mas também há um incentivo da professora Carla, que o inclui em todas as atividades.

9h35min – encerra-se a atividade de massinha. A professora passa recolhendo o material e ele o entrega também. Ou seja, Joaquim corresponde ao que é esperado dele, demonstrando estar atento e entendendo a solicitação.

Na maioria das vezes em que ocorre mudança de atividade, as professoras orientam que todas as crianças fiquem sentadas de cabeça baixa sobre a mesa aguardando a entrega dos materiais. Desta vez não foi diferente. Mas Joaquim não fica sentado, mantendo-se circulando pela sala.

Atividades pedagógicas (9h30min - 10h45min). Pintar balão de festa junina com giz de cera. A professora Tânia não chama Joaquim para a atividade. Ele vai até algumas mesas, mas os colegas pedem para ele sair. Ele circula, vai até a mesa da professora e até a porta, depois vai para baixo da mesa da professora. Após passar em todas as mesas, a professora pergunta se todos receberam a atividade. Nesse momento, Joaquim estava embaixo da mesa dela, mas ela o ignora em relação à atividade. Em seguida, chama sua atenção, pedindo para ele se sentar. Logo pergunta: – “Vai fazer, Joaquim?” [se referindo à atividade], mas chama sem se aproximar dele, sem incentivar sua participação.

Joaquim, quando viu giz solto sobre a mesa, foi até lá e se sentou, mostrando interesse, então, a professora lhe entregou a atividade. Joaquim inicialmente conta corretamente quantos giz têm na mesa. Em seguida, pinta o desenho do balão de forma rabiscada, assim como muitos coleguinhas da turma.

Após concluir a pintura do balão, todos deveriam pintar as letras [muito pequenas para uma pintura – observação da pesquisadora]. Joaquim entregou sem pintar e a professora não incentivou que o fizesse, mas a outras crianças, ela pedia que pintassem as letrinhas também.

Joaquim brinca com giz de cera, circula pela sala e fica atento e curioso ao que a outra professora faz. A Professora Tânia fala: – “Quem terminou, abaixa a cabeça e espera os colegas terminarem”. Joaquim continua curioso em relação ao que a professora está fazendo e emite, esporadicamente, alguns sons vocais altos: – “ahhh”.

A professora pede que as crianças levem as cadeiras para a parte da frente da sala, próximo à porta de entrada. Joaquim não executa a tarefa.

Momento do ensaio da dança da festa junina. A professora Tânia pede que as crianças façam um círculo de mãos dadas. Joaquim fica andando e correndo pela sala, a professora não o chama para participar.

A professora Carla intervém e o chama para fazer parte da roda. Ele não vai, mas dança a música **Pula a fogueira** fora da roda. Seu interesse se volta para massinhas que estão no chão.

No agito da dança, quando todos ficam soltos e pulando a “fogueira”, Joaquim tenta abraçar as crianças. A professora chama a sua atenção para que não faça isso.

Joaquim conta quantas crianças há na roda, mas a professora Tânia fala: – “Joaquim, não é o momento”. Então, ele sai e vai brincar com o resto das massinhas que encontrou pelo chão. Aqui, mais uma vez, podemos ver uma situação de medicalização, pois Joaquim é excluído da atividade e não há mediação para integração.

10h28min – encerram o ensaio. Após o ensaio, as crianças sentaram-se em frente à sala, próximo à porta, para ver desenho animado na televisão. Joaquim fica em pé vendo televisão e circulando pela sala. Enquanto isso, a professora Tânia dá água para as crianças. Pergunta se alguém não ganhou, Joaquim se aproxima, fica muito perto dela, mas ela o ignora. Ele continua esperando. Ela chama outras crianças e o ignora. Passados alguns minutos, ela o chama. Ele a olha sorrindo, demonstrando alegria quando recebe a água.

Joaquim não dialoga com a professora, mas se expressa através de seu comportamento.

10h35 – começam a arrumar as camas – Joaquim circula pela sala, fica curioso com o que a outra professora está fazendo [decoreção de festa junina].

Tenta sentar-se no colo do colega e sai em poucos segundos. Ele passa por baixo das cadeiras, engatinhando. Cadeiras nas quais as crianças estavam sentadas. Alguns colegas tentam segurá-lo, como forma de não deixar ele passar, mas uma colega chama a atenção dos demais e fala: – “Deixa ele” – em tom de defesa de Joaquim.

Observação: mesmo com a porta da sala aberta por um momento, ele vai até lá, observa o pátio, mas não sai.

Almoço (11h – 11h30min). Joaquim senta-se à mesa. Costuma se mexer no banco. Os pratos com comida são distribuídos. A salada e ovos são oferecidos à parte. Joaquim comeu os ovos com a mão e o restante da comida também. Nos dias anteriores, utilizou a colher para comer.

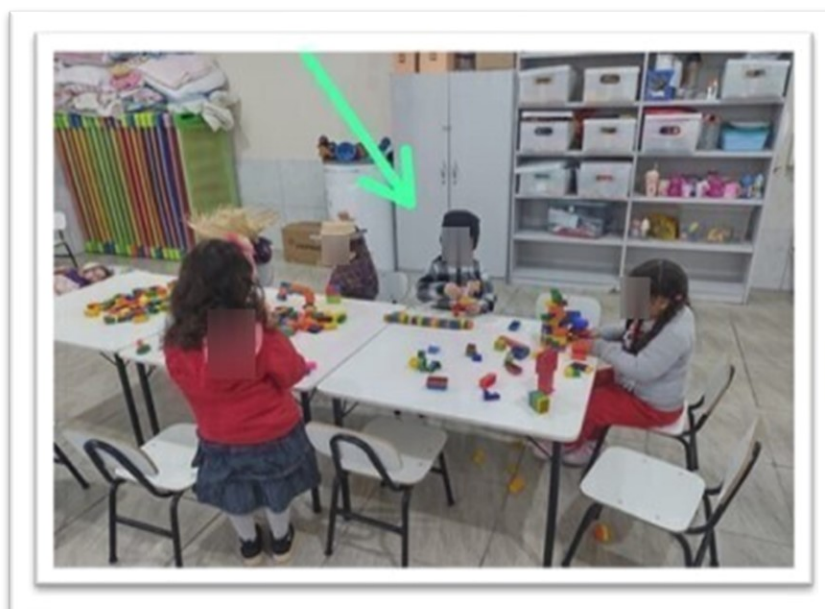
Como síntese desse dia de observação, houve uma mescla de atividades entre a professora Tânia e a professora Carla. Joaquim demonstra corresponder mais às solicitações da professora Carla. Ela normalmente fala com as crianças com tom de voz suave, e não é diferente com Joaquim. Durante as observações, ela sempre procurou incluí-lo nas atividades.

Podemos verificar que, nesse dia, Joaquim passou por novas situações de medicalização ao ser ignorado e excluído das atividades, além de ser reconhecido pelas professoras e colegas como alguém que vai estragar a barraca da *selfie*. A pesquisadora fez intervenções em algumas situações, com o interesse em verificar se Joaquim responderia às suas solicitações. Ele correspondeu, o que pode dar indícios de que o fato de não participar das atividades pelas quais demonstra interesse se deve à falta de um incentivo e de orientação direta a ele.

5.3.1.6 Quinto dia de observação dezesseis de junho de 2023

Recepção e acolhimento (6h30min - 8h). Dia da festa junina, todas as crianças trajam roupas típicas. Pecinhas de montar são distribuídas para o período de acolhimento. Joaquim chegou com roupa de festa junina, mais uma vez respondeu ao tchau do pai e foi até a mesa brincar com as pecinhas de montar. Depois circulou pela sala com as pecinhas na mão.

Figura 30 – Atividade de acolhimento



Fonte: arquivos de fotos (2023).

Às 8h20min Joaquim se jogou ao chão, a professora o ajudou a se levantar. Ele jogou-se novamente e chorou. Fez isso no momento que chegavam com o café na sala de atividades, devido à festa junina. Segundo a professora, Joaquim não gosta de tomar café na sala.

Às 8h27min Joaquim sentou-se. A professora perguntou qual bolo ele queria, chocolate ou milho, ele respondeu – “milho”. Comeu o primeiro pedaço e pediu outro. Ficou sentando comendo e fazendo poucos movimentos na cadeira. Depois se levantou, circulou pela sala, comeu mais um pedaço de bolo (no total, foram três pedaços).

Próximo às 9 horas, saíram da sala para que outras trabalhadoras do setor de apoio realizassem a limpeza pós café. Como a área externa estava molhada e, segundo a professora, Joaquim ficaria correndo, ela o colocou a esperar em outra sala para evitar que se molhasse ou caísse. Joaquim ficou em uma sala de grupo um. Os demais ficaram sentados embaixo de um corredor externo coberto. Após a limpeza, retornam para a sala.

Musicalização ou uma história (9h - 9h30min). As professoras colocam músicas de festa junina para as crianças dançarem. Joaquim dança também. Poucos segundos depois, ele vai para baixo da mesa e logo sai.

Figura 31 – Joaquim dançando com os colegas - Festa Junina



Fonte: arquivos de fotos (2023).

Joaquim interage com um colega, mexendo no seu chapéu e vai outra vez para baixo da mesa. Sai logo depois, pega o chapéu que estava sobre a mochila e o coloca

na colega. Ele está buscando interação. A professora chama para bater foto e ele vai. Com a ajuda da professora, Joaquim bateu foto com o amigo na barraca da selfie que estava do lado de fora da sala.

A música continua e as crianças dançam. Algumas sozinhas, outras de mão com os coleguinhas. Joaquim também está pulando/dançando entre os colegas. A pesquisadora estimula uma colega e Joaquim a dançarem juntos. Eles imediatamente dão as mãos e dançam. A professora Carla fala: – “Vamos filmar e encaminhar para a mãe dele, ela vai ficar muito feliz”.

Figura 32 – Joaquim dançando de mãos dadas com a colega



Fonte: Acervo particular da autora (2023).

Atividades pedagógicas (9h30min - 10h45min). Todos estão sentados no chão e recebem brinquedos. Joaquim fica junto com os colegas, no chão. É momento de brincadeira livre.

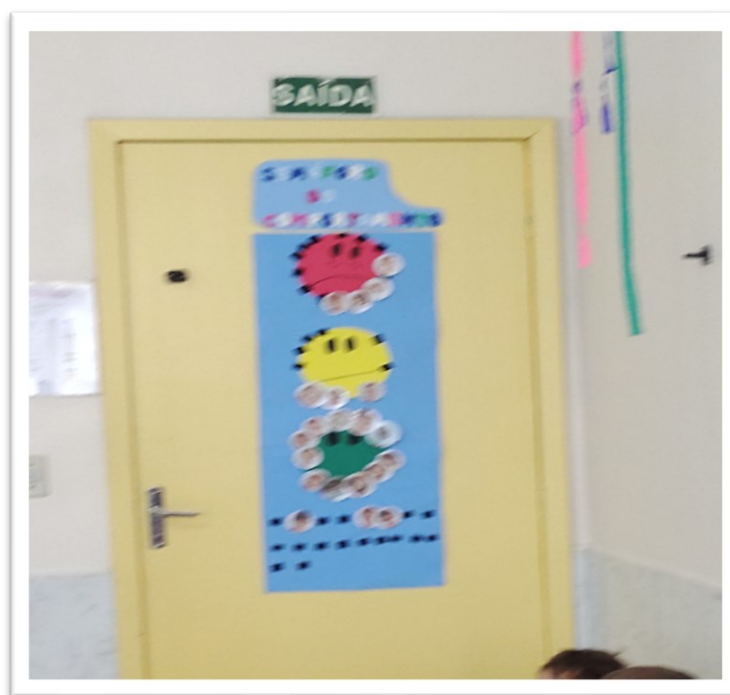
Em seguida, a professora Tânia faz uma atividade de repescagem somente com uma aluna, que faltou no dia em que a atividade foi aplicada. Joaquim vai até o local e a professora chama a sua atenção. Ele circula pela sala.

10h30min – professoras colocam desenho na televisão. Joaquim pega sua caneca sozinho para tomar água. As canecas ficam em um armário aberto,

geralmente é a professora que serve água, mas, nesse dia, estava ao alcance dele e ele a pegou. Joaquim demonstra autonomia quando tem possibilidade para isso.

Uma situação curiosa nesse dia foi que a porta da sala foi fechada devido à festa junina e à música alta. Atrás da porta há um semáforo do comportamento. A porta maior sempre fica aberta, mantendo-se fechada somente uma portinha menor, por isso não era possível ver o que havia atrás.

Figura 33 – Semáforo do comportamento



Fonte: Acervo particular da autora (2023).

O semáforo do comportamento fica colado atrás da porta da sala. É composto por três emojis: um na cor vermelha, simbolizando o mau comportamento; um na cor amarela, em atenção ao comportamento, e um na cor verde, bom comportamento. Em cada emoji há fotos das crianças, coladas, conforme o comportamento de cada uma.

Esse tipo de ação demonstra uma prática medicalizante, pois individualiza a questão comportamental e penaliza o 'mau' comportamento, incluindo a foto de crianças nas cores vermelha ou amarela.

Outra situação que chamou a atenção aconteceu durante um dia de observação, quando a pesquisadora sentou-se em uma cadeira infantil, na cor vermelha, para fazer alguns registros escritos. Uma criança da sala foi até ela e avisou, em tom de preocupação, que ela não poderia sentar-se naquela cadeira,

porque é a cadeira do castigo. Essa situação demonstra que as crianças são conduzidas à cadeira do castigo por 'mau' comportamento.

Em outro dia, a pesquisadora observa que algumas crianças são encaminhadas para a escovação de dentes, outras não. Então, ela questionou a professora Tânia a respeito. A professora respondeu que só vai para a escovação quem come no almoço. A pesquisadora observa que algumas haviam comido, mas não foram escovar os dentes e informa a professora. Ela responde que somente quem comeu tudo o que havia no prato escova os dentes, como uma forma de recompensa às crianças.

Podemos observar que tanto o semáforo, quanto a cadeira vermelha e a escovação são recursos utilizados a partir de uma perspectiva comportamental ultrapassada, penalizando as crianças, mas que ainda se faz presente nos contextos escolares.

5.3.2 Uma síntese reflexiva sobre as observações das aulas de Joaquim

Quanto as observações, foram realizadas em dias e semanas diferentes, com o intuito de acompanhar o máximo possível da diversidade em relação a atividades, dinâmica da sala, mediação das professoras, rotina do próprio CEI e, especialmente, à vivência de Joaquim.

Uma síntese das observações nos permite realizar uma reflexão sobre a dinâmica da sala de aula, as atividades e as ações das professoras, não com o intuito de avaliar seu trabalho pedagógico, mas sim de compreender os processos de formação de Joaquim e a formação do sentido de sua experiência na educação infantil. Os registros sobre as atividades e das intervenções ou não da(s) professora(s) em relação ao Joaquim nos permite identificar práticas medicalizantes no contexto da Educação Infantil e refletir sobre possibilidades de superação, afinal, o objetivo desta tese é compreender as implicações da medicalização e patologização no processo formativo de uma criança no contexto da Educação Infantil. Importante destacar que a prática medicalizante não é exclusiva do contexto escolar, nem da Educação Infantil, como já discutido anteriormente.

Como já apresentado, o CEI tem uma rotina de horários bem estabelecida, que não se altera, exceto em dias de eventos, quando ocorrem pequenas alterações. No período de observações, segundo as professoras, as crianças estão no momento

repescagem das atividades pedagógicas que serão apresentadas no portfólio, ou seja, estão refazendo ações para incluir as crianças que faltaram à escola no dia em que a atividade foi aplicada.

Chama a atenção que as atividades de acolhimento, das 6h30min às 8 horas, assim como as atividades das 9 horas, denominadas “musicalização e contação de histórias”, ocorreram, na maioria das vezes, de forma livre. Raramente havia intervenção da professora. Sua função se resumia a organizar as crianças, distribuir os materiais (pecinhas de montar, massinhas ou outras) e intervir caso houvesse alguma divergência. As crianças que chegam no primeiro horário (6h30min) permanecem, no mínimo, 1h30min realizando a mesma atividade livremente. Em alguns dias, ao retornar do café, continuaram na mesma atividade até o momento da atividade pedagógica, prevista para o horário das 9h30min às 10h45min.

Durante as atividades pedagógicas, ocorria intervenção da professora, explicando o que e como deveriam fazer o que havia sido planejado. Nos dias das observações, as atividades foram: pintar papel marrom para fazer as bandeiras da festa junina; pintar com tinta guache plástico filme que estava esticado em volta dos pés de uma mesa (a mesa estava virada com os pés para cima); massinha de modelar com recursos de moldes; pintar papel marrom com tinta guache; pintar balão de festa junina com giz de cera; brincar livremente com brinquedos diversos (bonecos/as, carrinhos etc.);

Apesar da brincadeira, o lúdico está fortemente presente na Educação Infantil como uma prática educativa, por isso, é importante se atentar para que ele não se torne uma prática medicalizante. Ou seja, que promova situações de exclusão ou qualquer tipo de preconceito entre crianças e professoras ou professoras e crianças. Segundo Messeder Neto (2019), o brincar livre pode provocar situações de exclusão. Podemos observar que isso ocorreu em vários momentos com o Joaquim. Ele era pouco incentivado pelas professoras ou pelos colegas a participar das atividades livres ou mesmo das pedagógicas. Geralmente, ele mostrava interesse pelas atividades pedagógicas e livres, mas seu foco não se mantinha por muito tempo. Após perder o interesse, circulava pela sala, como se estivesse procurando algo para fazer, buscando sozinho uma forma de se entreter. Joaquim ficava livre, sem outras possibilidades de atividade ou de recursos, ou mesmo de alguém que mediasse a atividade que estava sendo ofertada no momento.

Retomando Messeder Neto (2019), entendemos que, para uma brincadeira não se tornar uma prática medicalizante, é importante seguir quatro princípios: educação valorativa pelo brincar; o caráter coletivo da brincadeira; o caráter instrutivo da brincadeira; o caráter limitado da brincadeira frente a uma sociedade medicalizante. Para isso, é necessário que a professora esteja constantemente mediando e intervindo nas atividades lúdicas ou nas brincadeiras ofertadas às crianças. No caso de Joaquim, percebíamos que, ao ter mediação da professora, instruindo-o sobre a atividade, ele geralmente participava ativamente.

Para Vigotski (2001), adquirimos conhecimento na ação, portanto, além de conhecimento aprofundado, especializado sobre o que se vai ensinar, é preciso que se possibilite, às crianças/estudantes, que se animem por si só para o aprender.

Cabe ressaltar que a BNCC indica que o brincar deve ser explorado

[...] cotidianamente de diversas formas, em diferentes espaços e tempos, com diferentes parceiros (crianças e adultos), ampliando e diversificando seu acesso a produções culturais, seus conhecimentos, sua imaginação, sua criatividade, suas experiências emocionais, corporais, sensoriais, expressivas, cognitivas, sociais e relacionais [...]. (Brasil, 2017, p. 38).

Toda a rotina observada em sala faz parte do Projeto Político Pedagógico desse CEI, que está previsto com base na BNCC. No entanto, durante o período de observação, o brincar apareceu majoritariamente de forma livre, em alguns dias, repetindo-se os mesmos recursos materiais, sem explorar amplamente a imaginação e a criatividade das crianças para que se sentissem entusiasmadas em aprender, tratando-se, aqui, especialmente de Joaquim.

Segundo Vigotski (2009), a base para a futura construção da imaginação e da fantasia reside nas experiências das crianças. “Quanto mais rica a experiência da pessoa, mais material está disponível para a imaginação” (Vigotski, 2009, p. 22).

Dos cinco dias de observação, na atividade de acolhimento, quatro deles foram com pecinhas de montar e as crianças foram deixadas livres para montar o que desejassem. Joaquim participou desses momentos, contudo, mas não nos foi possível saber se ele buscava algo específico, se imaginava algo ao montar as peças. Talvez por isso oscilava entre manusear as peças e circular pela sala, olhando para outras coisas.

Percebemos que, quando professora Tânia estava à frente das atividades da sala, havia pouca participação de Joaquim. Já quando a professora Carla estava à

frente, Joaquim participava com mais frequência. Um indicativo para isso ocorrer era a forma como a professora Carla o incluía na atividade. Chamava-o diretamente, se necessário, o conduzia até o local da atividade, orientava-o concretamente para reproduzir o que foi solicitado. Do mesmo modo ocorreu quando a pesquisadora fez intervenção com ele.

Quando Joaquim foi excluído ou ignorado, o que ele fez? Quais possíveis consequências de uma prática medicalizante? Na maioria das vezes, buscava por si alternativas para se entreter. Não havia outras possibilidades para ele. Circulava, mostrava interesse por novidades que ocorriam na sala. Nos momentos que ele se jogou ao chão e emitiu sons vocais indicativos de choro, isso se deu porque foi impedido de fazer algo que ele estava gostando, como no caso da troca de desenho animado; quando o café foi servido na sala de atividades. Observamos que as professoras já conhecem quais, ou pelo menos a maioria, das situações deixam Joaquim irritado. Desse modo, para que ele possa ter uma experiência melhor com as mudanças na rotina, seria importante pensar em prepará-lo antecipadamente.

Podemos refletir que se Joaquim fosse incluído nas atividades, poderia ser desenvolvido melhor integração com os colegas e suas potencialidades estarem ainda mais desenvolvidas. Importante ressaltar que, mesmo com indicativos de que ele já sabe ler, não havia estímulo ou valorização dessa habilidade. Ao contrário, era visto por alguns colegas e professoras, especialmente a professora Tânia, como alguém que não participava das atividades, alguém que estragava os materiais e que incomodava o amigo Igor. Poucos colegas buscavam interagir com ele.

