



Unidade Federal de Ouro Preto
Faculdade de Medicina
Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade

Trabalho de Conclusão de Residência

**ASPECTOS DA PARENTALIDADE E O PAPEL DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM
SAÚDE**

Júlia Santiago França

Ouro Preto, MG
2022

Júlia Santiago França

**ASPECTOS DA PARENTALIDADE E O PAPEL DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM
SAÚDE**

Trabalho de Conclusão de Residência apresentado ao Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Ouro Preto, como requisito para obtenção do título de Médica de Família e Comunidade

Orientadora: Luara Brandão Viveiros

Coorientador: Thiago Leister de Medeiros

Ouro Preto, MG

2022

SISBIN - SISTEMA DE BIBLIOTECAS E INFORMAÇÃO

F814a França, Júlia Santiago.
Aspectos da parentalidade e o papel da atenção primária em saúde.
[manuscrito] / Júlia Santiago França. - 2022.
66 f.: il.: gráf., tab..

Orientadora: Esp. Luara Brandão de Viveiros.
Coorientador: Esp. Thiago Leister de Medeiros.
Produção Científica (Especialização). Universidade Federal de Ouro Preto. Escola de Medicina.

1. Parentalidade. 2. Infância. 3. Atenção Primária em Saúde. 4. Medicalização. 5. Saúde mental infantil. I. Medeiros, Thiago Leister de. II. Viveiros, Luara Brandão de. III. Universidade Federal de Ouro Preto. IV. Título.

CDU 614.2

Bibliotecário(a) Responsável: Angela Maria Raimundo - SIAPE: 1.644.803



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE OURO PRETO
REITORIA
ESCOLA DE MEDICINA
COORDENACAO DO PROGR. DE POS-GRADUACAO EM
RESIDENCIA MEDICA



FOLHA DE APROVAÇÃO

Júlia Santiago França

Aspectos da parentalidade e o papel da Atenção Primária em Saúde

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Programa de Residência Médica de Medicina de Família e Comunidade da Universidade Federal de Ouro Preto como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Residência Médica de Medicina de Família e Comunidade.

Aprovada em 17 de fevereiro de 2022.

Membros da banca

Especialista - Luara Brandão Viveiros - Orientadora (Prefeitura Municipal de Ouro Preto)

Especialista - Thiago Leister de Medeiros - Co-orientador (Prefeitura Municipal de Ouro Preto)

Mestre - Gustavo Valadares Labanca Reis (Universidade Federal de Ouro Preto)

Mestre - Marília Faleiro Malaguth Mendonça (Universidade Federal de Minas Gerais)

Doutora - Adriana Maria de Figueiredo (Universidade Federal de Ouro Preto)

Luara Brandão Viveiros, orientadora do trabalho, aprovou a versão final e autorizou seu depósito na Biblioteca Digital de Trabalhos de Conclusão de Curso da UFOP em 17 de fevereiro de 2022.



Documento assinado eletronicamente por **Gustavo Valadares Labanca Reis, COORDENADOR(A) DE CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO LATO SENSU EM RESIDÊNCIA MÉDICA**, em 04/04/2022, às 11:59, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.ufop.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0303039** e o código CRC **CBC3035F**.

Referência: Caso responda este documento, indicar expressamente o Processo nº 23109.002087/2022-61

SEI nº 0303039

R. Diogo de Vasconcelos, 122, - Bairro Pilar Ouro Preto/MG, CEP 35400-000
Telefone: (31)3559-1909 - www.ufop.br

À minha mãe, a pessoa mais gentil que tive o prazer de conviver, e ao meu pai, um exemplo de firmeza e caráter, que não precisaram elaborar um trabalho de 60 páginas sobre parentalidade para conseguirem ser tão extraordinários e positivos em toda a minha vida.

“atenção redobrada

criança
que não cria
problemas
tem déficit
de criatividade”

(Poema “atenção redobrada” de Saulo Santiago, heterônimo de Gustavo Duarte)

RESUMO

Esse estudo busca discutir os diversos aspectos da parentalidade e sua relação com a saúde, refletindo sobre papéis da rede e dos profissionais da Atenção Primária em Saúde. É uma revisão