5.3.3 Entrevistas com as professoras

Para realização da entrevista com as professoras, o primeiro contato foi com as duas juntas, para as quais foi explicado o tema e objetivo da pesquisa e verificado se teriam interesse em participar. Ambas aceitaram participar da entrevista. Foi repassado que poderiam escolher o local, dia e horário. As duas preferiram que a entrevista ocorresse no CEI, durante horário de trabalho, usaríamos uma sala vazia ou sala dos professores(as). São duas professoras que acompanham Joaquim.

As perguntas buscaram entender, a partir das professoras, como ocorriam os processos de aprendizagem de forma geral e com as crianças que estavam com

indicativos de situação de medicalização, avaliação diagnóstica ou já com laudo diagnóstico.

As entrevistas foram realizadas individualmente. Inicialmente foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) indicando o objetivo da pesquisa e demais informações sobre a pesquisa, como as etapas da construção dos dados empíricos, riscos e benefícios de participação dos envolvidos, o caráter ético dessa investigação, assegurando o sigilo das informações coletadas, solicitando autorização para divulgação dos resultados, garantindo a preservação da identidade e da privacidade das entrevistadas e elucidando que tal autorização é uma pré-condição para a participação na pesquisa.

As professoras foram informadas que o tempo de duração da entrevista poderia variar de acordo com seu envolvimento e interesse. Também seria possível realizá-la em partes e dias diferentes, se assim o desejassem, ou se a pesquisadora sentisse a necessidade de explorar mais algum assunto com os pesquisados e estes consentissem em serem entrevistados novamente.

Também foi informada de que teria plena liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seus consentimentos em qualquer momento da pesquisa, sem precisar apresentar qualquer justificativa à pesquisadora. Conforme o TCLE, a professora poderia aceitar ou não a gravação de áudio e vídeo, mas ambas aceitaram que sua participação fosse devidamente gravada. A seguir, são apresentados os dados dessa entrevista.

5.1.3.1 Entrevista – professora Tânia

A entrevista semiestruturada com a professora Tânia foi realizada no dia seis de junho de 2023, em uma sala de atividades que estava vazia.

- Professora Tânia, 23 anos;
- Carga horária: 30 horas semanais;
- Formação profissional: Magistério (ensino médio); Pedagogia (2022); Pós *lato sensu* em Psicopedagogia (previsão de conclusão 2023);
- Tempo de experiência profissional como professora: considerando o período de estágio profissional remunerado, cinco anos de experiência. No CEI pesquisado, há três anos.

Sobre a rotina do CEI, na visão dessa professora,

Tem dia que eles recepcionam com livrinhos, outro dia com pecinha, outro dia pode ser massinha, isso a gente muda. TV, dependendo do conteúdo também, é tudo passado pela direção, primeiro, pra ver se não tem nada que seja acima da idade deles, que possa ser, né. Em questão ao café, é sempre no mesmo horário. Nós temos uma lista, a gente recebe uma lista de horários, o que tem que ser feito durante o período da manhã e o período da tarde. Desde o horário que eles chegam até o horário do soninho.

Conforme a professora Tânia, há uma rotina padrão dos CEI's, mas podem ocorrer pequenas alterações quando há evento no CEI, a exemplo da festa junina, que estava agendada para o dia dezesseis de junho. Nesse caso, a festa junina seria realizada no momento da atividade pedagógica.

Sobre os projetos pedagógicos do CEI, a professora Tânia relata que

[...] vem o Projeto Macro, este é o da Afasc e a gente de Projeto Micro, o nosso. O Projeto Micro é a gente que confecciona, a gente faz. Ele é baseado no Projeto Macro que vem da Afasc, mas nós escolhemos o tema. Vamos supor, nesses primeiros três meses, o nosso tema foi os cinco sentidos. A professora, a minha colega de classe, [...] ela é 40 [horas], ela faz 50 atividades, eu e a outra professora somos 30, a gente faz 25 de cada. Introduzimos todas essas atividades no projeto, ele é formatado, digitalizado, entregue para a diretora, ela dá o ok e depois ela nos retorna de novo: – “Pode começar” [referindo-se à orientação da diretora].

Os projetos normalmente são trimestrais, mas, em 2023, o DEI/AFASC manteve o tema do projeto macro no segundo trimestre. Quanto ao projeto micro, a professora relata que será alterado, mas continuará baseado no tema do projeto macro.

Buscando compreender como funciona, na prática, essa articulação dos projetos macro e micro, solicitamos um exemplo à professora. Segundo ela, era necessário elaborar uma maquete da Afasc para o aniversário de 50 anos (tema projeto macro), então, essa maquete foi realizada em sala, junto com as crianças. Na sequência, reproduzimos uma parte do diálogo entre pesquisadora e professora a esse respeito:

Pesquisadora - Então, essa ideia de trabalhar os cinco sentidos é uma decisão de vocês, aqui?

Professora - Isso.

Pesquisadora - Aí vocês só vão relacionar com o tema 50 anos?

Professora - Isso.

Como são duas professoras as responsáveis pela turma no período matutino, elas se dividem. Cada semana, uma professora fica responsável pelas atividades pedagógicas e a outra apenas auxilia.

Terminamos essa quantidade X de atividades, a gente pega ali o finalzinho do mês. Normalmente, é o final do mês cinco para seis ali, ou mês seis. Para fazer um arrebatamento de atividades, um levantamento. Quem faltou no dia, quem não tem atividade, quem não fez. Normalmente, a gente pode ou refazer a atividade em sala de aula, que é um resgate. Ou a gente pode elaborar outra atividade com o mesmo objetivo de aprendizagem em campo de experiência. Para trabalhar com aquela criança que não veio. Aí, a gente trabalha com todas as crianças que estão vindo na sala. Mas daí, tenta focar mais na criança que não tem. Aí, também tem as pastinhas que vão às atividades extras que se encaixam nisso. Aluno X não tem esse campo de experiência. Mas o aluno Y tem. Então, eu encaixo para o aluno X e o aluno Y leva como uma atividade extra dentro dessa pastinha.

Durante o período de observação *in loco*, ocorreram atividades de resgate. A pesquisadora questiona sobre como ocorre a escolha do tema do projeto micro é escolhido. Conforme a professora Tânia,

Normalmente, a gente tenta ligar, não somente com o da Afasc. Em relação a aproximar, mas ao interesse deles, momentâneo. Porque nós temos em questão, em meados de um mês, um mês e meio, o que se chama de projeto Criando Elos de Adaptação. [O] projeto [...] já vem da Afasc, [...] já vem pronto. Esse projeto é um início para a gente conhecer a criança... O interesse, o comportamento em atividades, brincadeiras. Tudo relacionado ao conhecer a outra, a se adaptar à creche. Mesmo que ela já esteja na creche desde o grupo 1, do grupo 2 ou entrou agora.

O Projeto **Criando Elos** inicia em fevereiro e encerra, normalmente, no final do mês de março.

Para a elaboração do projeto micro no segundo trimestre, as professoras também se baseiam no interesse das crianças até aquele momento, conforme relato da Professora Tânia:

Dependendo muito da faixa etária das crianças, tem o que trabalhar. É mais interessante para a criança, tanto a descoberta e outras faixas etárias é mais um momento de se preparar pra ir para cinco, sabe? Todo um rito de passagem. Então, a gente tenta prepará-los para a próxima fase.

Ao mencionar que se trata de uma fase preparatória, a professora Tânia se refere à transição da criança para a Educação Básica obrigatória E assim complementa:

Então, assim, o primeiro semestre a gente trabalha mais o brincar, o cuidar, o descobrir, tudo isso engloba. No segundo semestre, normalmente, a gente

começa com, pelo menos o grupo que a gente trabalha hoje em dia, a gente começa com o lápis, ao manusear a tesoura, os números, as letras, tudo depende. Como o nosso grupo é um grupo que gosta muito de brincar, de descobrir, de correr, eles são um grupo mais agitado, a gente gosta de o quê? Estar explorando esse momento deles.

Refletindo sobre o perfil da turma, as professoras definiram em conjunto que o tema do próximo projeto micro seria “É brincando que se aprende”.

Considerando que a turma é composta por crianças que frequentam período integral, manhã e tarde, e outras que estão no período parcial – somente pela manhã ou somente à tarde –, a professora relata que dificilmente repete a mesma atividade nos dois períodos, e mesmo que repetisse, a metodologia de aplicação das professoras seria diferente. Como regra, repete somente atividades solicitadas no projeto Macro tema 50 anos.

Quando questionada sobre o que é feito quando a criança não se interessa em participar de uma atividade, a professora responde:

Nessa situação, normalmente, a gente tenta ser um atrativo. A gente tenta, assim, de maneira mais na conversa. Vamos tentar fazer uma atividade? Vamos tentar o que você quer? Você não quer pintar dessa forma? Vamos tentar? Você quer pintar com giz? A gente dá opções. Nós damos opções diferenciadas. Se não gostou da atividade, faz outra para você. Desde que tenham o mesmo objetivo, a gente tenta trazer o máximo desse atrativo. Possa ser que a criança não esteja interessada no momento, ela esteja em um dia ruim, não acordou bem. Já houve situações de a criança não estar muito bem, nós comunicamos à diretora.

Há um destaque, aqui, a ser feito relativo à observação in loco que envolve Joaquim. Quando ele não tinha interesse em participar, na maioria das vezes, com essa professora, ele não recebia estímulos. Algumas vezes foi ignorado, em outras foi chamado para a atividade, mas sem receber direcionamento.

Quando questionada se percebe diferença no desenvolvimento e na aprendizagem entre as crianças e o que é feito, a professora responde:

Tudo depende muito do momento. Tudo depende muito do que é trabalhado em sala de aula. Tem criança que se destaca muito em uma área e não tanto em outra, e vice-versa. Nós tentamos trabalhar um todo, como a gente repetiu antes, para prepará-los para frente. Nem todo mundo acompanha, mas não significa que esteja atrasado, e sim no tempo de aprendizagem daquela criança.

Nessa fala, a professora afirma que faz uma articulação do aprendizado e do desenvolvimento da criança com o que é trabalhado em sala, ou seja, não responsabiliza exclusivamente a criança pelo não desenvolvimento. Entretanto, ao

colocar o “[...] tempo de aprendizagem daquela criança”, há certa aproximação com uma perspectiva individualizante. Por que esse tempo? Isso significa que não tem relação com acesso a recursos pedagógicos, culturais?

Em seguida, a professora explica que o foco do ensino está nas áreas em que as crianças apresentam dificuldades, mas também consideram aquelas nas quais as crianças já apresentam bom desempenho. Ela menciona que, no grupo três, embora as crianças ainda não precisem ter desenvolvido habilidades básicas, como segurar um lápis ou conhecer letras e números, essas habilidades são ensinadas, a fim preparar essas crianças para o futuro. Conforme a professora, uma base sólida em tais habilidades é essencial para o desenvolvimento futuro dos estudantes.

Novamente questionada sobre a causa das diferenças de aprendizagem entre as crianças, a professora responde:

Tudo depende. Tudo é questão não só do CEI, mas o por trás do CEI. O pai que trabalha com o seu filho em casa, atividades, a leitura, o fazer do diário, ao invés de não mexe, mas me ajuda, traz muito mais uma criança para a educação infantil. [...] Então, aquele pai que faz a atividade quando é mandado para casa, tem uma atividade X, foi mandado para casa, participe com o seu filho. Participe, tira um tempinho, 15, 10 minutos do seu dia. Por mais que eles visualizem as professoras em sala de aula, pai e mãe são referência maior. Aquilo que você faz em casa se torna uma referência.

Conforme seu relato, a professora Tânia indica que as atividades realizadas em casa têm um peso maior para a aprendizagem das crianças, portanto, não se coloca como sujeito fundamental no processo de desenvolvimento e de aprendizagem das crianças com as quais atua.

Quando questionada se trabalhou com alguma criança com laudo, ela relata que, atualmente, na sua turma do CEI tem um menino com TEA. Ela responde retomando como ocorre o acolhimento de uma criança no CEI, dizendo que procuram observar e conhecer a criança, conversar com a família no momento da chegada da criança, buscando saber como ela é em casa, se é agitada, o que gosta de comer e afins. Quando se trata de uma criança com laudo, a professora afirma o seguinte:

Quando a gente já recebe essa criança com o laudo, a gente não bota nada na folha [sobre a criança]. Ah, eu tenho um aluno autista e a mãe chegou na porta pra mim, ele é autista. Tudo bem, trouxe o laudo, a direção já está ciente, vocês já estão cientes. Ela [a criança], pra nós, é uma folha em branco. O que acontece? Os comportamentos dessa criança no meu dia a dia vão me dizer aquilo que eu posso escrever dela naquela folha em branco. Nunca é um estereótipo, mesmo que ele seja autista grau 2, grau 1, leve, moderado, ela é uma folha em branco, você não a conhece, você nunca viu, não sabe as limitações, mas também não sabe aquilo que ela é capaz de fazer. Então,

o que a gente faz? As atividades do Projeto Micro continuam normalmente do interesse dessa criança. Ele teve uma ótima execução nessa atividade, mas não teve interesse nenhum nessa atividade. Por que ele não teve interesse? O que eu posso fazer de diferente pra trazê-lo pra essa minha atividade? O objetivo tem que ser diferente desde quando a criança não tem interesse por aquele objetivo.

Na fala da professora, não transparece um saber medicalizante. Logo em seguida, a professora fala sobre Joaquim:

O que acontece? Normalmente, quando a gente elabora uma atividade que o meu aluno que está em um momento de avaliação [Joaquim] não tem interesse, ou nós paramos a atividade pra acalmá-lo e compreendê-lo, e a gente muda a atividade para estabelecer a atenção dele, trazer ele pra nós, ou normalmente a gente elabora outra atividade. Porque daí os outros conseguem acompanhar, mas ele tem interesse também.

Durante o período de observação, não foram indentificadas adaptações de atividades ou incentivos por parte dessa professora em relação ao Joaquim. A Professora continua falando sobre essa criança:

Então, funciona muito daquilo que chama atenção, daquilo que não chama atenção. O nosso aluno que está em avaliação para fechar um diagnóstico [se refere a Joaquim], ele gosta muito de letras e números. Nós tivemos que descobrir isso ao decorrer do tempo. Ele vinha com falas, com números. A gente conversava com os pais, os pais são bem comunicativos. Ele gosta disso, disso, disso. Trabalhado isso, isso, isso com ele em casa. Ele demonstra interesse nos números. Então eu, com a gente, já tenho uma referência, vamos ver se realmente isso se conclui. Trabalhamos dessa forma. Trabalhamos os números na parede, apenas escrito. Ele não teve tanto interesse. Trabalhamos os números em EVA, em formas de contagem, músicas. Já aconteceu de a gente trabalhar de determinada forma e essa criança não tem interesse nenhum.

“E quando são atividades que não são relacionas a números e letras, como que vocês fazem para Joaquim participar?” – Pergunta a pesquisadora.

Normalmente, [...] é um momento que é mais difícil, porque tem que ser um momento muito convidativo. [...] O Joaquim, ele gosta muito de guache. Mas nem toda atividade é relacionada à guache. Algumas atividades são de recorte, colagem. Normalmente, a gente tenta focar com ele o máximo de tempo possível 5, 10, 3 minutos, não importa. O tempo que ele disponibilizou a atenção dele para colar e para nós é muito significativo. Às vezes o que uma atividade para uma criança demora meia hora para ela pintar, para o Joaquim demora três minutos. Então, normalmente, ele vai ficar mais interessado em ver o colega pintar do que ele pintar. Então, nessa atividade, quando ele tem esses momentos, **a gente acostuma a deixá-lo livre.** (grifos nossos).

Ainda sobre Joaquim:

A gente vai fazer com ele, mas a partir do momento que ele já tá nervoso, ele já tá estressado, que ele possivelmente possa ter uma crise, que ele começa aos poucos. Ele começa a ficar inquieto, ele começa se apertar, a chorar. Quando a gente vê que ele já tá começando, é o momento de deixar o Joaquim mais livre. Acabou, Joaquim? Ele vai dizer que acabou. Para você, tem dois riscos (desenho), para nós, ele fez a atividade, ele se interessou. Mesmo que tenha sido o mínimo possível, mas ele se interessou. Mas não ficou pronto. Em outro momento, com mais calma, com mais cautela, se a gente não conseguir redefinir essa atividade, a gente retoma essa atividade para ele tentar fazer. Três, cinco minutos de novo, não tem problema.

A professora comenta que todas as atividades que vão para o portfólio passam pelo momento de resgate da atividade, ou seja, quando repetem a mesma atividade, priorizando a participação das crianças faltaram no dia em que a ação foi desenvolvida. No entanto, se tiver tempo e outras crianças quiserem refazer a atividade, é possível.

Retomando a fala a respeito de Joaquim, a professora comenta sobre a situação de saúde – infecção auditiva – que interferiu em sua audição por um tempo, o que ela acredita como uma das causas do que chamou de “atraso” na aprendizagem. Também comenta que ele está em acompanhamento com Terapeuta Ocupacional, com psicóloga e já passou por neuropediatra uma vez, e recebeu um laudo provisório de TEA.

Em síntese, podemos considerar que a professora Tânia, durante a entrevista, demonstrou clareza quanto à situação de Joaquim e informou os procedimentos adequados em situações que poderiam ser medicalizantes. Mas, fazendo um contraponto com a observação realizada em sala, observamos que professora Tânia demonstra, em alguns episódios, uma prática medicalizante, tratando aqui especificamente sobre Joaquim.

Como descrito nas observações, a professora Tânia não integrou Joaquim em diversas atividades observadas e, em alguns momentos, ignorava sua presença, como, por exemplo, na chamada oral. Presenciamos episódios de exclusão das atividades, como no momento do ensaio para a dança da festa junina, quando ele não dá as mãos aos colegas, mas fica contando quantas crianças, e ela diz que não é o momento para isso; ou no episódio da pintura no papel marrom, falando aos demais que não dessem o pincel para ele, porque ele era um caso extraordinário. Entre outras situações descritas nos registros de observação.

Do que podemos verificar na narrativa da professora Tânia durante a entrevista e do que observamos nas suas ações em sala de aula, são inúmeras as

contradições. Em sua narrativa, ela traz uma perspectiva não medicalizante, mas sua prática caracteriza-se como medicalizante. Isso destaca a importância de, além do declarativo, verificar concretamente como de fato as coisas ocorrem.

5.1.3.2 Entrevista – professora Carla

A entrevista semiestruturada com a professora Carla foi realizada no dia seis de junho de 2023, no período matutino. Utilizamos a sala de professoras, que estava vazia neste dia.

Professora Carla – 43 anos;

- Carga horária: 40 horas semanais;
- Formação profissional: Magistério (ensino médio) e pedagogia, em andamento, com previsão de conclusão em dezembro de 2023;
- Tempo de experiência profissional como professora: dez anos, destes, cinco anos são na Afasc e três anos somente no CEI onde ocorreu esta pesquisa.

Sobre a rotina do CEI, segundo a professora, exceto os horários de alimentação, as demais atividades podem ser alteradas, caso haja necessidade. Informou que as atividades pedagógicas têm como tema o Projeto Macro (trimestral) – Afasc 50 anos, e o projeto micro, também trimestral tem por foco os cinco sentidos. Segundo essa professora, as atividades dos projetos macro e micro podem ser as mesmas, quando possível.

Se der, sim. Tipo, agora no segundo semestre o nosso macro vai ser continuado, voltado aos 50 anos da Afasc, mas vai ser sobre oficinas. Então, como o nosso projeto micro, a gente vai fazer sobre brincadeiras e jogos infantis, então vai ser muito mais fácil conciliar as duas coisas. Agora tem casos que não dá de conciliar, porque a gente vai na necessidade da criança, mas vem um macro que não está de acordo com a realidade da sala.

A professora Carla comenta que algumas atividades vão para o portfólio, assim, quando alguma criança falta no dia da atividade que deve ser registrada, no final do trimestre é realizado um momento de resgate ou de repescagem, ou seja, repete-se a mesma atividade para que as crianças que faltaram possam fazê-la.

Sobre o portfólio, relata que as professoras recebem um modelo do Departamento Infantil da Afasc e algumas regras que devem ser seguidas:

Aí, cada professor tem que ter, no mínimo, uma atividade por campo de experiência por turno. Aí, no caso, eu tenho que fazer cinco atividades por campo de experiência. Como eu sou 40 [horas], eu tenho que fazer 10 atividades por campo de experiência. Tem que ter, no mínimo, duas atividades por campo.

Complementa que todas as crianças precisam participar de todas as atividades, ou, pelo menos, de uma atividade de cada campo de experiência³¹.

Quando questionada se Joaquim participa das atividades que contemplam todos os campos de experiência, a professora relata:

Tentamos, às vezes até criamos uma outra atividade. Mas, a gente faz de tudo para ele ter todos os campos. Assim como acontece - essa atividade vai ficar linda, vou fazer essa aqui. Vai direto para o portfólio.

“O que representa o cuidar e o educar para vocês, professoras, no dia a dia de trabalho?” – questiona a pesquisadora.

Ah, eu acho que é até além do cuidar e educar. [...] a gente acaba se envolvendo com a família, com a criança, com o pai, com a mãe, com avó, com tudo. E a gente leva para casa. Porque tem dia que eu chego e meu marido [...] É cuidar, é educar, é se apegar, [...]. É buscar atividades, assim, porque o nosso material didático é limitado, bem limitado. [...] E tudo que a gente vê, a gente recicla. E por quê? Porque a gente quer despertar o interesse dele. E quando a gente faz alguma coisa que não dá certo, a gente sai frustrada, a gente sai triste.

Quando questionada se percebe diferença de aprendizagem entre as crianças, a professora responde: – “Bastante”. – “E na sua opinião, por que ocorre essa diferença de aprendizagem entre as crianças?” – pergunta a pesquisadora. – “Umas é porque estão aqui já desde o berçário, né? Querendo ou não, a criança que é criada em creche, ela já vem engatilhada. Isso a gente percebe”. – responde Carla, em seguida, complementa:

Outras a gente vê mesmo que têm um déficit de atenção, ou alguma coisinha, assim, não sou especialista na área, [...], a gente até comenta que a gente explica uma coisa, um assunto e ela [a criança] aponta o dedo e fala. Está lá na vó que o sapo pulou, não sei. Então a gente nota que tem alguma coisa, um déficit de atenção, não sei, alguma coisa. E outras, talvez, pelo meio em que vive, que às vezes chegam aqui já cansada, não dormem bem, ou fome, ou história de vida.

³¹ Se refere aos campos de experiências da BNCC (Anexo A).

Pode-se observar que o conjunto de respostas da professora segue indicativos medicalizantes ao buscar explicações sobre as diferenças de aprendizagem de forma individual, ou seja, na própria criança ou no seu entorno, sem cogitar as possibilidades de ensino e as atividades pedagógicas.

As explicações que a professora Carla apresenta são importantes para a aprendizagem da criança, afinal, uma criança que não come ou que não dorme direito não terá boas condições para aprender, porém, essas situações não podem ser consideradas de forma isolada.

Mesmo que a professora demonstre não saber exatamente o porquê de tais diferenças, ainda assim, suas explicações continuam baseadas na própria criança, conforme segue:

E tem outros que também têm tudo isso em casa, vêm de uma família pobre, diz aquilo, mas chega aqui e se destacam, então são vários, assim, se for puxar as ramificações do porquê, se for citar, que eu também não sei, tem vários os porquês.

As explicações da professora indicam um saber medicalizante que compõe seu entendimento sobre as diferenças de aprendizagem entre as crianças. Ela considera que os contextos familiar e social interferem no aprendizado da criança, tanto contribuindo para seu desenvolvimento, como negativamente, não contribuindo. Salienta, também, que na Educação Infantil, as famílias nem sempre são tão engajadas quando comparado ao envolvimento familiar no primeiro ano do Ensino Fundamental. Essa percepção se dá com base em sua experiência pessoal como mãe.

Tem crianças que estavam aqui e não ajudavam em nada [os pais], eu sei, porque eu conheço os pais, e agora eu vejo, tá lá na outra escola, são os pais mais presentes. [...] E não é só isso. Aqui [CEI] é só cuidar. Só cuidar. Deixa ali, elas estão cuidando, sabe? É serviço de babá. E agora é que eles estão estudando.

Quando questionada se trabalhou com alguma criança com laudo, Carla relata que em outra escola, sim, com uma criança com síndrome de Down. E atualmente, na sua turma do CEI investigado, há um menino com TEA e outro que ainda está em investigação diagnóstica [refere-se a Joaquim].

“E como foi essa experiência de trabalho?” – questiona a pesquisadora.

Assim, a trabalhar? A gente tem que se adaptar e se virar. E se virar, porque a gente sente falta do suporte de AE né? [...] Então, a gente tem que se virar,

a gente tem que pesquisar mais, a gente tem que tentar trazer, mas não é fácil. Eu acho que todo CEI da Afasc [...] deveria ter uma especialista em educação especial para ficar uma manhã numa sala, uma manhã na outra, para estar nos auxiliando. Sim, porque somos professoras com magistério, com pedagogia, mas aqui no nosso CEI não tem ninguém com pós em educação especial. Ninguém para te ajudar.

“Quando recebem uma criança no CEI que tem laudo, qual o procedimento?” – pergunta a pesquisadora. A professora Carla responde: – “O primeiro passo é observar, porque, assim, não é porque é autista. Uma é diferente do outro. Não adianta”. Em seguida, comenta sobre o aluno que tem TEA:

Eu e a outra professora conhecemos o João³², nossa, a gente só diz que é [autista] porque tem um laudo, porque ele não fala, porque ele tem a mania, assim, de fechar os olhos quando a gente chama atenção, mas o resto, ele acompanha tudo. E ele entende e ele faz. [...] Ele reconhece, entende tudo que a gente fala. Então, o primeiro passo é observar.

Quando questionada se já realizou algum encaminhamento para o setor de psicologia, a professora disse que o único foi o Joaquim.

[...] na verdade, a gente, primeiro, pediu uma reunião com os pais, mas isso já vem desde o grupo 2, já teve reunião com os pais no 2, no 3, e agora no 4.

[...] Aí a gente já tem, todo ano o Joaquim tem reunião com as professoras. O ano passado eu não peguei, mas ele teve com outras professoras. E agora é que [pausa], porque como os pais têm um poder aquisitivo melhor, eles levam no particular. E eu acho que muitas vezes eles estão escutando o que eles querem escutar, entendeu? Eu acho que é por isso que está demorando tanto pra sair esse laudo dele.

“E o que você acha que ele tem?” – pergunta a pesquisadora.

Eu acho que ele tem o autismo. Desde o grupo 2, hoje ele interage, e até antes, a gente não podia nem chegar perto dele. Mas eu acho, sim. Mas nunca falei para os pais. Mas [...] Está tendo bastante rejeição deles. Já teve neurologistas que já falaram e eles trocaram de neurologista. Então, eu acho que é isso. Mas eu acredito.

A professora percebe que pode haver uma rejeição familiar em relação ao laudo, o que não ficou presente na entrevista realizada com os pais de Joaquim. Ao contrário, demonstraram preocupação e não querem um laudo apressado, por isso a busca por mais de um profissional.

“O que muda no trabalho da professora a criança ter ou não um laudo?”. A essa questão da pesquisadora, a professora Carla responde:

³² Nome fictício para identificar um colega da sala de Joaquim.

Ele tendo laudo ou não a gente não está preocupada com o que vai mudar pra gente. Porque a gente já está trabalhando com o Joaquim há 3 anos. Tentando sempre estar se adaptando a ele. A gente quer que mude na cabeça dos pais.

[...]

Tipo, já foi passada a terapia que eles não foram fazer. E isso vai ajudar no desenvolvimento do filho deles. Então, a partir do momento que eles terem a aceitação, ele só vai evoluir.

Nessa fala, a professora expressa que seu trabalho para o desenvolvimento do Joaquim já ocorre com adaptações, independentemente do laudo, no entanto, a mãe resistiu um pouco para levar o filho para o acompanhamento psicológico, para a terapia. Segundo a professora, após uma conversa com a mãe, na qual foi ressaltado a importância de ele fazer psicoterapia, ela aceitou e o levou.

A professora reforça a importância do laudo para a família aceitar e, assim, buscar melhores recursos e alternativas para o desenvolvimento da criança, somando positivamente em sua vida. Sobre seu trabalho com o Joaquim, ela comenta:

Porque a gente já é acostumada a se virar. A gente não tem um suporte de educação especial, mas a gente se vira. Uma ajuda a outra, uma dá as dicas pra outra. A gente pesquisa, a gente tem que descobrir o que ele gosta, o que fazer pra distrair ele. Como eu te disse, que às vezes a gente, quando ele está agitado demais, a gente liga a TV no desenho do alfabeto, ele fica ali. O mundinho dele com as letras, com os números. Então, a gente vai lendo e vai descobrindo.

- “Ele faz uso de alguma medicação?”

Faz uso de fitoterapia. Ela que foi atrás e tal. Já teve médicos que quiseram dar medicação, eles não aceitaram. Eles acham que é muito invasivo. Então, ele fazia fitoterapia. Agora, os médicos, a fonoaudióloga, a psicóloga e o terapeuta pediu pra pararem. Para ele parar, para sair o efeito desse medicamento. E para quando retornar no neuro, se o neuro receitar algo, que eu acredito que eles acreditam que o neuro vai receitar, por isso que eles já querem cortar o efeito desse medicamento.

Conforme a professora, naquele momento (06/06, período da entrevista), ele já não estava mais tomando o fitoterápico, que, segundo a mãe, era usado acalmá-lo. Estava há aproximadamente uns vinte dias sem tomar. – “Mas nesse fitoterapia também nunca vi resultado”. – Comenta.

Questionada sobre o que pensa em relação ao uso de medicamentos controlados por crianças, a professora Carla responde compartilhando uma experiência.

Eu acho assim, eu trabalhei como estagiária numa escola do município ali no Maria Céu e tinha uma mãe que ela só medicava quando o filho estava em casa. Então ele ia pra escola e ele extravasava, extravasava, extravasava de ter que viver na secretaria. Tinha 6 anos. Aí chegou ao ponto de ter uma reunião, foi cobrado para ela medicar, porque nas escolas públicas municipais eles são bem incisivos com relação a isso. E o que aconteceu? A mãe estava dando uma dosagem alta demais e o menino estava indo para a sala dormindo. Então, não dá de ser a favor ou a contra, porque tem pais que não sabem usar, o uso desse medicamento.

Complementa a resposta trazendo outra experiência de criança que fazia uso de medicação controlada relacionada a comportamento:

Assim como a gente já teve aqui, no ano passado, na sala do meu filho até, um menino que a mãe trazia sem medicamento e ele era severo. Ele chegava a pular a cerca. Ele conseguia pular aquela cerquinha, era na sala que hoje eu trabalho. E a mãe não dava, quando vinha buscar ainda e dizia, agora vem para minha casa que eu vou te dar o teu remédio e a gente dorme a tarde toda. **Então, eu acho que antes de aplicar o medicamento, eu acho que deveria ter todo um trabalho de conscientização para os pais. Porque em casa eles dão para dopar e na escola que eles deveriam dar a medida certa para o filho conseguir se concentrar, se estabilizar, eles não dão.** (grifos nossos).

Retoma-se, aqui, a questão do que é feito quando recebem uma criança com laudo. Conforme a professora Carla:

A gente já tá tão acostumada, que a gente só diz assim: - “Ai, meu Deus, seja o que Deus quiser” -. Daí a gente vai conhecendo. Já pensou se a gente se apavorasse antes de conhecer um? Olha o menino, é carinhoso, é focado, é centrado, é tranquilo. Então, assim como vai vir aqueles que a gente, meu Deus, por onde a gente conhece.

Solicitada a comentar a respeito da reunião que realizou com a mãe de Joaquim, a professora responde

Eu fui sincera. Se eu disser que o teu filho fez todo o portfólio que tu vai receber, eu vou estar mentindo. Porque no começo do ano a atenção dele era limitada. Hoje a gente consegue um pouquinho mais com algumas coisas. Só que ele começava e não terminava. Não ficava nenhum minuto, nem isso. Era questão de segundos fazendo o que era passado.

Sobre a avaliação descritiva de Joaquim no portfólio, seguiu-se o comentário.

Mas sutilmente a gente coloca Joaquim enquanto fazia as suas atividades não se mantinha por muito tempo. Alguma coisa a gente vai ter que colocar, porque também não faz sentido. Esse ano eu já fiz duas avaliações pra ele, pra psicóloga, pra Neuro. E de repente eu faço o portfólio e no portfólio eu boto a descrição que ele fez tudo. – “Opa, a Carla tá louca?” – Quem ia avaliar ele era a Tânia. A Tânia correu. A Tânia fala: – “Carla, pelo amor de Deus, pega a avaliação dele, que eu não sei nem o que eu vou escrever”.

“E na sua visão, de que forma as professoras podem interferir no desenvolvimento da criança, na sua aprendizagem? Se o papel de vocês é fundamental para isso, se não é?” – a pesquisadora perguntou, obtendo como resposta:

Eu acho que fundamental é, porque assim, a gente vê a evolução deles. Isso é a parte mais gratificante. A gente vê evolução. Até mesmo o Joaquim, hoje ele faz coisas que antes ele não fazia. Uma, o estilo que ele vai lá e sabe onde é que tá a fotinho dele, já é uma vitória. Um pouquinho que hoje eu consegui deixá-lo sentado com a massinha, que antes ele comia, já é uma vitória. Entendeu? Então, eu acho que é fundamental isso.

Como essa professora já acompanhou Joaquim no grupo dois, portanto primeiro ano que ele entrou no CEI, questionamos se ela percebeu alguma evolução, ao que ela responde:

O gritar. Antes ele gritava a manhã inteira. Gritava demais. Isso eu consigo perceber. O ficar um pouquinho que seja sentado. Quando a gente vai dar uma atividade no grupo dois, ele não fazia. A gente dava, batia a foto rápido, porque daqui a pouco ele já vai sair. Agora, dependendo o que é, ele fica um pouquinho mais. Então, a gente nota um pouquinho da evolução, assim.

Depende do dia. Segundo a Tânia, que um dia os pais ficarem felizes da vida, que ele conseguiu e levou a mochilinha lá. Mas coisas mínimas, como tirar o caderno, ele não tira. O sapato, que a gente fala [que] tem que ficar com o sapato, ele chega, tira o sapato, não tem nem como você não botar o sapato. A hora do soninho, tu não estás, mas o Joaquim não fica deitado. É uma luta e a gente não liga se ele não dormir. Mas ele nem deitado quer ficar. No refeitório, a gente sempre deixa as canecas tudo ali, eles vão terminando, a gente pega as canecas, vamos indo para a escola e depois para a escovação. Agora, a gente tem que botar as canecas lá em cima, tudo com ferro, porque senão ele fica levantando e ele tomava todas as canecas de água.

A professora complementa: – “Você percebeu no café, que é bem difícil ele parar sentadinho também”.

Como mencionado anteriormente nas rotinas de observação, durante o café, Joaquim se movimenta no banco, mas, na visão da pesquisadora, são movimentos leves, em algum momento ele se levanta, mas nada que interfira na rotina dos demais e dele mesmo na alimentação.

O que se pode observar desse comentário da professora em contraponto ao que foi observado in loco é que ainda se espera um comportamento padrão, robotizado.

Segundo a professora, os pais não queriam colocar na creche, mas colocaram por indicação da fonoaudióloga. Ingressou na creche no grupo dois, tinha um ano e oito meses. No ano seguinte é que passaria para o grupo três – a fonoaudióloga havia

sugerido que ele se mantivesse no grupo dois. A professora disse que, na época, sugeriram para a mãe que Joaquim não deveria retornar ao grupo dois.

Falei para ela que não faz sentido. A inclusão está lá porque ele tem atraso. Mas a inclusão é justamente isso, é fazer crianças com atraso conviver com crianças da mesma idade para eles se desenvolverem e não que o filho retroceder.

Conforme a professora, Joaquim apresentou poucos avanços no seu desenvolvimento até o grupo três. Atualmente, no grupo quatro, considera uma melhora ainda tímida. Relata que os pais são bem presentes e gratos ao CEI. Quando relatam algo à família sobre o 'mau' comportamento do Joaquim, eles pedem desculpas.

Essas informações correspondem ao que foi verificado na entrevista com a família – o pai e a mãe demonstraram-se gratos ao acolhimento do CEI e preocupados porque seu filho pode estar atrapalhando a turma.

Durante as observações em sala, ocorreu um episódio de Joaquim ser empurrado por um colega, caiu e criou um hematoma na cabeça. A professora foi até a secretaria do CEI e ligaram para que a mãe fosse buscá-lo. Relembrando esse episódio, a professora é questionada sobre qual a reação da mãe ao receber essa notícia, ao que a professora responde:

Eles aceitaram bem tranquilo. Eles sabem, eles falam que em casa ele não para um minuto [...]. Ele é aquela criança que ele chega aqui às sete, sete e pouquinho e ele não dorme nem à tarde.

Ele tem uma energia! A psicóloga já cogitou um pouco de hiperatividade. Mas aí, agora, vamos ver, né? [...] vamos ver o que vai dar.

Em síntese, podemos considerar que professora Carla demonstra saberes medicalizantes, ainda que não acentuados, e que, possivelmente, isso advém da falta de discussão e de problematização a respeito dessa temática. Também é consequência de uma formação voltada para um saber médico-higienista.

Agora, vamos destacar alguns pontos da entrevista em contraponto com as observações realizadas em sala com o intuito de conhecer o clima antropológico e sociológico a respeito da medicalização em que Joaquim se inscreve ao frequentar esse CEI.

Podemos observar saberes medicalizantes quando questionamos sobre os processos e as possíveis diferenças em relação às aprendizagens das crianças. As

respostas da professora refletem um saber medicalizante ao explicar as diferenças de aprendizagem, concentrando-se na criança ou em seu ambiente externo ao CEI, sem considerar as alternativas de métodos de ensino e de práticas pedagógicas. No entanto, reconhece que até o momento não teve uma formação ou especialização específica na área de educação inclusiva. Entende, portanto, que a instituição deveria investir em uma profissional especialista na área em cada CEI para orientar as professoras.

O que chama a atenção é que, embora a professora afirme que quando recebem uma criança nova, com laudo, costumam observar primeiro para conhecer a criança, independente do laudo que apresente, para depois pensar estratégias de aprendizagem para essa criança, ela não coloca o laudo em primeiro lugar. Ainda assim, pouco aparecem na sua entrevista estratégias pedagógicas como protagonistas para contribuir com a aprendizagem, a inclusão e o desenvolvimento das crianças.

Durante as observações em sala, no que se refere a Joaquim, a professora Carla foi a que mais se movimentou para incluir essa criança nas atividades. Ela acompanhou Joaquim quando entrou no CEI (grupo dois) e está com ele novamente no grupo quatro. Desde então, ela diz que procura se adaptar a Joaquim, mas orienta a família para que busquem ajuda de profissionais da saúde. A professora Carla demonstra preocupação com o desenvolvimento de Joaquim e entende que, se ele tiver um laudo, a família vai buscar um tratamento específico para ele. Com o incentivo da professora, já buscaram acompanhamento com outros profissionais.

A professora comenta que Joaquim já evoluiu. Logo que entrou no CEI, gritava demais e pouco participava das atividades. Agora, já se interessa e participa do que é proposto à turma. No entanto, quando a professora comenta sobre o comportamento dele no café, demonstra ainda esperar de Joaquim um comportamento padrão, considerando que ele se mexe ao comer.

Conforme relatado, a professora atua há cinco anos na Afasc e três anos no CEI pesquisado. O primeiro encaminhamento ao setor de Psicologia foi de Joaquim, mas ele não foi encaminhado diretamente, antes de tomar essa atitude, fizeram reunião com a família.

5.4 SÍNTESE COMPREENSIVA DA TOTALIZAÇÃO EM CURSO – JOAQUIM

A síntese compreensiva sobre as implicações da medicalização e patologização no processo formativo de Joaquim na Educação Infantil nos permite refletir, à luz dos recursos teóricos da Psicologia Existencialista, da Psicologia Histórico-Cultural e da Sociologia Contemporânea, em especial à noção de relação com o saber, sobre alguns processos de medicalização da educação vividos pelas crianças do município, especialmente a situação de Joaquim. Para isso, faremos o movimento progressivo-regressivo, demonstrando a 'vida real' de Joaquim e o 'movimento totalizador' que o reúne seus próximos, a si mesmo e o "[...] meio ambiente na unidade sintética de uma objetivação em andamento" (Sartre, 2002, p.116).

De acordo com Sartre (1987), o sujeito se faz no campo dos possíveis, de sua realidade instrumental, e se move em função de um futuro, o que nos ajuda a refletir: - em que realidade instrumental Joaquim se encontra? Quais implicações Joaquim terá em seu processo formativo (cuidar e educar) no contexto da Educação Infantil?

O cuidar no contexto da Educação Infantil envolve o desenvolvimento da criança como ser humano, como cuidar de si e dos outros. "Valorizar e ajudar a desenvolver capacidades". Já o educar envolve criar ambientes que promovam cuidados, brincadeiras e aprendizagens orientadas e integradas para desenvolver as capacidades interpessoais das crianças. Essa abordagem visa fomentar uma atitude de aceitação, de respeito e de confiança nas relações sociais, permitindo, às crianças, explorar os conhecimentos amplos da realidade cultural e social. Apesar da separação desses termos para aqui explicarmos cada um, cuidar e educar são indissociáveis (Brasil, 1998).

Traremos Joaquim em seu vivido no contexto da Educação Infantil, na relação entre ele e o grupo (professoras e colegas de sala), entre o singular e o universal enquanto totalização em curso. Entendemos, pois, que o ser humano não constrói a história de forma isolada, ou seja, todos contribuem simultaneamente para a sua construção e isso ocorre a partir do "[...] método dialético [que] recusa reduzir os fenômenos a fatos isolados; ele supera as situações conservando as aquisições antigas e realizando novas sínteses. [...] como Sartre nos deixa claro em sua Crítica da razão dialética" (Schneider, 2011, p. 106).

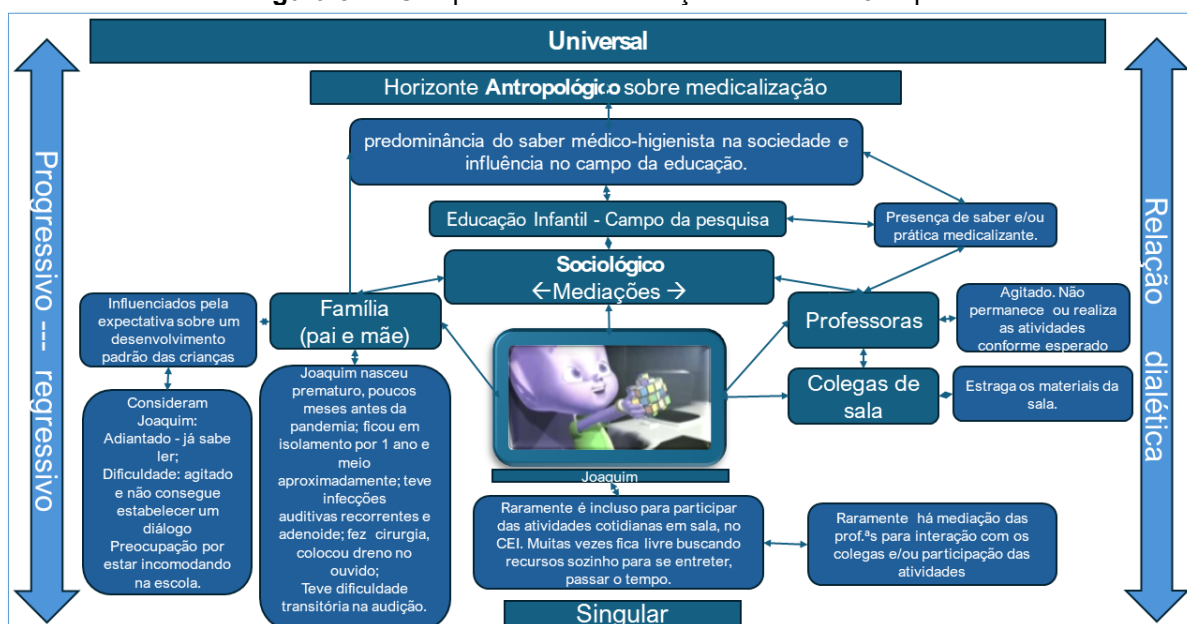
A pesquisa (auto)biográfica de uma criança, parte significativa dela é constituída pelo declarativo dos adultos. No caso de Joaquim, pela família (pai e mãe) e pelas professoras. Como diz Sartre em **As palavras**, "[...] minha verdade está nas mãos dos adultos" (1964, p. 207). São os adultos, portanto, que contam sobre a

criança, que fazem a mediação e possibilitam recursos para que ela se desenvolva. Mas a criança não está estagnada, ao vivenciar experiências possibilitadas por adultos, vive momentos que se entrelaçam e “[...] modificam-se reciprocamente na unidade de um mesmo projeto e constituem, por si mesmo, uma realidade nova” (Sartre 1978, p. 137 *apud* Pretto, 2022, p. 107).

Nesta pesquisa, valorizamos e procuramos “ouvir” atentamente o que Joaquim tinha a nos “dizer” através da “palavra”³³, seu principal instrumento de comunicação, em seu movimento real e concreto durante sua estadia no CEI.

Através da Figura 34, abaixo, procuramos estudar Joaquim³⁴ imerso nos saberes e nas práticas medicalizantes que o cercam, com breves percepções a seu respeito por parte da família, das professoras e dos colegas. Além disso, com essa Figura, a intenção é compartilhar um esboço inicial sobre a compreensão das implicações da medicalização e da patologização no processo formativo de Joaquim, que será detalhado a seguir.

Figura 34 – Compreensão e totalização em curso - Joaquim



Fonte: elaborado pela autora (2024).

³³ Conceito da psicologia sócio-histórica: “[...] signo mediador e a linguagem é um dos principais instrumentos para mediação das ações humanas. Um dedo que aponta, um piscar de olhos [...] são palavras, pois incorporam uma intenção, uma ideia e ‘dizem’ alguma coisa” (Paula Jr., 2008, p. 129).

³⁴ Buscamos representar Joaquim através de uma imagem do personagem principal da animação EX-ET, pois Joaquim vivencia experiências semelhantes à desse personagem. Na cena dessa imagem, ele está sendo avaliado por profissionais da “saúde”. Ao receber o cubo mágico, o personagem EX-ET não executa a tarefa como esperado, mas cria algo e demonstra estar feliz com seu feito. No entanto, sua criação é ignorada e ele passa a ser medicado por apresentar tal comportamento desajustado, fora do padrão esperado.

Organizamos esse momento de compreensão em três tópicos, conforme segue:

- **Destaques sobre a vida de Joaquim e a mediação familiar: possibilidades para a (não) medicalização**, em que retomamos aspectos relevantes sobre a vida de Joaquim e a mediação familiar;
- **Joaquim na Educação Infantil diante da força de um Clima Antropológico Medicalizante (singular-universal)**, tópico no qual apresentamos a medicalização como fator determinante na relação com o saber das professoras;
- **Joaquim e a relação com os saberes escolares diante de uma atmosfera medicalizante**. Nesse tópico, destacamos situações de medicalização na relação com as professoras e a atmosfera da sala a partir de elementos que compõem o contexto educacional e indicam saberes medicalizantes;
- **Joaquim e as possíveis implicações para além dos saberes escolares: breves aproximações com Flaubert**, tópico no qual procuramos fazer breves aproximações de Joaquim com Gustave Flaubert e com elementos da Psicologia existencialista.

5.4.1 Destaques sobre a vida de Joaquim e a mediação familiar: possibilidades para a (não) medicalização

Vamos partir do movimento singular e destacar situações fundamentais para compreender como vão ocorrendo os processos de medicalização com Joaquim. Joaquim é uma criança bem pequena, nasceu em novembro de 2019, prematuro (oito meses) e, por indicação médica, precisou ficar alguns meses sem contato com outras pessoas, além do pai e da mãe. Quando Joaquim estaria liberado para convívio social, ainda que bebê, veio a pandemia Covid-19, e ele ficou em isolamento por mais um ano e meio, aproximadamente. Em paralelo a isso, Joaquim passou a ter infecções auditivas recorrentes, que, segundo a família, pai também teve em sua infância. Joaquim foi muitas vezes ao hospital, tomou muitos antibióticos, usou sonda. Retomando a fala do pai:

Houve situações em que, logo após terminar uma dose de antibiótico, no dia seguinte tivemos que levá-lo ao hospital, onde foi prescrito outro antibiótico. Sabemos que o uso contínuo de antibióticos não é saudável para uma criança. Por isso estamos explorando outras opções. E o que nos intriga é que, até agora, nenhum médico conseguiu nos dizer a causa exata dessa infecção.

Nesse mesmo período, a família estava preocupada porque Joaquim ainda não falava. Receavam que ele tivesse algum outro problema de saúde que prejudicasse sua fala e o levaram até a médica pediatra, que o encaminhou para a fonoaudióloga.

A profissional passou a acompanhá-lo e a orientar a família o matriculá-lo em um CEI. Devido à infecção auditiva recorrente, sugeriu a avaliação de um otorrinolaringologista. Joaquim precisou fazer cirurgia para retirada da adenoide e colocação de drenos. A presença da adenoide interferia em sua respiração, o que deixava o menino irritado, segundo o pai. Tudo isso ocorreu quando ele tinha 1 ano e 8 meses, aproximadamente.

Após, receberam nova indicação para buscar acompanhamento de um neuropediatra e assim o fizeram. O motivo para buscarem profissionais da saúde era o fato de Joaquim estava com um 1 ano e 8 meses e ainda não falava. No CEI, ficava irritado, gritava, não acompanhava as atividades, não interagia com os colegas.

Retomamos a fala da mãe:

Ele [o neuro] disse que poderia ser 50% de autismo ou **50% por causa do problema do ouvido, que ele não ouvia e não falava**. Que ele foi falar só com 2 anos e 8 meses. **Quando fez um ano que ele botou o dreno é que ele começou a falar**. Não faz um ano que ele fala ainda. **Médico disse que infecção atrapalhava a audição, é como se ouvisse debaixo d'água**. Só que agora, do jeito que ele tá pestinha, não sei se era melhor um laudo logo de autista, hiperativo, ou qualquer coisa, ou não, não sei. (grifo nosso).

Como podemos observar, o próprio médico destaca a influência da infecção auditiva como fator relevante de interferência no desenvolvimento do menino. Joaquim teve problemas de saúde que lhe causaram dor e sofrimento por boa parte da vida, além do isolamento social. Isso ocorreu numa fase importante, em que o desenvolvimento da fala e aprendizagem são característicos. Para Joaquim, não foi fácil (ou possível) aprender a falar, já que não escutava bem. Além disso, como é possível que uma criança com dor se comporte e aprenda? Como é possível que uma criança interaja facilmente com colegas depois de ter vivido sua vida em isolamento social?

Vale ressaltar o quão importante é conhecer a trajetória de vida da criança para melhor acompanhar seu desenvolvimento escolar, evitando práticas medicalizantes.

A família parece entender que os comportamentos e atrasos de desenvolvimento atuais do filho estão relacionados à sua história de problemas auditivos, tanto que o pai ressalta:

[...] depois que botou dreno **um ano seriam as primeiras palavras**. Foi o que começou... Ele teria um atraso de 1 ano e 8 meses, vamos se dizer assim. [...] hoje ele teria 2 anos, vamos se dizer assim. Atrasou tudo. (grifo nosso).

Após uso do dreno, que o ajudou em seu problema auditivo, Joaquim fala suas primeiras palavras. Mesmo diante de uma comprovação de que o 'atraso' na fala se devia ao problema auditivo, o pai ainda demonstra preocupação em relação ao desenvolvimento de Joaquim, como se dois anos de 'atraso' precisassem ser resolvidos com urgência.

Essa urgência está relacionada com a preocupação e o constrangimento, porque os pais entendem que Joaquim é aquele que atrapalha a turma no CEI. Diante dessa situação, enfrentavam um momento desafiador, pois, embora resistissem a um diagnóstico precipitado, também o desejavam, para entender melhor o que estava acontecendo com menino. Desejavam um diagnóstico que pudesse explicar suas dificuldades, e assim possibilitasse às professoras a assistência adequada para cuidar dele no CEI. A família sentia que Joaquim incomodava e atrapalhava o andamento da turma.

Mesmo sendo afetados por um saber medicalizante e não tendo desenvolvido uma boa relação com escola, desejam que Joaquim estudasse. Desde cedo disponibilizaram vídeos e atividades pedagógicas com o intuito de auxiliar no seu desenvolvimento e aprendizagem. Demonstraram ser uma rede sociológica significativa, provida de cuidados e afeto, que busca fortalecer os vínculos familiares priorizando os finais de semana em família, seja em casa ou passeando. Além do cuidado e da preocupação em relação a saúde de Joaquim, como já mencionado.

Reconhecem que Joaquim é uma criança agitada, cheia de energia, mas que demonstra independência para algumas atividades, como, por exemplo, dormir sozinho, sem ter que ir para a cama. Adaptação fácil a algumas situações, como quando deixou de usar chupeta sem dificuldade alguma. Consideram-no esperto, porque já sabe ler. Porém, para outras coisas, consideram-no 'atrasado', por ainda

usar fraldas ainda, por ter demorado a falar e por não conseguir estabelecer um diálogo com eles ou com outras pessoas. Podemos observar que o saber medicalizante afeta a família, pois, mesmo diante de uma criança com leitura precoce, o que se destaca é aquilo que ela ainda não sabe fazer.

Importante mencionar alguns marcadores sociais: Joaquim é uma criança branca, que nasceu numa família com condição financeira estável e, como pudemos observar, teve possibilidade de buscar ajuda multiprofissional e acesso a mais de um parecer.

As complicações de saúde enfrentadas por Joaquim o tornaram um caso 'ideal' de práticas medicalizantes na Educação Infantil.

5.4.2 Inserção de Joaquim na Educação Infantil diante da força de um clima antropológico medicalizante (singular-universal)

Joaquim começou a frequentar o CEI em período parcial (somente matutino). Após alguns meses, as professoras conversam com a família e relataram que Joaquim apresentava um comportamento agitado, sugerindo a avaliação do menino por um neuropediatra. A família seguiu a orientação e buscou acompanhamento com neuropediatra. Ao ser questionada se as professoras, a Direção e os(as) demais profissionais do CEI conheciam a história de saúde do Joaquim, família respondeu que sim.

Mesmo ingressando no CEI durante a pandemia (em 2021) e tendo vivido até esse momento em isolamento social; nunca ter frequentado um CEI até o momento; não tendo tido contato com outras crianças antes do CEI, pois não havia outras crianças na família; mesmo estando em tratamento devido à infecção auditiva, ainda assim, ao indicarem a busca por um neuropediatra, professoras tendem a interpretar o comportamento 'agitado' de Joaquim como algo isolado e de natureza biológica, sem conexão com as condições sócio-históricas que o envolvem, o que demonstra indicativos de práticas e saberes medicalizante. Vale ressaltar que isso não ocorre somente neste CEI ou somente com essas professoras e isso não é culpabilizar, mas sim demonstrar a influência de um clima antropológico medicalizante no âmbito escolar.

A caminho do movimento universal, observamos que esse processo de medicalização vem ao encontro do que Souza *et al.* ([2021]) apresentam em relação

às queixas escolares encaminhadas ao serviço de Psicologia no período da pandemia. Mesmo diante da pandemia e de suas consequências econômicas e sociais, como o isolamento social, as mudanças no formato de ensino, ainda assim, as queixas escolares apareciam descontextualizadas do cenário pandêmico. Isso demonstra a predominância de um saber médio biologizante no âmbito escolar.

Joaquim nasceu em meio a um clima antropológico com predominância do saber médico-higienista. Anos antes de Joaquim nascer, em 2014, Santa Catarina já era considerada o quinto estado com maior consumo de metilfenidato, substância para medicações como Ritalina, ® normalmente prescrita para crianças que apresentam TDAH em período escolar - consequência de um saber medicalizante, como discutido anteriormente nesta tese. Mas, claro, a construção do discurso médico-higienizante no âmbito educacional brasileiro é muito anterior ao crescente consumo de metilfenidato.

Originando-se principalmente da criação da Liga Brasileira de Higiene Mental em 1923, a 'normalização' da população tornou-se o principal foco dos médicos, para conter os deficientes mentais. Assim, no ambiente escolar, a criança também passou a ser alvo de avaliação, visando à identificação precoce de diagnósticos e, conseqüentemente, a prevenção de doenças mentais na idade adulta (Seixa; Mota; Zilbreman, 2009).

A educação brasileira sofre a influência de teorias médicas e psicológicas francesas e norte-americanas, desde final do século XIX e início do século XX. Alfred Binet e Simon criaram escalas para avaliar a inteligência e separar naturalmente aqueles que conseguem realizar tarefas conforme sua faixa etária cronológica.

[...] psicólogos norte-americanos viraram o século em busca de ampliar o escopo das pesquisas e experimentações de Binet. Foi principalmente nessa sociedade que floresceu abundantemente os instrumentos de "psicometria", os testes psicológicos para mensurar de forma quantitativa determinados caracteres, aptidões e comportamentos. No momento em que os países centrais solidificavam os seus sistemas nacionais de ensino, crescia a influência da psicologia, da criminologia, da psiquiatria e dos demais ramos da medicina nos rumos do pensamento e da prática pedagógica (Caires, 2024).

São saberes que influenciaram o pensamento e as tendências pedagógicas brasileiras. Surge, em 1932, o movimento da Escola Nova no Brasil, que encontra na Psicologia, por meio dos testes psicológicos e do conhecimento sobre inteligência, maturidade e prontidão para aprendizagem, explicações para as disparidades

individuais. Essas explicações, anteriormente, culpabilizavam o indivíduo por sua condição, ocultando as desigualdades sociais. O escolanovismo fundamentava-se na concepção liberal do “mito da igualdade de oportunidades” proporcionada pela escola, ignorando as diferenças de classe estabelecidas pela estrutura sociopolítica do capitalismo (Yazlle, 1997).

Esses são conhecimentos medicalizantes que permeiam o ambiente escolar por meio de abordagens pedagógicas que conduzem a formação e a prática docente. Apesar de novas tendências pedagógicas terem surgido ao longo da história da educação brasileira, a prática docente ainda se ampara nesse enfoque individualizante. Mesmo quando o Projeto Político-Pedagógico do CEI, desta pesquisa, indica adotar a Psicologia Histórico-Cultural como referencial teórico, que, nesse caso, propõe diretrizes para práticas não medicalizantes, ainda assim se observa a persistência de práticas medicalizantes. Isso pode ocorrer devido a interpretações equivocadas desse referencial teórico, além da forte influência de outros referenciais teóricos, que seguem abordagens puramente cognitivistas e são basilares na Educação Infantil brasileira, como a própria BNCC, e, talvez, também devido ao constante estímulo para diagnósticos precoces e utilização de psicofármacos.

As professoras de Joaquim, mesmo que não tenham clareza, promovem práticas medicalizantes. Constituem-se professoras na relação com o saber da medicalização. Nasceram e se formaram professoras neste mesmo contexto antropológico – médico-higienista; higienizar a educação; normalizar padrões; individualizar processos de aprendizagem; prevenir ‘doentes mentais’; identificar diagnósticos precocemente etc. Saber tão antiquado, mas tão presente no presente. Como prova disso, vamos retomar a fala da coordenadora do DEI, ao relatar que alguns profissionais de saúde (neuropediatras) da cidade estavam fornecendo laudos diagnósticos de transtornos infantis (de forma acelerada, para crianças que frequentam os CEIs, baseada em apenas uma consulta com a família).

A coordenadora expõe essa preocupação em 2022, no entanto, desde 2017, quando a pesquisadora iniciava seu trabalho como psicóloga na Afasc, indícios de medicalização apareciam por de trás dos inúmeros encaminhamentos de crianças ao setor de Psicologia com demandas advindas de ordem comportamental.

Isso motivou o setor de Psicologia a desenvolver ações que colaborassem para reflexão crítica sobre práticas medicalizantes na Educação Infantil, especialmente dois

grandes eventos realizados em junho de 2018, um dos quais intitulado “Criança vem com bula?”, buscou promover reflexões acerca da medicalização no contexto da Educação Infantil, de suas consequências na vida da criança, além de pensar em possibilidades para desenvolver as potencialidades das crianças. O outro ocorreu em junho de 2019, intitulado **Vamos dizer não à medicalização da Educação Infantil?**, e explorou a temática da medicalização, abordando as contribuições da Psicologia Histórico-Cultural para promover práticas não medicalizantes na Educação Infantil.

Além dos eventos, é importante destacar que ocorriam ações cotidianas como reuniões, orientações às famílias e professoras. No entanto, compreendemos que a construção de uma nova racionalidade crítica às práticas medicalizantes é um processo gradual, muitas vezes, moroso. E isso se deve, em parte, ao contínuo estímulo para diagnósticos e utilização de psicofármacos, o que requer tempo para ser transformado.

Vale ressaltar, que o CEI que Joaquim frequenta, contava com 120 crianças ao total (em 2022), número mediano quando comparado aos demais CEIs. Três crianças apresentavam laudo e/ou atestado de acompanhamento. Uma delas de TEA.

TEA foi o diagnóstico mais presente nos dados quantitativos sobre medicalização levantados no ano de 2022 no Departamento de Educação Infantil. Este CEI não estava entre os que mais realizavam encaminhamento ao setor de Psicologia. Mesmo não sendo uma prática comum, como observado nos registros quantitativos, desta vez o CEI sugeriu que a família de Joaquim procurasse ajuda de um neuropediatra.

Enquanto a família resiste a um diagnóstico apressado, procura profissionais que façam uma avaliação criteriosa e com cautela, se preocupa com uso excessivo de medicamentos, às professoras entendem que a família resiste por não aceitar o possível diagnóstico de transtorno que Joaquim possa ter. O que pode corroborar com o atual anseio da família em descobrir qual diagnóstico representa as dificuldades de Joaquim.

5.4.3 Joaquim e a relação com os saberes escolares diante de uma atmosfera medicalizante

Vamos destacar situações de medicalização que permeiam o contexto da educação na relação com as professoras. A sala que Joaquim frequentava em 2023

(grupo 4) ficava sobre os cuidados de professora Tânia e professora Carla, no período matutino. Durante o período de observação encontramos alguns materiais que indicavam a constituição de uma atmosfera medicalizante naquela sala: uma cadeira do castigo na cor vermelha e um semáforo do comportamento que ficava atrás da porta da sala. São recursos expostos a criança colaborando com sua relação com o saber escolar.

Os saberes e práticas medicalizantes apareceram corriqueiramente durante todos os dias de observação, especialmente quando professora Tânia estava a frente das atividades. A realização das atividades ocorria, na maioria das vezes de forma livre. Não havia um esforço de criar uma atmosfera pedagógica para Joaquim ou mesmo para outras crianças. Em nenhum dos dias ocorreu de a professora Tânia levar Joaquim pela mão, de forma afetuosa e apresentar possibilidades para ele participar das atividades de forma tranquila, alegre e prazerosa. Ocorriam apenas comandos, de fora, muitas vezes dirigidos para toda turma, algumas vezes apenas para as outras crianças, mas não a ele. Outras vezes, mesmo ele demonstrando interesse, era ignorado. Como foi o caso da chamada oral.

Quando Joaquim se interessava por outra criança, especialmente pelo Igor, a mediação é de inibição e constrangimento, mediando a outra criança a afastá-lo. E em alguns momentos professoras o inseriam nas atividades como forma de repreender, uma inclusão forçada.

Isso demonstra que não havia uma intencionalidade de criar as condições para mobilização do Joaquim para alguma atividade pedagógica do seu interesse. Assim, Joaquim não via sentido na maioria das atividades porque não havia mediação.

Segundo Charlot (2000) o modo como as crianças vão se relacionar com os saberes escolares é complexa e multifacetada, sendo influenciada por diversos fatores, como o contexto social, cultural e histórico, bem como as experiências individuais e as práticas pedagógicas.

Joaquim, na maioria das vezes buscava sozinho alternativas para se entreter durante sua estada no CEI. Não havia outras possibilidades de mediação. Circulava pela sala, quando avistava objetos novos se interessava em conhecer, como foi o dia da Barraca da selfie. Para que Joaquim pudesse dar significado as coisas, ele precisaria viver esta relação. No entanto, na maioria das vezes era impedido de se aproximar, professora chamava sua atenção e os coleguinhas o impediam de chegar no objeto ou avisavam a professora, pois já era entendido pelos colegas que se

Joaquim chegasse perto, ele estragaria. É assim que Joaquim se constitui na relação com o saber escolar, a margem das atividades.

Joaquim é visto pelas professoras como uma criança inquieta, que chora e se joga no chão. Nas situações que Joaquim se jogou no chão e emitiu sons vocais tipo de choro, foram quando interromperam algo que ele estava gostando, como no caso da troca de um desenho animado que estava passando na televisão; ou na troca de alguma atividade que ele estava interessado. Foi percebido que as professoras já conhecem quais, ou pelo menos a maioria, das situações que deixam Joaquim irritado. No entanto, não havia uma preparação antecipada com uma comunicação afetiva, mediando a transição com uso de brinquedos que ele goste, por exemplo, para encaminhá-lo até o lugar onde as outras crianças estão ou para inseri-lo na próxima atividade.

Foi notável que normalmente as professoras demonstram certo incômodo com o comportamento 'inadequado/irritadiço' que Joaquim apresenta. Isso demonstra que os processos de medicalização de Joaquim envolvem especialmente questões comportamentais.

Importante ressaltar que, mesmo com indicativos que ele já sabe ler, não havia nenhum estímulo ou valorização a respeito. Ao contrário, era enaltecido pelos colegas e professora, como alguém que não participava das atividades, alguém que estragava os materiais e que incomodava o amigo Igor. Poucos colegas buscavam interagir com ele.

Essa atmosfera de exclusão cria-se através das mediações que professoras promovem com Joaquim e entre Joaquim e os colegas. Por exemplo, quando professora Tânia pede: "não é para dar pincel para Joaquim", professora Tânia fala: "espera a prô sentar com ele, porque vocês já sabem né, Joaquim é um caso extraordinário". As demais crianças podem ser apropriar de que se dar, ele vai estragar, ou seja, ele não é bem-vindo no grupo.

Já quando professora Carla esteve à frente das atividades, Joaquim participava com mais frequência. Percebemos que um indicativo para isso ocorrer era a forma como professora Carla incluía ele na atividade. Chamava-o diretamente e na maioria das vezes com tom de voz suave. Quando necessário, conduzia ele até o local da atividade levando-o pela mão e orientava-o concretamente sobre como realizar a atividade que foi solicitada.

Ocorreram poucas situações que pudesse colaborar para que Joaquim se relacionasse com as atividades e saberes da educação infantil de forma prazerosa, de forma que fizesse sentido e o mobilizasse para aprender. Ele majoritariamente era excluído ou ignorado das atividades ou incluído de forma forçada, salvo algumas exceções.

Como vimos, o processo formativo na educação infantil inclui saberes escolares, mas também o desenvolvimento humano envolvendo as capacidades interpessoais, o cuidado de si e ao próximo. Joaquim também vivencia as consequências da medicalização da relação com os colegas.

5.4.4 Joaquim e as possíveis implicações para além dos saberes escolares: breves aproximações com Flaubert

Agora vamos retornar ao movimento regressivo, mais uma vez trazendo Joaquim em sua forma singular, buscando compreender como ele se movimenta diante dos campos possíveis no âmbito da Educação Infantil com auxílio de elementos da psicologia existencialista.

Joaquim demonstra interesse pela maioria das atividades, mas nem sempre é incluso a participar. Citamos, como exemplo, a chamada oral no primeiro dia de observação. Ao ouvir a professora Tânia chamando pelo nome dos colegas, ele se aproximou da mesa da professora demonstrando entender que ela estava fazendo a chamada e aguardou para responder presença. No entanto, a professora concluiu a chamada e não chamou Joaquim. Quando ela encerrou, ele entendeu que aquele momento estava finalizado. Se afastou da mesa em silêncio e foi circular pela sala. O que ele fez do que fizeram dele? Ainda que de forma irrefletida e na espontaneidade, Joaquim se inclinou a forjou-se na “passividade”.

Semelhante a Flaubert, que se forja na “passividade” perante a família, Joaquim apresenta indicativos de “passividade” em situações vividas no CEI. Na passividade de Flaubert, não se trata de uma falta de reconhecimento do signo, mas sim de uma relação passiva em relação à família (Sartre, 2013).

Flaubert, com seis anos de idade, ainda não falava. Joaquim, com três anos e sete meses, fala pouco. Outro fato semelhante é que Flaubert

[...] adquire um vocabulário, ele escuta e entende o que lhe dizem. Só que as palavras nunca designam de fato a seus olhos o que ele experimenta, o que

ele sente. Nem, sem dúvida, seu verdadeiro laço transcendente com o mundo (Sartre, 2013, p. 25).

Joaquim, segundo a família, tem um vasto vocabulário, mas ainda não consegue expressar o que sente ou estabelecer um diálogo. No entanto, se comunica a todo momento através dos gestos, dos sons vocais e dos comportamentos.

Flaubert não sabia ler. Joaquim já sabe, mas não é enaltecido por isso no CEI, talvez por essa habilidade não ser o foco educacional no CEI. Continua predominando o saber de que Joaquim 'não faz' as atividades, que é agitado, que em alguns momentos os colegas não o querem por perto. A família fica orgulhosa sobre sua fluidez na leitura e acredita que, em parte, seja resultado das atividades e dos vídeos educativos que ofertavam a ele. Será que Joaquim aprendeu a ler por que não sabe (ou não consegue) estabelecer um diálogo, assim como Flaubert aprende a escrever por que não sabe ler?

Joaquim, uma criança bem pequena, ainda não dispõe de recursos suficientes para compreender ou fazer escolhas reflexivas, ele age a partir de uma consciência irrefletida (Francisco, 1996). De acordo com Pretto,

No caso das crianças, as experiências de alienação preponderam, posto que a criança não consegue, na maioria das vezes, distanciar-se das experiências vividas para questioná-las e analisá-las. Isso ocorre porque está em construção a condição para refletir criticamente suas vivências, em especial porque, para isso, ela necessita da compreensão de variados elementos que compõem as situações complexas que vive, aos quais tem acessos parciais. Antes, a criança vive o que lhe é apresentado de modo totalizante, como únicas sentenças conhecidas, consequentemente, tomadas como verdades absolutas (Pretto, 2013, p. 625).

Joaquim encontra-se nos primeiros estágios da existência, o que Sartre denomina como "pré-história", inserido em uma família que se movimenta dialeticamente sob as influências sócio-históricas, que vão se totalizando e unificando possibilidades para a constituição de Joaquim em seus primeiros anos de vida (proto-história) (Castro, 2022).

Podemos observar que a família de Joaquim não se assemelha diretamente à família de Gustave Flaubert, considerado o "idiota da família", que passou por aquilo que hoje chamamos de medicalização, mas no contexto familiar. Joaquim é o primeiro filho do casal, diferente de Flaubert, que já chega em uma família que, no momento, desejava ter uma filha mulher, e com expectativas altas a respeito do seu desenvolvimento. Quanto à família de Joaquim, mesmo não sendo uma gravidez

planejada naquele momento, havia um desejo, principalmente do pai, em ter um(a) filho(a). A mãe relatou ter medo da gestação, especialmente do parto, por isso não fazia muitos planos a respeito.

Diferente de Flaubert, que vive processos de medicalização no seio familiar, Joaquim vivencia isso especialmente no contexto da Educação Infantil. Joaquim é curioso - se tem algo novo na sala, quer logo conhecer. Na semana da festa junina, quarto dia de observação, logo que ele entrou na sala avistou a “barraca do selfie” e se aproximou. Colegas o empurraram para que não ficasse próximo à barraca. Mesmo diante de situações como essa, ele não revida. Aceita passivamente. Mas por outro lado, busca incansavelmente outras formas de se entreter. Sai e continua a circular pela sala.

Como Sartre ressalta, “*L'autre* está presente, sem dúvida: é a testemunha, é o meio opressor, é a exigência” (Sartre, 2013, p. 12). No caso de Joaquim, “os outros” são as professoras, os colegas do CEI e a família.

Na maioria das situações em que Joaquim é excluído das atividades, ignorado ou tratado como alguém que não pode realizar a tarefa porque vai estragar os materiais, ele adota uma postura passiva. Mesmo quando demonstra interesse em participar de uma atividade, ele permanece na passividade, pois não é chamado, ou mediado pelas professoras ou autorizado a se envolver. Joaquim não interfere nas atividades, limitando-se a observar, a circular pela sala em busca de outras ocupações ou permanecer à margem das interações. Conforme entende Sartre,

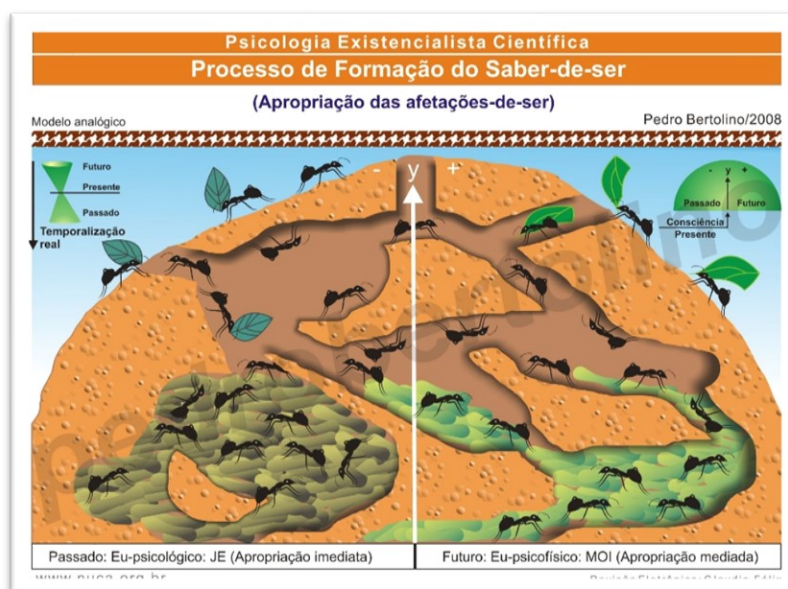
De certo modo, se toda pessoa singular tem, por si mesma, a estrutura do signo, e se o conjunto totalizado de seus possíveis e de seus projetos lhe é dado como seu sentido, o sombrio âmago desse sentido é a primeira infância: **a apatia recebida, vivida, consolidada dos dois primeiros anos sustenta do interior a atividade passiva e todas as condutas de ressentimento, ela é ao mesmo tempo a matéria do signo, a opacidade do significado (misteriosa ultrapassagem da clareza rumo a significações mais obscuras) e a delimitação interna do significante.** Verdade restritiva e plenitude condensada da memória, o passado pré-histórico retoma à criança como Destino (Sartre, 2013, p. 53, grifo nosso).

Não é sempre que Joaquim atende às solicitações das professoras. Quando elas interagiam diretamente com ele, mediavam recursos e instruções sobre as atividades e o incentivavam a participar, ele executava as tarefas com mais facilidade e permanecia envolvido por mais tempo. Um exemplo foi o dia de atividade no parque. A professora Carla orientou e conduziu Joaquim para participar da atividade/brincadeira de caminhar sobre os bambolês postos no chão e ele executou

os comandos. Em seguida, foi a outros brinquedos do parque e interagiu com seus colegas. Em seu semblante, um sorriso leve e contínuo indicava um momento de alegria.

Entendendo que, na primeira infância, estamos em processo de formação do saber-de-ser, podemos relacionar que situações assim, como a descrita acima, colaboraram para uma nova coloração ao processo de formação do saber-de-ser de Joaquim. Ele está, de fato, fazendo parte e se relacionando com a brincadeira/atividade; se relacionando com os colegas, vivendo uma nova forma de se relacionar com as atividades e os colegas. Desse modo, a professora Carla estaria contribuindo com outra coloração de folhas para seu “formigueiro”.

Figura 35 – Processo de formação do Saber-de-ser



Fonte: Nuca (2024).³⁵

Joaquim participou o tempo inteiro da atividade no parque. Assim como ocorreu no segundo dia de observação, quando ele brincou com massinha de modelar, conduzido e orientado pela professora Carla.

Em outras situações, geralmente, não ficava por muito tempo em um lugar específico. Por vezes, engatinhava sob as cadeiras, às vezes parecendo encontrar prazer nisso, outras, como uma maneira de passar o tempo quando não estava incluído nas atividades.

³⁵ Disponível em: <https://nuca.org.br/modelos-cientificos/>. Acesso em: 15 jan. 2024.

Joaquim raramente tomava a iniciativa de interagir e se relacionar com outras crianças, mas, ainda assim, havia interações ocasionais. Como no caso de interagir com seu colega favorito, o Igor.

Joaquim, mesmo em sua escassez de possibilidades, faz escolhas, ainda que de forma irrefletida, e se mobilizou. Rotineiramente, buscava alternativas para vivenciar o tempo que passava no CEI, pois, na maioria das vezes, era excluído das atividades. Podemos considerar que em seu processo de formação de saber-de-ser a Educação Infantil está contribuindo em maior proporção com folhinhas tonalizadas de exclusão do grupo, de não pertencimento.

Acompanhar Joaquim no CEI, por alguns dias, colaborou para compreendermos que viver em processo de medicalização e patologização vem trazendo complicações, tanto enquanto sujeito em processo de formação do seu saber-de-ser, como em aspectos da aprendizagem, por não ser incluído nas atividades.

O processo formativo ocorre de forma complexa e multifacetada, mas, referindo-se exclusivamente à Educação Infantil, são necessárias mediações que incluam Joaquim nas atividades, para que ele possa aprender e desenvolver habilidades interpessoais, bem como o desenvolvimento enquanto ser humano, ser social que aprende a cuidar de si e dos outros.

Conhecer a trajetória de vida de Joaquim, assim como de outras crianças, é fundamental para que se possa planejar ações inclusivas nas atividades e que possam desenvolver suas potencialidades. Por exemplo, o desenvolvimento da fala e do diálogo, que foram comprometidos devido a suas complicações de saúde.

Em razão da predominância de um saber medicalizante, raramente são possibilitadas a Joaquim experiências de se relacionar com os colegas e mediações para fala ou diálogo. Como podemos observar nas duas vezes em que a professora Carla o insere na atividade, ele participa ativamente. Inclusive, busca interagir, ainda que de forma tímida, com alguns colegas. Assim fez também quando eu (pesquisadora) possibilitei uma mediação entre ele e uma colega para dançar no dia da festa junina. Ambos dançaram de mãos dadas, sorriram e demonstraram estar se divertindo.

São mediações como essas que podem possibilitar a Joaquim desenvolver suas habilidades sociais e lhe proporcionar sentimentos de pertencimento ao grupo da sala, tornando a relação com o saber escolar mais agradável e interessante. Uma

demonstração disso é que o Joaquim, apresentado na introdução desta tese, traz características que não são destacadas pelas professoras. Ao mesmo tempo que eu (pesquisadora) vejo Joaquim ‘dançando sentado’ no refeitório, professoras o veem como alguém que não para quieto.

Podemos considerar que, se Joaquim fosse incluso nas atividades de maneira assertiva e afetuosa, se tivesse seus direitos de criança respeitados, poderia desenvolver uma relação prazerosa com o aprendizado, com os colegas e com as atividades e saberes escolares. Mas, como vimos, a maioria das atividades realizadas na sala de Joaquim ocorreram de forma livre, o que por si só já pode indicar uma prática medicalizante.

Prova disso é que na realização do projeto “Educar sem rótulos”³⁶ foi possível evidenciar que, mudando as estratégias e atividades, seria possível desenvolver e trabalhar com todas as crianças. Que o diagnóstico seria apenas uma informação sobre as diferentes possibilidades de se desenvolverem, mas não algo limitante. E, como podemos observar, a maioria das crianças que participaram deste projeto tinha como diagnóstico o TEA, assim como Joaquim. Diagnóstico que predomina nesta Instituição de Educação Infantil. Os resultados deste projeto foram satisfatórios, pois as professoras relataram que ocorreram mudanças significativas, relacionadas ao desenvolvimento psicomotor, ao comportamento, às relações socioafetivas ou à aprendizagem.

Portanto, como possibilidade de superação das práticas medicalizantes no contexto da Educação Infantil, especialmente na instituição onde realizamos essa pesquisa, sugere-se considerar as contribuições da Teoria Histórico-Cultural de Vigotski para o fazer pedagógico, desde recursos como o brincar não medicalizante, como conhecimento para pensar estratégias que considerem a diversidade cultural e consequentemente do desenvolvimento das crianças. No item “Desenvolvimento infantil em Vigotski: elementos para compreender o processo formativo na educação infantil” apresentamos referenciais teóricos da teoria histórico-cultural de Vigotski que colaboram para desenvolvimento das crianças de forma não medicalizante articulados a noção de relação com o Saber de Charlot (2000). São referenciais que nos proporcionam conhecimento para ações práticas não medicalizantes. Além disso, se faz necessário conhecer o que são processos de medicalização e promover reflexões

³⁶ Informações sobre esse projeto no item *Campo da pesquisa e medicalização da educação* desta tese.

críticas a respeito disso, entendendo como interferem no desenvolvimento e aprendizagem das crianças. Isso não significa que vamos desconsiderar a existência de diagnósticos, mas,

[...] se vamos nos valer do diagnóstico para compreender as diferentes formas de desenvolvimento humano, criarmos possibilidades para formar pessoas autenticamente reflexivas e críticas, ou seja, para o autodesenvolvimento, a ciência deve servir de apoio nos nossos caminhos e escolhas. Nesse caso, o desenvolvimento humano não pode estar no campo do previsível e do controlável. Quem pensa que sim, aniquila o outro com seu olhar determinista, baseando-se, sem dúvida, numa visão biologizante. Por isso, para estas pessoas, as tarefas que são de cunho social, cultural e histórico, ou seja, do campo pedagógico, podem ser magicamente resolvidas via medicalização, abrindo mão das responsabilidades pedagógicas para lançar mão de soluções que apresentem “resultados” rápidos e atendam às demandas de um sistema preocupado em quantificar tudo (Prestes, 2021, p. 51, grifo nosso).

Compreendemos que não será apenas através da escola que os problemas da medicalização, ou a própria medicalização, deixarão de existir, mas entendemos que a escola assume um papel importante para a sociedade na transmissão dos conteúdos sistematizados produzidos historicamente, portanto, se torna um espaço potente (reconhecendo seus limites) para a luta coletiva contra as práticas medicalizantes.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo teve como objetivo compreender as implicações da medicalização e patologização no processo formativo de crianças na Educação Infantil. Para alcançar esse objetivo, recorreremos ao movimento progressivo/regressivo proposto por Sartre (2002). Desse modo, foi necessário alcançar o horizonte antropológico sobre medicalização e a Educação Infantil no Brasil, concepções de infância, de escolarização e a pesquisa (auto)biográfica. A respeito do desenvolvimento humano, recorreremos às obras de Vigotski (2001, 2009), que colaboram para apresentar e construir caminhos possíveis de uma prática pedagógica não medicalizante. Com a obra **Da relação com o saber de Bernard Charlot**, pudemos entender que o sujeito sempre está em relação com o saber, no entanto, essa relação pode ser favorável ou não para o seu aprendizado. Isso porque, o aprendizado depende das mediações e dos recursos ofertados para que a criança possa ver sentido e se mobilize para a realização das atividades pedagógicas, o que pouco ocorria com Joaquim, pois vivia na escassez de recursos e de instrumentos mediadores para seu aprendizado.

Na instituição de Educação Infantil desta pesquisa, pudemos verificar vários indicativos de práticas e de saberes medicalizantes, devido ao número de encaminhamentos de crianças ao setor de psicologia, ao número de diagnósticos de crianças bem pequenas sobressaindo-se a diagnósticos de TEA. Também identificamos poucas ações que visassem ampliar o conhecimento sobre práticas (não)medicalizantes, e aqui colocamos um adendo, poucos recursos humanos e materiais disponíveis para pensar e agir criticamente aos processos de medicalização e colocar em prática ações pedagógicas mais assertivas e não medicalizantes.

Ao chegar na etapa de compreender uma situação concreta de medicalização “por dentro”, acompanhando a trajetória de uma criança matriculada na Educação Infantil, que passa por situação de medicalização, inicialmente tivemos algumas dificuldades. Dentre elas, o fato da primeira família da criança selecionada não aceitar participar e o trágico ataque às crianças de um Centro de Educação Infantil na cidade de Blumenau, SC, que gerou cuidado redobrado e preocupação em todos os CEI’s da Afasc, sendo, assim, adiada a seleção da próxima criança.

No entanto, em outra seleção, a família aceitou imediatamente e esta pesquisadora foi prontamente acolhida. As professoras do CEI e a direção também

aceitaram minha presença de forma cordial e colaborativa, o que tornou o processo de coleta e construção do material empírico mais leve e interessante.

Mesmo que já tivesse feito parte dessa instituição como psicóloga escolar, assumir a posição de pesquisadora e estar na mesma sala por vários períodos, possibilitou-me conhecer ainda mais os desafios para superar as práticas medicalizantes e as consequências dessas práticas que submergem na Educação Infantil, na vida das crianças e refletir as possibilidades para superação destes processos que dificultam ou inviabilizam possíveis sucessos escolares e sociais de crianças em dificuldades.

Verifiquei, durante as observações e entrevistas, o quanto Joaquim submergiu a uma educação com saberes e práticas medicalizantes, cujas consequências para sua formação ainda não conseguimos dimensionar. Joaquim teve muito cedo diversas complicações de saúde, respiratória e adenoide, gerando consequências no desenvolvimento da fala e comportamento irritadiço, o gatilho para que virasse 'alvo' de processos de medicalização, seja no seio da família ou ainda na instituição de ensino formal.

Diante disso, as implicações nos processos formativos (totalizações em curso) envolvem desde questões psíquicas no processo de formação do seu saber-de-ser, relações interpessoais, afetivas, reconhecimento de si e dos outros, até aspectos da aprendizagem, por não ter sido incluso nas atividades, inviabilizando assim relações mais agradáveis e efetivas com os saberes escolares.

Esta pesquisa contribuiu para produção de conhecimento científico sobre o tema, mas também para minha prática profissional como educadora e psicóloga. As reflexões obtidas ao longo do estudo deram-me subsídios para uma atuação cada vez mais crítica contra saberes e práticas medicalizante em ambientes educacionais formais, além de poderem subsidiar a produção de projetos políticos pedagógicos mais efetivos em favor do sucesso escolar, especialmente no meio popular.

Por fim, esta pesquisa promoveu reflexões e ampliou o debate sobre a medicalização e patologização na Educação Infantil. Ao evidenciar os impactos desses fenômenos no desenvolvimento das crianças, fomentamos práticas educativas que respeitam a diversidade cultural, que reconhecem a pluralidade das infâncias e valorizam a singularidade de cada criança, contribuindo para seu desenvolvimento. Reconhecemos a educação, as escolas e os CEIs como ambientes educacionais que precisam ser melhor subsidiados com recursos públicos, formação

e compromisso social permanentes nas lutas sociais contra as práticas medicalizantes.

REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO FEMININA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL DE CRICIÚMA. Educação Infantil. **Afasc**, Criciúma, 2018 Disponível em:

<http://www.afasc.com.br/Educacao/Educacao-Infantil>. Acesso em: 29 jan. 2018.

ANGELUCCI, Carla Biancha. Por uma clínica da queixa escolar que não reproduza a lógica patologizante. *In*: SOUZA, Beatriz de Paula (org.). **Orientação à queixa escolar**. São Paulo: Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, 2020. 1. ed. 2007. p. 353-378.

ARIÈS, Philippe. **História social da infância e da família**. Tradução: Dora Flaksman. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1986.

BATISTA, Rosa; PASSOS, Joana Célia; SCHMIDT, Leonete Luzia. Crianças belas, sadias e robustas: o futuro da raça brasileira nas políticas de proteção à infância em Santa Catarina nos idos de 1940. **Perspectiva**, Florianópolis, v. 37, n. 2, p. 453-479, jun. 2019. ISSN 2175-795X. Disponível em:

<https://periodicos.ufsc.br/index.php/perspectiva/article/view/2175-795X.2019.e59244>

Acesso em: 1 mar. 2021.

BASSANI, Elisabete; BLEIDÃO, Mirela Santos. A medicalização do fracasso escolar em escolas públicas municipais de Ensino Fundamental de Vitória, ES. *In*: REUNIÃO NACIONAL DA ANPED, 37. 2015, Florianópolis. **Anais [...]**, Florianópolis: UFSC, 2015. p. 73-82. 1 CD-ROM.

BELEI, Renata Aparecida; GIMENIZ-PASCHOAL, Sandra Regina; NASCIMENTO, Edinalva Neves; MATSUMONO, Patrícia Helena Vivan Ribeiro. O uso de entrevista, observação e vídeo gravação em pesquisa qualitativa. **Cadernos de Educação Pelotas**, v. 30, p. 187-199, jan./jun. 2008. Disponível em:

<https://periodicos.ufpel.edu.br/index.php/caduc/article/view/1770>. Acesso em: 20

mar. 2023

BRASIL. Ministério da Educação e do Desporto, **Referencial curricular nacional para a educação infantil**. Brasília: MEC/SEF, 1998.

BRASIL. **Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional**. Lei nº 9394/96, de 20 de dezembro de 1996. Brasília: MEC, 1996.

BRASIL. Ministério da Educação. **Diretrizes curriculares nacionais para a educação infantil**. Brasília: MEC/SEB, 2010.

BRASIL. Ministério da Educação. **Diretrizes Curriculares Nacionais Gerais da Educação Básica**. Brasília: MEC, SEB, DICEI, 2013.

BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Básica. **Base Nacional Comum Curricular**. Brasília, DF: MEC, 2017.

BRASIL. Ministério da Educação. **Base Nacional Comum Curricular**. Brasília: MEC, 2018.

BRZOZOWSKI, F.S.; BRZOZOWSKI, J.A.; CAPONI, S. Classificações interativas: o caso do Transtorno de Déficit de Atenção com Hiperatividade infantil. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.14, n.35, p.891-904, out./dez. 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/Y3tQpXCqmKvDMptKmfXXwmy/?lang=pt>. Acesso em: 20 mar.2023.

CAIRES, Rômulo Henrique Novais Leite. Quando a medicina e a psicologia entram na escola. **O Momento**, [S. l.], 23 jan. 2024. Disponível em: <https://omomento.org/quando-a-medicina-e-a-psicologia-entram-na-escola/>. Acesso em: 25 jan. 2024.

CASTRO, F. Infância e dissociação essência-existência: um estudo a partir de *As palavras*. In: PRETTO, Zuleica; SCHNEIDER, Daniela Ribeiro; STRELOW, Milene; GRIGOLO, Tânia Maris (org.). **Psicoterapia Existencialista princípios metodológicos**. Curitiba: Jaruá, 2022. p. 167-185.

CHARLOT, Bernard. **Da relação com o saber**. Elementos para uma teoria. Porto Alegre: Artmed, 2000.

ELIAS, Norbert. A civilização dos pais. **Sociedade e Estado**, Brasília, DF, v. 27, n. 3, p. 469-493, set./dez. 2012. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-69922012000300003>.

FERRAROTTI, Franco. **Sobre a ciência da incerteza**: o método biográfico na investigação em Ciências Sociais. Portugal: Pedago, 2013.

FÓRUM SOBRE MEDICALIZAÇÃO DA EDUCAÇÃO E DA SOCIEDADE. Carta do IV Seminário Internacional “A Educação Medicalizada: desver o mundo, perturbar os sentidos”. In: SEMINÁRIO SOBRE A EDUCAÇÃO MEDICALIZADA, 4., 2015, Salvador. Anais [...]. Salvador: Fórum sobre Medicalização da Educação e da Sociedade, 2016.

FOUCAULT, Michel. **El poder psiquiátrico**. 1. ed. 1. reimp. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica, 2007.

FRANCISCO, P. R. Psicologia: ciência e objeto. In: BERTONINO, Pedro. **A personalidade**. Florianópolis: NUCA Editores Independentes, 1996. p. 21-39.

GAUDENZI, Paula; ORTEGA, Francisco. The statute of medicalization and the interpretations of Ivan Illich and Michel Foucault as conceptual tools for studying demedicalization. **Interface. Comunic., Saúde, Educ.**, v. 16, n. 40, p. 21-34, jan./mar. 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/XjXvsdynqRSNX8XdZWGbVRv/?lang=pt#ModalTutors>. Acesso em: 11 mar. 2018.

GIUSTI, Karina G. **A medicalização da infância**: uma análise sobre a psiquiatrização da infância e sua influência na instituição escolar. 2016. 220f. Dissertação (Mestrado em Filosofia e Ciências Humanas) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2016. Disponível em: https://bdtd.ibict.br/vufind/Record/UFSC_ccdbc8ad43fe760d13facd9d8cc00752. Acesso em: 20 mar. 2023.

KAMERS, Michele. A fabricação da Loucura na Infância: psiquiatrização do discurso e medicalização da criança. **Estilos Clin.**, São Paulo, v. 18, n. 1, p. 153-165, jan./abr. 2013. Disponível em: <https://submission-pepsic.scielo.br/index.php/estic/article/view/7776>. Acesso em: 20 mar. 2023.

MANFRÉ Ademir Henrique. Escola, medicalização e educação. **Revista Espaço Acadêmico**, Maringá, n. 211, p. 93-105, dez. 2018. Disponível em: <http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/EspacoAcademico/article/view/43667/751375138741>. Acesso em: 9 nov. 2020

MARTINS, Lígia M. **O desenvolvimento do psiquismo e a educação escolar: contribuições à luz da psicologia histórico-cultural e da pedagogia histórico-crítica**. Bauru: Autores Associados, 2011.

MESSEDER NETO, H. da S. Vamos brincar de (des)medicalização. **Práxis Educacional**, [S. l.], v. 15, n. 36, p. 224-244, 2019. Disponível em: <https://periodicos2.uesb.br/index.php/praxis/article/view/5866>. Acesso em: 14 fev. 2022

PAULA JÚNIOR, Eugênio P. **A psicologia da educação na formação do pedagogo e outros educadores**. Curitiba: Cortez, 2008.

PRESTES, Zóia. A teoria histórico-cultural, a ciência e a medicalização na educação. In: MESSEDER NETO, Viégas Oliveira (org.). **Desver o mundo, perturbar os sentidos: caminhos na luta pela desmedicalização da vida**. Tradução: Sabrina Gasparetti Braga. Salvador: EDUFBA, 2021. p. 45-52.

PRETTO, Zuleica. A infância como acontecimento singular na complexidade dialética da história. **Psicologia & Sociedade**, Belo Horizonte, v. 25, n. 3, p. 623-630, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/psoc/a/NVkpHrN8XgtRTvPsnwsCXkH/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 10 de julho. 2022.

QUINTEIRO, Jucirema. Educação, infância e escola: a civilização da criança. **Perspectiva**, Florianópolis, v. 37, n. 3, p. 728-747, set. 2019. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/perspectiva/article/view/2175-795X.2019.e54108>. Acesso em: 8 fev. 2021.

RIZZINI, Irmã; GONDRA, José, G. Higiene, tipologia da infância e institucionalização da criança pobre no Brasil (1875-1899). **Revista Brasileira de Educação**, v. 19, n. 58, p. 561-584, jul./set. 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbedu/a/KgDg9SHLsWSXxpgs3BLmmXb/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 20 mar 2023.

RUSSO, Fabiele. Autismo em meninas: por que é mais difícil diagnosticar? **NeuroConecta**, [S. l.], 26 mar. 2018. Disponível em: <https://neuroconecta.com.br/autismo-em-meninas-por-que-e-mais-dificil-diagnosticar/>. Acesso em: 4 dez. 2023.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A EDUCAÇÃO, A CIÊNCIA E A CULTURA. **Declaração de Salamanca sobre princípios, política e práticas na área das necessidades educativas especiais**. Salamanca: Unesco 1998.

Disponível em: <https://portal.mec.gov.br/seesp/arquivos/pdf/salamanca.pdf>. Acesso em: 20 mar. 2023.

SARTRE, Jean Paul. **A questão de método**. In: SARTRE, Jean Paul. **Crítica da razão dialética**: precedido por questões de método. Rio de Janeiro: DP&A, 2002. p.19-125.

SARTRE, Jean-Paul. **O idiota da família**: Gustave Flaubert de 1821 a 1857. Porto Alegre: L&PM, 2013.

SCHNEIDER, Daniela Ribeiro. **Novas perspectivas em psicologia clínica**: um estudo a partir da obra “Saint Genet: comédien et martyr” de Jean-Paul Sartre. 2002. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo. 2002.

SCHNEIDER, Daniela Ribeiro. O método biográfico em Sartre: contribuições do Existencialismo para a Psicologia. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, Rio de Janeiro, n. 2, p. 289-308, 2008. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/epp/v8n2/v8n2a13.pdf>. Acesso em: 20 mar. 2023.

SCHNEIDER, Daniela Ribeiro. **Sartre e a psicologia clínica**. Florianópolis: UFSC, 2011.

SEIXAS, André A. A.; MOTA, André; ZILBREMANN, Monica L. A origem da Liga Brasileira de Higiene Mental e seu contexto histórico. **Rev Psiquiatra**, [S. l.], v. 31, n. 1, p. 82 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rprs/a/K3G7Y6MPKHQmdbhtsCytBZx/?format=pdf#:~:text=Ne%20sse%20contexto%2C%20o%20movimento%20de,da%20moderniza%C3%A7%C3%A3o%20do%20atendimento%20psiqui%C3%A1trico5>. Acesso em: 20 mar. 2023.

SIRCILLI, Fabíola. Arthur Ramos e Anísio Teixeira na década de 1930. Paideia, [S. l.], v. 15, n. 31, p. 185-193, 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/paideia/a/wgqkJc4GcV5nYZ5R5tNC9by/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 20 mar. 2023.

SOUZA, Beatriz de Paula; SOUZA, João Ricardo T. L. de; MATHIAS JÚNIOR, Mauro; ALMEIDA, Victor Alexandre Ferreira de. **Queixas escolares e atuação das/os psicólogas/os em tempos de pandemia**: vamos construir parâmetros? [S. l.: s. n.], [2021]. Disponível em: https://www.queixaescolargiqe.com/files/ugd/37b405_fc285616bee2412994b5f9931be9c93c.pdf?fbclid=IwAR3eJWDB2qUMRhCE4XsiZxZkgUobQJMfSj9VzxXXEeX-P4X0tCkt_8u7YKc. Acesso em: 18 maio 2022.

SZASZ, Thomas. **O mito da doença mental**. São Paulo: Círculo do Livro, 1974.

VEIGA, Cynthia Greive. Infância subalterna: dimensões históricas das desigualdades nas condições de ser criança (Brasil, primeiras décadas republicanas). **Perspectiva**, Florianópolis, v. 37, n. 3, p. 767-790, set. 2019. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/perspectiva/article/view/2175-795X.2019.e53978>. Acesso em: 10 mar. 2021.

VIGOTSKI, Lev Semionovich. **Psicologia pedagógica**. São Paulo: Martins Fontes, 2001. (Texto original publicado em 1926).

VIGOTSKI, Lev Semionovich. **Imaginação e criação na infância**: ensaio psicológico: livro para professores. Tradução Zoia Prestes. São Paulo: Ática, 2009.

VIGOTSKI, Lev Semionovich. **Sete aulas de L. S. Vigotski sobre os fundamentos da pedologia**. Tradução: Zoia Prestes e Claudia da Costa Guimarães Santana. 1. ed. Rio de Janeiro: E-Papers, 2018.

YAZLLE, E. G. (1997). Atuação do psicólogo escolar: alguns dados históricos. In: Cunha, B. B. B. et al. (Orgs.). *Psicologia na escola: um pouco de história e algumas histórias*. São Paulo: Arte & Ciência, p. 11-38.

APÊNDICE A – ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

ROTEIRO DE ENTREVISTAS

O presente instrumento ajusta-se aos protocolos de pesquisa, de acordo com a Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Esse instrumento visa a composição de um arquivo oral, ou seja, fonte oral confiada a um órgão público (pessoa física ou jurídica), afim de produzir análise científica diante do Projeto de Pesquisa intitulado, “Medicalização e patologização na educação infantil: implicações no processo de cuidar e educar” por meio de entrevistas semiestruturadas realizadas com a família/responsáveis e com as professoras das crianças participantes desta investigação que frequentam um Centro de educação infantil.

O uso da entrevista semiestruturada possibilita a elaboração antecipada de algumas questões que têm por objetivo trazer à tona falas que permitirão a análise e compreensão sobre a medicalização e patologização e as implicações no processo de cuidar e educar na educação infantil. A adoção desse instrumental favorece a inclusão de novas questões durante a realização das entrevistas, auxilia as/os entrevistadas/os a rememorar o contexto em análise, permite colher mais informações, o que auxilia na compreensão das questões problematizadas.

As perguntas elaboradas nesse instrumento constituirão um guia no processo de abordagem com os entrevistados. Para garantir aos entrevistados sua integridade moral, afetiva e física, no ato das entrevistas os procedimentos ocorrerão de modo: a) O local e horário serão sempre definidos pelos entrevistados; b) Evitaremos locais públicos; c) Faremos uma pergunta de cada vez; e) Evitaremos interromper os entrevistados; d) Não discordaremos dos entrevistados; f) Não prosseguiremos a entrevista se os entrevistados demonstrarem algum tipo de desconforto ou se estiverem cansados.

Na ficha técnica para transcrição (anexo), manteremos os dados dos entrevistados em anonimato, adotaremos a abreviatura das iniciais dos nomes, posteriormente, encaminharemos a ficha técnica com a transcrição, para leitura e aprovação. O roteiro de entrevista está estruturado de maneira que possa trazer

elementos relacionados a medicalização e patologização e as implicações no processo de cuidar e educar na educação infantil.

Roteiro de entrevista com a Família:

- Informações sobre a família e a criança
- Identificação pessoal: Ano em que familiares responsáveis nasceram; onde nasceram; Como foi a infância dos familiares;
- Como se deu a trajetória escolar; Importância e significados relacionados ao processo de escolarização e a educação infantil;
- Grau de formação escolar;
- Identificação da família; responsável são pais casados/separados; avós ou outra pessoa da família;
- Educação mais rígida ou flexível; Autonomia, gostos e preferências.
- Organização da rotina familiar diária e de cada criança em particular;
- Relação dos pais com os filhos; há outros parentes ou pessoas que mantêm convívio próximo e vínculos significativos com as crianças;
- A família tem acesso a práticas culturais, lazer e de esportes;
- Importância dos meios de comunicação, crenças e religiões para família;
- Informações dos responsáveis sobre a criança:
- Data e localidade de nascimento (cidade, bairro, casa ou apartamento...), auto denominação, origem étnica, gênero;
- Idade da criança;
- Constituição da família desde o nascimento e até o momento (descrição breve da relação e contato com familiares, incluindo, pais, avós, irmãos, primos, tios, e com vizinhos, incluindo outras crianças); Quem cuidou da criança?
- Como foi sua saúde desde o nascimento;
- Situações marcantes da vida criança;
- Quais instituições educacionais que a criança frequentou?
- Expectativas da família em relação ao ao Centro de educação infantil que a criança frequenta. Qual familiar (pai, mãe ou responsável) costuma se dedicar mais ao acompanhamento da rotina do Centro de educação infantil e como esse se dá esse processo; dificuldades encontradas neste acompanhamento pela família;
- Como e/ou se identificam quando as crianças apresentam comportamentos fora do padrão esperado por eles mesmos ou pelo Centro de educação infantil;
- A criança já foi encaminhada a um profissional da saúde por questões relacionadas ao comportamento ou desenvolvimento? Quem sentiu a necessidade do encaminhamento? O que família pensa sobre isso? Faz uso de alguma medicação?

- Como é relação da família com a criança, quais atividades fazem em conjunto;
- Como percebem a criança sobre aprendizagem e seus comportamentos em casa;
- Como as professoras relatam sobre as aprendizagens e comportamentos da criança no CEI;
- Espaço para o entrevistado ficar à vontade e se assim desejar, dizer algo a mais sobre o que conversamos nessa entrevista

Idade:

Grau de formação:

Tempo formada e de atuação:

Outras formações:

- Qual a rotina diária das atividades da turma?
- Como funcionam as atividades pedagógicas segue algum projeto pedagógico específico? Cada CEI organiza o seu?
- Todas as crianças participam das atividades? Quando não participam o que ocorre?
- O que envolve o cuidar e educar da educação infantil?

Existe diferença entre as crianças em relação a aprendizagem e desenvolvimento? Na sua opinião, a que se deve esta diferença?

- Você considera que o contexto social em qual a criança está inserida influência no seu processo de desenvolvimento e aprendizagem? De que forma?
- Você já trabalhou com alguma criança que apresenta algum laudo diagnóstico? Você pode exemplificar suas experiências?
- Você já encaminhou algum aluno (a) para psicólogo ou outro profissional da saúde? Quais fatores você considera relevante para fazer esse tipo de encaminhamento?
- Alguma criança da sua turma nessa instituição faz uso de medicação?
- O que você pensa sobre uso de medicação?
- Você sente preparada para trabalhar com crianças que apresentam algum laudo? De que forma?
- O que você faz quando tem alguma criança com laudo em sua turma?
- De que forma uma professora, pode interferir no desenvolvimento de uma criança?

FICHA TÉCNICA DE TRANSCRIÇÃO
Dados do Entrevistador e do projeto

Nome: Clarívia Fontana Possamai Data:			
Nome do Projeto: “Medicalização e patologização na educação infantil: implicações no processo de cuidar e educar na educação infantil”			
Dados do Entrevistado			
Nome completo			
Local e data de nascimento			
Endereço atual			
Rua			No
Bairro		Cidade	Estado
CEP	Telefone:		
Ficha Técnica			
Conferência da transcrição:			
Técnico de gravação:			
Local: Florianópolis/Santa Catarina – Brasil		Data: a_____	
Duração:		Páginas:	
<p>Abertura: Entrevista realizada no contexto da pesquisa “Medicalização e patologização na educação infantil: implicações no processo de cuidar e educar na educação infantil” parte integrante da tese de Doutorado em educação, na Universidade Federal de Santa Catarina.</p> <p>Transcrição da entrevista:</p>			
Termo de Cessão e autorização			
<p>Eu, (nome, estado civil, documento de identidade), declaro para os devidos fins que após a leitura da transcrição, autorizo o uso dos dados e cedo os direitos autorais de minha entrevista realizada em (data) para Clarívia Fontana Possamai, usá-las integralmente ou em partes, sem restrições de prazos ou citações, desde a presente data.</p> <p>Abdicando de direitos meus e de meus descendentes quanto ao objeto dessa cessão, subscrevo a presente.</p>			

Assinatura Legível do entrevistado

APÊNDICE B – PROTOCOLO DE OBSERVAÇÃO



UNIVERSIDADE FEDERAL
DE SANTA CATARINA

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO, DOUTORADO, LINHA DE
SOCIOLOGIA E HISTÓRIA DA EDUCAÇÃO

PROTOCOLO DE OBSERVAÇÃO NA SALA DE EDUCAÇÃO INFANTIL

O objetivo desta atividade é observar as possíveis situações e implicações da medicalização e patologização no processo de cuidar e educar na educação infantil. A seguir, elegemos alguns aspectos que consideramos relevantes na observação em sala, que *precisam ser analisados diante do movimento concreto da criança observada*.

IMPRESSÕES INICIAIS (características mais aparentes do espaço, da criança observada, dos demais colegas e professoras):

Espaço físico

Descrição do espaço físico – em detalhes para que o leitor se sinta no local descrito.

1) Perfil da turma

Descrição do perfil da turma: quantos? Idade média das crianças; Características físicas e modos de ser e se expressar em geral, algumas particularidades, maneiras de se vestir... comportamentos das crianças, quietas, comunicativas, ativas na sala e atividades? Quantas crianças com laudo diagnóstico; Tempo que estão no Centro de educação infantil; Participam de todas as propostas ou resistem? Quando? Por quê? Terminam as atividades no tempo previsto ou necessitam de mais tempo? Movimento das crianças durante as aulas e nos espaços do CEI; como as crianças se relacionam; fazem atividades em conjunto ou individuais? Todas participam de todas as atividades? Quando não participam das atividades propostas o que fazem? Quais atividades foram realizadas?

A) DADOS QUANTITATIVOS (METODOLOGIA)

Horário de chegada do (a) Professor (a) e auxiliar de sala; tempo de cada atividade; quantas crianças em sala; interrupções das atividades; Encaminhamento das atividades no tempo e no espaço da aula; Qual é o grau de participação das crianças na condução das atividades e nos processos decisórios? Variedade de atividades realizadas;

B) DADOS QUALITATIVOS (DESDOBRAMENTOS)

Mediações entre: professor (a) e auxiliar de sala \leftrightarrow crianças, crianças \leftrightarrow crianças; como professoras mediam as atividades quando as crianças não conseguem fazer; quando há crianças que não fazem; quando há crianças com comportamentos mais inquietos ou muito quieto, passivo; quando crianças não gostam da atividade; como as crianças reagem quando não conseguem fazer a atividade ou quando não gostam da atividade; como ocorrem as regras implícitas e explícitas: “sair da aula”; ir ao banheiro; tomar água; participação voluntária; penalizações; possíveis aprendizagens; diferentes ritmos apresentados; demonstração de momentos de autonomia; dificuldades encontradas;

C) FATORES SIGNIFICATIVOS

Situação de medicalização com crianças na sala; mobilização das crianças mediante situação de medicalização e/ou patologização;

D) OUTRAS CONSIDERAÇÕES DO OBSERVADOR...**E) PARTICIPANTE DA PESQUISA**

Sempre está presente na sala? É quieto ou ativo? Fica isolado ou próximo dos colegas ou professora e/ou auxiliar de sala? Fica mais ao lado de outra criança, quem? E por que ao lado desta? Participa de todas as atividades? Se não, por quê? Se sim, com facilidade ou dificuldade? Tem autonomia na realização das atividades ou solicita

**APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO –
FAMÍLIA**



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA – UFSCCENTRO DE
CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO – CED
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO – PPGE
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidada/o a participar da pesquisa de doutorado intitulada “Medicalização e patologização na educação infantil: implicações no processo de cuidar e educar” que será realizada pela doutoranda Clarívia Fontana Possamai sob orientação do Prof.º Dr.º Fábio Machado Pinto, do Programa de Pós-graduação em Educação da Universidade Federal de Santa Catarina, do Centro de Educação dessa mesma universidade.

O objetivo desta pesquisa é analisar e compreender a implicação da medicalização e patologização no processo de cuidar e educar de uma criança na educação infantil. O benefício em participar desta pesquisa, será o de contribuir para trazer novos conhecimentos aos profissionais da educação e psicologia que estudam e/ou trabalham com o tema de medicalização e patologização na educação infantil e sobre as consequências disso para as crianças na educação infantil. Não há um benefício direto e imediato aos participantes.

Além disso, essa pesquisa se justifica, pois permitirá que a comunidade escolar, professoras, psicólogas, crianças e famílias, reconheçam as consequências das práticas medicalizantes e patologizantes que ocorrem com as crianças que ainda estão em processo de aprendizagem e a partir disso, possam pensar novas maneiras de realizar atividades para que todos possam aprender.

Você está sendo consultado/a sobre o interesse em participar voluntariamente da pesquisa (a participação é voluntária e não haverá pagamento aos participantes), isso quer dizer em conceder entrevistas e autorizar a observação de seus(suas) filhos(as) durante o período que estarão no Centro de Educação Infantil-CEI, para coletar dados para esta pesquisa.

As observações dos(as) seus(suas) filhos(as) serão realizados dentro do CEI nos espaços que eles(elas) costumam frequentar, no período regular de abertura e fechamento do CEI, entre às 6h:30 e 18h30, de segunda a sexta-feira, durante duas semanas. As entrevistas semiestruturadas serão realizadas com familiares responsáveis pelas crianças. Você poderá escolher o local mais cômodo e seguro para a realização das entrevistas. As entrevistas serão realizadas individualmente. O tempo de duração deverá variar, sendo por volta de 60 minutos, de acordo com seu envolvimento e interesse. Podendo ser realizado em partes e dias diferentes, se assim o desejar. Ou caso a pesquisadora sinta a necessidade de explorar mais algum assunto e você, participante da pesquisa, consentir em ser entrevistado novamente.

Asseguramos que os seus nomes, familiares e filhos(as), que serão entrevistados(as) e observados(as), não serão publicados. As gravações (se autorizadas) e observações coletadas serão compartilhadas exclusivamente com os pesquisadores envolvidos nessa pesquisa. Com o seu consentimento, os resultados deste trabalho poderão ser apresentados em eventos acadêmicos ou revistas científicas emostrarão apenas os resultados obtidos como um todo, sem revelar seu nome ou qualquer informação relacionada à sua privacidade. Você terá a garantia de acesso aos resultados da pesquisa.

Não há previsão de despesas financeiras quanto à sua participação e a participação do (a) seus (sua) filho (a) na pesquisa, mas você será ressarcido de despesas de transporte e de alimentação, pelo pesquisador, caso elas ocorram. Você não terá nenhuma despesa advinda da sua participação na pesquisa. Caso alguma despesa extraordinária associada à pesquisa venha a ocorrer, você será ressarcido. Caso você tenha algum prejuízo material ou imaterial em decorrência da pesquisa poderá solicitar indenização, de acordo com a legislação vigente e amplamente consubstanciada. Durante os procedimentos de coleta de dados você estará sempre acompanhado por mim pesquisadora, que lhe prestará toda a assistência necessária ou acionará pessoal competente caso isto seja necessário.

Como em qualquer investigação que envolva seres humanos, a participação na pesquisa pode acarretar alguns riscos e/ou desconfortos, mesmo que mínimos. Dentre os possíveis riscos, quanto às crianças, poderão ficarem inibidas ou agitadas com a presença da pesquisadora, causando um desconforto a elas. Caso isso ocorra o(a) professor(a) regente de sala poderá solicitar que a pesquisadora se retire da sala,

se assim preferir. Também poderá transferir as observações para outro momento ou desistir definitivamente de participar da pesquisa, sem penalização alguma.

Numa situação de extravio do diário de campo, ou do gravador digital, caso seja autorizado usar, por exemplo, as informações prestadas poderão ser publicamente expostas de forma desordenada, criando situação delicada de constrangimento para quem as prestou. Para diminuir os riscos e/ou desconfortos o(a) pesquisador(a) terá especial cuidado para com os meios de registros de dados e tomará providências para que as informações coletadas não tenham qualquer identificação dos participantes, nem da instituição a qual pertencem.

As entrevistas podem fazer lembrar de situações difíceis vivenciadas em sua vida e caso sinta a necessidade de um acolhimento psicológico, poderá utilizar gratuitamente o Serviço de Psicologia Aplicada ESUCRI, mediante agendamento através dos telefones (48) 3431.3775 ou (48) 98488.0391 (whatsapp). O atendimento é realizado na Rua Borba Gato, Centro, Criciúma- SC, Unidade VIII (Anexo ao ginásio das Faculdades Esucrí).

Cabe esclarecer que você, como entrevistado(a) tem plena liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seus consentimentos em qualquer momento da pesquisa. Também sinta-se absolutamente à vontade em solicitar que seu (sua) filho (a) deixe de participar da pesquisa a qualquer momento, sem ter que apresentar qualquer justificativa à pesquisadora. Ao decidir deixar de participar da pesquisa seus(suas) filhos(as) não terão qualquer prejuízo no restante das atividades.

Os procedimentos adotados nesta pesquisa obedecem aos Critérios da Ética em Pesquisa com Seres Humanos, conforme Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que trata dos preceitos éticos e da proteção aos participantes da pesquisa. Vale lembrar que o pesquisador responsável, que também assina esse documento, também se compromete a conduzir a pesquisa de acordo com o que preconiza a Resolução nº 466/2012.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será elaborado em duas vias. Se houver concordância em participar, por favor, assine as duas vias de autorização que se encontra ao final deste termo, rubricadas em todas as suas páginas e assinadas por você pela pesquisadora responsável Clarívia Fontana Possamai.. Guarde cuidadosamente a sua via, pois é um documento que traz importantes informações de contato e garante os seus direitos e o dos seus(suas) filhos(as) como participante da pesquisa.

Em caso de dúvida, você pode procurar pela pesquisadora Clarívia Fontana Possamai no telefone (48) 99180-6797, email: clapossamai@hotmail.com endereço: Rua Almirante Barroso, 1095 – Centro, Criciúma – SC e pelo Prof.º Dr.º Fábio Machado Pinto no telefone (48) 99108-0461 email: fabiobage@yahoo.com.br, no endereço profissional: Campus Reitor João David Ferreira Lima, s/n, Centro de Ciências da Educação – CED, bloco D sala 416 - Trindade, Florianópolis – SC.

Você também poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da Universidade Federal de Santa Catarina pelo telefone (48) 3721 6094, email: cep.propesq@contato.ufsc.br ou no endereço: Prédio Reitoria II R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 701, (7ª andar), Trindade, Florianópolis – SC. O CEPSH é um órgão colegiado interdisciplinar, deliberativo, consultivo e educativo, vinculado à Universidade Federal de Santa Catarina, mas independente na tomada de decisões, criado para defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos.

Após leitura das informações e esclarecimentos expostos neste documento e pelo pesquisador responsável, eu, _____, abaixo assinado, concordo com a participação de _____ no presente estudo como participante. E ainda

() autorizo a participação de meu/minha filho(a) **com a possibilidade de gravação de áudio e vídeo.**

() autorizo minha participação nesta pesquisa e de meu/minha filho(a) **sem a possibilidade de gravação de áudio e vídeo.**

Nome completo do(a) responsável: _____

Assinatura: _____

Agradecemos antecipadamente sua atenção e colaboração.

Nome completo do(a) responsável: _____

Assinatura: _____

Prof. Dr. Fabio Machado Pinto
Pesquisador responsável/Professor/orientador
RG/CPF: _664.088.570 -00

Assinatura: _____

Clarívia Fontana Possamai
Estudante pesquisadora- Doutoranda/PPGE/UFSC
CPF:049.746.929-41

Assinatura: _____

Local: _____

Data: _____

**APÊNDICE D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO –
PROFESSORAS**



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA – UFSC
CENTRO DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO – CED
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO – PPGE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidada/o a participar da pesquisa de doutorado “Medicalização e patologização na educação infantil: implicações no processo de cuidar e educar” que será realizada pela doutoranda Clarívia Fontana Possamai sob orientação do Prof.º Dr.º Fábio Machado Pinto, do Programa de Pós-graduação em Educação da Universidade Federal de Santa Catarina, do Centro de Educação dessa mesma universidade.

O objetivo da pesquisa será analisar e compreender a implicação da medicalização e patologização no processo de cuidar e educar de uma criança na educação infantil. O benefício em participar da referida pesquisa, será o de contribuir para produção acadêmica relacionada a compreensão e promoção de reflexões acerca dos processos de medicalização e patologização na educação infantil e as consequências disso para as crianças no processo de cuidar e educar. Não há um benefício direto e imediato aos participantes.

Além disso, essa pesquisa se justifica, pois permitirá que a comunidade escolar reconheça as implicações advindas de práticas medicalizantes e patologizantes na educação infantil em crianças em processo de aprendizagem e assim traçar novos caminhos para construção de compreensões e práticas não medicalizantes no âmbito da educação infantil.

Você está sendo consultado/a sobre o interesse em participar voluntariamente da pesquisa (a participação é voluntária e não haverá pagamento aos participantes), isso implica em conceder entrevistas para posterior análise, assim como autorizar a observação das suas aulas nos dias que as crianças participantes

estejam frequentando, no período que estará no Centro de Educação Infantil- CEI, para coletar dados a esta investigação.

As observações das suas aulas serão realizadas dentro do CEI no período regular de abertura e fechamento do CEI, entre às 6h:30 e 18h30, de segunda a sexta-feira, durante duas semanas. Quanto as entrevistas, você poderá escolher o local mais cômodo e seguro para a realização das entrevistas. As entrevistas serão realizadas individualmente. O tempo de duração deverá variar de acordo com seu envolvimento e interesse. Podendo ser realizado em partes e dias diferentes, se assim o desejar. Ou caso a pesquisadora sinta a necessidade de explorar mais algum assunto e, você, participante da pesquisa, consentir em ser entrevistado/a novamente.

Asseguramos que seu nome não será publicado. As entrevistas e observações realizadas e gravadas (se autorizadas) serão compartilhadas exclusivamente com os pesquisadores envolvidos nessa pesquisa. Ademais, com o seu consentimento, os resultados deste trabalho poderão ser apresentados em encontros ou revistas científicas e mostrarão apenas os resultados obtidos como um todo, sem revelar seu nome ou qualquer informação relacionada à sua privacidade. Você terá a garantia de acesso aos resultados da pesquisa.

Não há previsão de despesas financeiras quanto à sua participação na pesquisa, mas você será ressarcido de despesas de transporte e de alimentação, pelo(a) pesquisador(a), caso elas ocorram. Você não terá nenhuma despesa advinda da sua participação na pesquisa. Caso alguma despesa extraordinária associada à pesquisa venha a ocorrer, você será ressarcido(a). Caso você tenha algum prejuízo material ou imaterial em decorrência da pesquisa poderá solicitar indenização, de acordo com a legislação vigente e amplamente consubstanciada. Durante os procedimentos de coleta de dados você estará sempre acompanhado(a) por mim pesquisadora, que lhe prestará toda a assistência necessária ou acionará pessoal competente caso isto seja necessário.

Como em qualquer investigação que envolva seres humanos, a participação na pesquisa pode acarretar alguns riscos e/ou desconfortos, mesmo que mínimos. Dentre os possíveis riscos, durante as observações nos seus horários de aula, quanto às crianças, poderão ficarem inibidas ou agitadas com a presença da pesquisadora, causando um desconforto a elas. Caso isso ocorra, você como professora poderá solicitar que a pesquisadora se retire da sala, se assim preferir. Também poderá

transferir as observações para outro momento ou desistir definitivamente de participar da pesquisa, sem penalização alguma.

Numa situação de extravio do diário de campo, ou do gravador digital, caso seja autorizado usar, por exemplo, as informações prestadas poderão ser publicamente expostas de forma desordenada, criando situação delicada de constrangimento para quem as prestou. Para minimização de riscos e/ou desconfortos o(a) pesquisador(a) terá especial cuidado para com os meios de registros de dados e tomará providências para que as informações coletadas não tenham qualquer identificação dos participantes, nem da instituição a qual pertencem.

As entrevistas podem rememorar situações difíceis vivenciadas em sua vida e/ou trajetória como professora, caso sinta a necessidade de um acolhimento psicológico, poderá utilizar gratuitamente o Serviço de Psicologia Aplicada ESUCRI, mediante agendamento através dos telefones (48) 3431.3775 ou (48) 98488.0391 (whatsapp). O atendimento é realizado na Rua Borba Gato, Centro, Criciúma- SC, Unidade VIII (Anexo ao ginásio das Faculdades Esucrí).

Cabe esclarecer que você, como entrevistado(a) tem plena liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seus consentimentos em qualquer momento da pesquisa.

Os procedimentos adotados nesta pesquisa obedecem aos Critérios da Ética em Pesquisa com Seres Humanos, conforme Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que trata dos preceitos éticos e da proteção aos participantes da pesquisa. Vale lembrar que o pesquisador responsável, que também assina esse documento, também se compromete a conduzir a pesquisa de acordo com o que preconiza a Resolução nº 466/2012.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será elaborado em duas vias. Se houver concordância em participar, por favor, assine as duas vias de autorização que se encontra ao final deste termo, rubricadas em todas as suas páginas e assinadas por você e pela pesquisadora Clarívia Fontana Possamai. Guarde cuidadosamente a sua via, pois é um documento que traz importantes informações de contato e garante seus direitos como participante da pesquisa.

Em caso de dúvida, você pode procurar pela pesquisadora Clarívia Fontana Possamai no telefone (48) 99180-6797, email: clapossamai@hotmail.com endereço: Rua Almirante Barroso, 1095 – Centro, Criciúma – SC e pelo Prof.º Dr.º Fábio Machado Pinto no telefone (48) 99108-0461 email: fabiobage@yahoo.com.br, no

endereço profissional: Campus Reitor João David Ferreira Lima, s/n, Centro de Ciências da Educação – CED, bloco D sala 416 - Trindade, Florianópolis – SC.

Você também poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da Universidade Federal de Santa Catarina pelo telefone (48) 3721 6094, email: cep.propesq@contato.ufsc.br ou no endereço: Prédio Reitoria II R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 701, (7ª andar), Trindade, Florianópolis – SC. O CEPSH é um órgão colegiado interdisciplinar, deliberativo, consultivo e educativo, vinculado à Universidade Federal de Santa Catarina, mas independente na tomada de decisões, criado para defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos.

Após leitura das informações e esclarecimentos expostos neste documento, eu:

() autorizo minha participação nesta pesquisa **com a possibilidade de gravação de áudio e vídeo.**

() autorizo minha participação nesta pesquisa **sem a possibilidade de gravação de áudio e vídeo.**

Nome completo do(a) participante _____

Assinatura: _____

Nome completo do(a) responsável: _____

Assinatura: _____

Prof. Dr. Fabio Machado Pinto
Pesquisador responsável/Professor/orientador
RG/CPF: _664.088.570 -00

Assinatura: _____

Clarívia Fontana Possamai
Estudante pesquisadora- Doutoranda/PPGE/UFSC
CPF:049.746.929-41

Assinatura: _____

Local: _____

Data: _____

ANEXO A – CAMPOS DE EXPERIÊNCIAS BNCC

EDUCAÇÃO INFANTIL

CAMPO DE EXPERIÊNCIAS “ESPAÇOS, TEMPOS, QUANTIDADES, RELAÇÕES E TRANSFORMAÇÕES”

OBJETIVOS DE APRENDIZAGEM E DESENVOLVIMENTO

Bebês (zero a 1 ano e 6 meses)	Crianças bem pequenas (1 ano e 7 meses a 3 anos e 11 meses)	Crianças pequenas (4 anos a 5 anos e 11 meses)
(EI01ET01) Explorar e descobrir as propriedades de objetos e materiais (odor, cor, sabor, temperatura).	(EI02ET01) Explorar e descrever semelhanças e diferenças entre as características e propriedades dos objetos (textura, massa, tamanho).	(EI03ET01) Estabelecer relações de comparação entre objetos, observando suas propriedades.
(EI01ET02) Explorar relações de causa e efeito (transbordar, tingir, misturar, mover e remover etc.) na interação com o mundo físico.	(EI02ET02) Observar, relatar e descrever incidentes do cotidiano e fenômenos naturais (luz solar, vento, chuva etc.).	(EI03ET02) Observar e descrever mudanças em diferentes materiais, resultantes de ações sobre eles, em experimentos envolvendo fenômenos naturais e artificiais.
(EI01ET03) Explorar o ambiente pela ação e observação, manipulando, experimentando e fazendo descobertas.	(EI02ET03) Compartilhar, com outras crianças, situações de cuidado de plantas e animais nos espaços da instituição e fora dela.	(EI03ET03) Identificar e selecionar fontes de informações, para responder a questões sobre a natureza, seus fenômenos, sua conservação.
(EI01ET04) Manipular, experimentar, arrumar e explorar o espaço por meio de experiências de deslocamentos de si e dos objetos.	(EI02ET04) Identificar relações espaciais (dentro e fora, em cima, embaixo, acima, abaixo, entre e do lado) e temporais (antes, durante e depois).	(EI03ET04) Registrar observações, manipulações e medidas, usando múltiplas linguagens (desenho, registro por números ou escrita espontânea), em diferentes suportes.
(EI01ET05) Manipular materiais diversos e variados para comparar as diferenças e semelhanças entre eles.	(EI02ET05) Classificar objetos, considerando determinado atributo (tamanho, peso, cor, forma etc.).	(EI03ET05) Classificar objetos e figuras de acordo com suas semelhanças e diferenças.
(EI01ET06) Vivenciar diferentes ritmos, velocidades e fluxos nas interações e brincadeiras (em danças, balanços, escorregadores etc.).	(EI02ET06) Utilizar conceitos básicos de tempo (agora, antes, durante, depois, ontem, hoje, amanhã, lento, rápido, depressa, devagar).	(EI03ET06) Relatar fatos importantes sobre seu nascimento e desenvolvimento, a história dos seus familiares e da sua comunidade.

CAMPO DE EXPERIÊNCIAS “ESCUTA, FALA, PENSAMENTO E IMAGINAÇÃO” (Continuação)

OBJETIVOS DE APRENDIZAGEM E DESENVOLVIMENTO

Bebês (zero a 1 ano e 6 meses)	Crianças bem pequenas (1 ano e 7 meses a 3 anos e 11 meses)	Crianças pequenas (4 anos a 5 anos e 11 meses)
(EI01EF06) Comunicar-se com outras pessoas usando movimentos, gestos, balbucios, fala e outras formas de expressão.	(EI02EF06) Criar e contar histórias oralmente, com base em imagens ou temas sugeridos.	(EI03EF06) Produzir suas próprias histórias orais e escritas (escrita espontânea), em situações com função social significativa.
(EI01EF07) Conhecer e manipular materiais impressos e audiovisuais em diferentes portadores (livro, revista, gibi, jornal, cartaz, CD, <i>tablet</i> etc.).	(EI02EF07) Manusear diferentes portadores textuais, demonstrando reconhecer seus usos sociais.	(EI03EF07) Levantar hipóteses sobre gêneros textuais veiculados em portadores conhecidos, recorrendo a estratégias de observação gráfica e/ou de leitura.
(EI01EF08) Participar de situações de escuta de textos em diferentes gêneros textuais (poemas, fábulas, contos, receitas, quadrinhos, anúncios etc.).	(EI02EF08) Manipular textos e participar de situações de escuta para ampliar seu contato com diferentes gêneros textuais (parlendas, histórias de aventura, tirinhas, cartazes de sala, cardápios, notícias etc.).	(EI03EF08) Selecionar livros e textos de gêneros conhecidos para a leitura de um adulto e/ou para sua própria leitura (partindo de seu repertório sobre esses textos, como a recuperação pela memória, pela leitura das ilustrações etc.).
(EI01EF09) Conhecer e manipular diferentes instrumentos e suportes de escrita.	(EI02EF09) Manusear diferentes instrumentos e suportes de escrita para desenhar, traçar letras e outros sinais gráficos.	(EI03EF09) Levantar hipóteses em relação à linguagem escrita, realizando registros de palavras e textos, por meio de escrita espontânea.

CAMPO DE EXPERIÊNCIAS “ESCUITA, FALA, PENSAMENTO E IMAGINAÇÃO”

OBJETIVOS DE APRENDIZAGEM E DESENVOLVIMENTO

Bebês (zero a 1 ano e 6 meses)	Crianças bem pequenas (1 ano e 7 meses a 3 anos e 11 meses)	Crianças pequenas (4 anos a 5 anos e 11 meses)
(EI01EF01) Reconhecer quando é chamado por seu nome e reconhecer os nomes de pessoas com quem convive.	(EI02EF01) Dialogar com crianças e adultos, expressando seus desejos, necessidades, sentimentos e opiniões.	(EI03EF01) Expressar ideias, desejos e sentimentos sobre suas vivências, por meio da linguagem oral e escrita (escrita espontânea), de fotos, desenhos e outras formas de expressão.
(EI01EF02) Demonstrar interesse ao ouvir a leitura de poemas e a apresentação de músicas.	(EI02EF02) Identificar e criar diferentes sons e reconhecer rimas e aliterações em cantigas de roda e textos poéticos.	(EI03EF02) Inventar brincadeiras cantadas, poemas e canções, criando rimas, aliterações e ritmos.
(EI01EF03) Demonstrar interesse ao ouvir histórias lidas ou contadas, observando ilustrações e os movimentos de leitura do adulto-leitor (modo de segurar o portador e de virar as páginas).	(EI02EF03) Demonstrar interesse e atenção ao ouvir a leitura de histórias e outros textos, diferenciando escrita de ilustrações, e acompanhando, com orientação do adulto-leitor, a direção da leitura (de cima para baixo, da esquerda para a direita).	(EI03EF03) Escolher e folhear livros, procurando orientar-se por temas e ilustrações e tentando identificar palavras conhecidas.
(EI01EF04) Reconhecer elementos das ilustrações de histórias, apontando-os, a pedido do adulto-leitor.	(EI02EF04) Formular e responder perguntas sobre fatos da história narrada, identificando cenários, personagens e principais acontecimentos.	(EI03EF04) Recontar histórias ouvidas e planejar coletivamente roteiros de vídeos e de encenações, definindo os contextos, os personagens, a estrutura da história.
(EI01EF05) Imitar as variações de entonação e gestos realizados pelos adultos, ao ler histórias e ao cantar.	(EI02EF05) Relatar experiências e fatos acontecidos, histórias ouvidas, filmes ou peças teatrais assistidos etc.	(EI03EF05) Recontar histórias ouvidas para produção de reconto escrito, tendo o professor como escriba.

CAMPO DE EXPERIÊNCIAS “TRAÇOS, SONS, CORES E FORMAS”

OBJETIVOS DE APRENDIZAGEM E DESENVOLVIMENTO		
Bebês (zero a 1 ano e 6 meses)	Crianças bem pequenas (1 ano e 7 meses a 3 anos e 11 meses)	Crianças pequenas (4 anos a 5 anos e 11 meses)
<p>(EI01TS01) Explorar sons produzidos com o próprio corpo e com objetos do ambiente.</p>	<p>(EI02TS01) Criar sons com materiais, objetos e instrumentos musicais, para acompanhar diversos ritmos de música.</p>	<p>(EI03TS01) Utilizar sons produzidos por materiais, objetos e instrumentos musicais durante brincadeiras de faz de conta, encenações, criações musicais, festas.</p>
<p>(EI01TS02) Traçar marcas gráficas, em diferentes suportes, usando instrumentos riscantes e tintas.</p>	<p>(EI02TS02) Utilizar materiais variados com possibilidades de manipulação (argila, massa de modelar), explorando cores, texturas, superfícies, planos, formas e volumes ao criar objetos tridimensionais.</p>	<p>(EI03TS02) Expressar-se livremente por meio de desenho, pintura, colagem, dobradura e escultura, criando produções bidimensionais e tridimensionais.</p>
<p>(EI01TS03) Explorar diferentes fontes sonoras e materiais para acompanhar brincadeiras cantadas, canções, músicas e melodias.</p>	<p>(EI02TS03) Utilizar diferentes fontes sonoras disponíveis no ambiente em brincadeiras cantadas, canções, músicas e melodias.</p>	<p>(EI03TS03) Reconhecer as qualidades do som (intensidade, duração, altura e timbre), utilizando-as em suas produções sonoras e ao ouvir músicas e sons.</p>

CAMPO DE EXPERIÊNCIAS “CORPO, GESTOS E MOVIMENTOS”

OBJETIVOS DE APRENDIZAGEM E DESENVOLVIMENTO

Bebês (zero a 1 ano e 6 meses)	Crianças bem pequenas (1 ano e 7 meses a 3 anos e 11 meses)	Crianças pequenas (4 anos a 5 anos e 11 meses)
<p>(EI01CG01) Movimentar as partes do corpo para exprimir corporalmente emoções, necessidades e desejos.</p>	<p>(EI02CG01) Apropriar-se de gestos e movimentos de sua cultura no cuidado de si e nos jogos e brincadeiras.</p>	<p>(EI03CG01) Criar com o corpo formas diversificadas de expressão de sentimentos, sensações e emoções, tanto nas situações do cotidiano quanto em brincadeiras, dança, teatro, música.</p>
<p>(EI01CG02) Experimentar as possibilidades corporais nas brincadeiras e interações em ambientes acolhedores e desafiantes.</p>	<p>(EI02CG02) Deslocar seu corpo no espaço, orientando-se por noções como em frente, atrás, no alto, embaixo, dentro, fora etc., ao se envolver em brincadeiras e atividades de diferentes naturezas.</p>	<p>(EI03CG02) Demonstrar controle e adequação do uso de seu corpo em brincadeiras e jogos, escuta e reconto de histórias, atividades artísticas, entre outras possibilidades.</p>
<p>(EI01CG03) Imitar gestos e movimentos de outras crianças, adultos e animais.</p>	<p>(EI02CG03) Explorar formas de deslocamento no espaço (pular, saltar, dançar), combinando movimentos e seguindo orientações.</p>	<p>(EI03CG03) Criar movimentos, gestos, olhares e mímicas em brincadeiras, jogos e atividades artísticas como dança, teatro e música.</p>
<p>(EI01CG04) Participar do cuidado do seu corpo e da promoção do seu bem-estar.</p>	<p>(EI02CG04) Demonstrar progressiva independência no cuidado do seu corpo.</p>	<p>(EI03CG04) Adotar hábitos de autocuidado relacionados a higiene, alimentação, conforto e aparência.</p>
<p>(EI01CG05) Utilizar os movimentos de preensão, encaixe e lançamento, ampliando suas possibilidades de manuseio de diferentes materiais e objetos.</p>	<p>(EI02CG05) Desenvolver progressivamente as habilidades manuais, adquirindo controle para desenhar, pintar, rasgar, folhear, entre outros.</p>	<p>(EI03CG05) Coordenar suas habilidades manuais no atendimento adequado a seus interesses e necessidades em situações diversas.</p>

CAMPO DE EXPERIÊNCIAS “O EU, O OUTRO E O NÓS” (Continuação)

OBJETIVOS DE APRENDIZAGEM E DESENVOLVIMENTO		
Bebês (zero a 1 ano e 6 meses)	Crianças bem pequenas (1 ano e 7 meses a 3 anos e 11 meses)	Crianças pequenas (4 anos a 5 anos e 11 meses)
(EI01EO06) Interagir com outras crianças da mesma faixa etária e adultos, adaptando-se ao convívio social.	(EI02EO06) Respeitar regras básicas de convívio social nas interações e brincadeiras.	(EI03EO06) Manifestar interesse e respeito por diferentes culturas e modos de vida.
	(EI02EO07) Resolver conflitos nas interações e brincadeiras, com a orientação de um adulto.	(EI03EO07) Usar estratégias pautadas no respeito mútuo para lidar com conflitos nas interações com crianças e adultos.

CAMPO DE EXPERIÊNCIAS “O EU, O OUTRO E O NÓS”


OBJETIVOS DE APRENDIZAGEM E DESENVOLVIMENTO

Bebês (zero a 1 ano e 6 meses)	Crianças bem pequenas (1 ano e 7 meses a 3 anos e 11 meses)	Crianças pequenas (4 anos a 5 anos e 11 meses)
(EI01EO01) Perceber que suas ações têm efeitos nas outras crianças e nos adultos.	(EI02EO01) Demonstrar atitudes de cuidado e solidariedade na interação com crianças e adultos.	(EI03EO01) Demonstrar empatia pelos outros, percebendo que as pessoas têm diferentes sentimentos, necessidades e maneiras de pensar e agir.
(EI01EO02) Perceber as possibilidades e os limites de seu corpo nas brincadeiras e interações das quais participa.	(EI02EO02) Demonstrar imagem positiva de si e confiança em sua capacidade para enfrentar dificuldades e desafios.	(EI03EO02) Agir de maneira independente, com confiança em suas capacidades, reconhecendo suas conquistas e limitações.
(EI01EO03) Interagir com crianças da mesma faixa etária e adultos ao explorar espaços, materiais, objetos, brinquedos.	(EI02EO03) Compartilhar os objetos e os espaços com crianças da mesma faixa etária e adultos.	(EI03EO03) Ampliar as relações interpessoais, desenvolvendo atitudes de participação e cooperação.
(EI01EO04) Comunicar necessidades, desejos e emoções, utilizando gestos, balbucios, palavras.	(EI02EO04) Comunicar-se com os colegas e os adultos, buscando compreendê-los e fazendo-se compreender.	(EI03EO04) Comunicar suas ideias e sentimentos a pessoas e grupos diversos.
(EI01EO05) Reconhecer seu corpo e expressar suas sensações em momentos de alimentação, higiene, brincadeira e descanso.	(EI02EO05) Perceber que as pessoas têm características físicas diferentes, respeitando essas diferenças.	(EI03EO05) Demonstrar valorização das características de seu corpo e respeitar as características dos outros (crianças e adultos) com os quais convive.

CAMPO DE EXPERIÊNCIAS “ESPAÇOS, TEMPOS, QUANTIDADES, RELAÇÕES E TRANSFORMAÇÕES” (Continuação)


OBJETIVOS DE APRENDIZAGEM E DESENVOLVIMENTO		
Bebês (zero a 1 ano e 6 meses)	Crianças bem pequenas (1 ano e 7 meses a 3 anos e 11 meses)	Crianças pequenas (4 anos a 5 anos e 11 meses)
	(EI02ET07) Contar oralmente objetos, pessoas, livros etc., em contextos diversos.	(EI03ET07) Relacionar números às suas respectivas quantidades e identificar o antes, o depois e o entre em uma sequência.
	(EI02ET08) Registrar com números a quantidade de crianças (meninas e meninos, presentes e ausentes) e a quantidade de objetos da mesma natureza (bonecas, bolas, livros etc.).	(EI03ET08) Expressar medidas (peso, altura etc.), construindo gráficos básicos.

ANEXO B – DECLARAÇÃO INSTITUCIONAL



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA – UFSC CENTRO DE
CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO – CED
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO – PPGE

ANEXO I - Declaração Institucional




UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA – UFSC
CENTRO DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO – CED
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO – PPGE

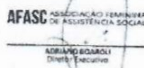
DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins e efeitos legais que, objetivando atender as exigências para a obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, e como representante legal da Instituição Associação Feminina de Assistência Social de Criciúma – AFASC tomei conhecimento do projeto de pesquisa: “MEDICALIZAÇÃO E PATOLOGIZAÇÃO NA EDUCAÇÃO INFANTIL: IMPLICAÇÕES NO PROCESSO DE CUIDAR E EDUCAR NA EDUCAÇÃO INFANTIL” em desenvolvimento no PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO da UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA, em nível de doutorado, sob responsabilidade do Prof. Dr. Fábio Machado Pinto e cumprirei os termos da Resolução CNS 466/2012 e suas complementares, e como esta instituição tem condição para o desenvolvimento deste projeto, autorizo a sua execução nos termos propostos.

Criciúma 23 de maio de 2022.



ASSINATURA: _____
AFASC ASSOCIAÇÃO FEMININA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL
ADRIANO BONOLI
Diretor Executivo

NOME: Adriano Bonoli
CARGO: Diretor Executivo

CARIMBO DO/A RESPONSÁVEL 

NOME: Andressa Dogenkim S. Ara
CARGO: Coordenadora Pedagógica

CARIMBO DO/A RESPONSÁVEL


Andressa Dogenkim S. Ara
Coordenadora DEI



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA – UFSC CENTRO DE
CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO – CED
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO – PPGE

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins e efeitos legais que, objetivando atender as exigências para a obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, e como coordenadora geral do Departamento de Educação Infantil, que é um setores que constituem a Associação Feminina de Assistência Social de Criciúma – AFASC, tomei conhecimento do projeto de pesquisa: “MEDICALIZAÇÃO E PATOLOGIZAÇÃO NA EDUCAÇÃO INFANTIL: IMPLICAÇÕES NO PROCESSO DE CUIDAR E EDUCAR NA EDUCAÇÃO INFANTIL” em desenvolvimento no PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO da UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA, em nível de doutorado, sob responsabilidade do Prof. Dr. Fábio Machado Pinto, reitero o cumprimento dos termos da Resolução CNS 466/2012 e suas complementares, e como esta instituição tem condição para o desenvolvimento deste projeto, e sua execução nos termos propostos, conforme já autorizado pela direção institucional da AFASC, na pessoa de Adriano Boaroli (ANEXO I). Neste momento, atendendo a solicitação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, confirmo que o Departamento de Educação Infantil, que é composto por 40(quarenta) Centros de Educação Infantil- CEI, no qual sou a coordenadora geral, é um dos setores que constituem a AFASC. Sendo assim, deixo autorizado, e a disposição, todos os Centros de Educação Infantil da AFASC (ANEXO II) para que seja realizado o desenvolvimento deste projeto de pesquisa. Estou ciente da possibilidade de apenas um dos CEI’s ser eleito para realização efetiva da pesquisa, conforme levantamento a ser realizado após autorização do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos.

Criciúma 21 de julho de 2022.

ASSINATURA: 

NOME: *Andrezza Dognetin Silva*

CARGO: *Coordenadora Pedagógica*

CARIMBO DO/A RESPONSÁVEL


Andrezza Dognetin
Coordenadora CEI



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA – UFSCCENTRO DE
CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO – CED
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO – PPGE

ANEXO II – Relação dos Centros de Educação Infantil - AFASC

N.	CEI's	ENDEREÇO	TELEFONE (48)
1.	CEI Afasc Aluim Michels	R: João Manenti nº 54, B: Vila Isabel - Rio Maina, CEP: 88818-430	3438-7218 98842-2003
2.	CEI Afasc Ângelo Félix Uggioni	R: Doutor Francisco de Assis Gomes Nº 578, B: Wosocris, CEP: 88819-100	3445-8978 99982-0670
3.	CEI Afasc Beato Aníbal Maria di França	R: Tangará S/N, B: São Francisco, CEP: 88805-500	3445-8980 99965-5720
4.	CEI Afasc Benevenuto Guidi	R: Rod. Alexandre Beloli, S/N, B: São João, CEP: 88815-992	3443-5510 98821-3712
5.	CEI Afasc Branca de Neve	R: Rosalina Lock Fortuna, nº 197, B: Cidade Mineira Nova, CEP: 88806-420	345-8982 99965-7903
6.	CEI Afasc Carlos Piazza	R: Imigrante Biléssimo S/N, B: Pinheirinho, CEP: 88805-075	3445-8969 99965-9563
7.	CEI Afasc Carmela Benedet Casagrande	R: Otávio Fontana S/N, B: São Simão, CEP: 88811-460	3445-8981 99965-4581
8.	CEI Afasc Deputado Ulysses Guimarães	R: Santarém, Nº 65, B: Operária Nova, CEP: 88809-010	3430-0631 98863-6579
9.	CEI Afasc Francisca Furtado De Lucca/ Mineirinho	R: Manoel Machado, S/N, B: Metropol, CEP: 88819-000	99965-4086
10.	CEI Afasc Gerda Becke Machado	R: Valentim Pizzetti, S/Nº B: Nossa Senhora da Salete, CEP: 88815-500	3478-7686 98843-4873
11.	CEI Afasc HG	R: Felipe Serafim de Silva nº 368, SD: 369-096,89 Nº B: HG	3437-9589 98802-6301
12.	CEI Afasc Irmã Emília	R: Imigrante José Colombo S/N, B: Rio Maina, CEP: 88818-450	3445-8985 99965-7013
13.	CEI Afasc João Locatelli	R: Rodovia Alexandre Beloli, nº 20, B: Primeira Linha, CEP: 88816-500	3437-5530 98842-4332
14.	CEI Afasc Lino Pizzetti	R: Pernambuco, S/N, Bairro: Próspera - Praça da Chaminé, CEP: 88813-035	3442-9635 99965-6470
15.	CEI Afasc Maria de Assis Góes	R: Afonso Pena S/N, B: São Luiz, CEP: 88803-210	3445-8986 99965-1379
16.	CEI Afasc Maria Jose Nunes Pires Castelan	R: Gaspar S/N, B: Operária Nova, CEP: 88809-040	3433-4859 99937-1959
17.	CEI Afasc Mãe Nina	R: Augusta Zanette Cechinel, S/N, B: Mina do Mato, CEP: 88810-526	99186-7137

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA – UFSC
CENTRO DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO – CED
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO – PPG

18.	CEI Afasc Moradas da Colina	R: Rod. Sebastião Toledo dos Santos Nº 1255, B: Paulo de Frontim - Moradas da Colina, CEP: 88810-300	3445-8973 99139-4619
19.	CEI Afasc Morro Estevão	R: Irio Menegon, Nº 30, B: Morro Estevão, CEP: 88816-750	99162-1603
20.	CEI Afasc Mundo Encantado	R: Heitor Fraga de Oliveira Nº 171, B: Renascer, CEP: 88816-013	3445-8974 99965-1298
21.	EI Afasc Natureza	R: Tulípa Negra, S/N, B: Cristo Redentor, CEP: 88816-282	99192-7145
22.	CEI Afasc Nova Esperança	R: Fausto Antônio Marques S/N, B: Nova Esperança, CEP: 88806-056	3445-8987 99965-6420
23.	CEI Afasc Paulo Petruzzellis	R: Com. Anibal Maria di França, Nº 1483 B: Pinheirinho CEP: 88804-360	3403-2700
24.	CEI Afasc Pequeno Mundo	R: Antônio de Oliveira, nº9 B: Vila Zuleima CEP: 88817-250	3445-8975 99965-9333
25.	CEI Afasc Pequeno Polegar	R: Presidente Kennedy – com a rua: Marcelino Champagnat N ° 191, B: Pio Corrêa CEP: 88811-540	3445-8962 99982-0283
26.	CEI Afasc Pingo de Gente	R: 06, S/N, B: Vila Manaus, CEP: 88806-825	3445-8988 98831-6201
27.	CEI Afasc Professor Jairo Luiz Thomazi	R: Caetano Ronchi S/N, B: Laranjinha, CEP: 88818-680	3445-8989 99965-8508
28.	CEI Afasc Professor Lapagesse	R: Marechal Floriano Peixoto Nº 225, B: Centro, CEP: 88801-040	3445-8952 99965-1767
29.	CEI Afasc San Diego	R: Elias Fioravante Giassi Nº 98, B: Quarta Linha, CEP: 88812-371	99113-5085
30.	CEI Afasc Santa Luzia	R: 525, S/N, B: Santa Luzia, CEP: 88807-215	3445-8990 99937-2242
31.	CEI Afasc Santa Rita de Cássia	R: Félix de Luca, nº 325, B: Milanese, CEP: 88804-570	3439-8234 98842-1833
32.	CEI Afasc Santo Antonio	R: Turvo, S/N, B: Santo Antônio, CEP: 88809-405	3445-8991 99134-6416
33.	CEI Afasc São José	R: Luiz Gerônimo Machado S/N, B: São José, CEP: 88818-270	3445-8992 99965-9002
34.	CEI Afasc São Sebastião	R: Inês Galdino S/N, B: São Sebastião, CEP: 88806-000	3445-8993 98836-1689
35.	CEI Afasc Sonho da Criança	R: Salete Ronchi Pazini S/N, B: São Defende, CEP: 88808-115	3445-8994 99158-4352
36.	CEI Afasc Umberto Cesa	Rod. Jorge Lacerda, S/Nº B: Capão Bonito CEP: 88805-350	3443-6069 98842-6921
37.	CEI Afasc Urda Joana	R: Darci João Bianchine, S/N, B:	3445-8979



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA – UFSC
CENTRO DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO – CED
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO – PPGE

	Joaquim	Progresso - Jardim União, CEP: 88806-750	99965-4272
38.	CEI Afasc Zelma Savi Napoli	R: Pedro Frasson, Nº 76, B: Vila Visconde, CEP: 88805-219	99140-3453
39.	CEI Afasc Zilá Terezinha Pugiski Linemburger	R: Vitória, S/N, B: Brasília, CEP: 888813-150	3445-8965 99116-8615
40.	CEI Afasc Zulma Napolini Manique Barreto	R: José Salvador S/N, B: Quarta Linha, CEP: 888812-480	3437-8736 98863-1061

Criciúma 21 de julho de 2022.

NOME : *Andressa Douglas*

CARGO : *Coordenadora Pedagógica*

CARIMBO DO/A RESPONSÁVEL

Andressa Douglas
Coordenadora Pedagógica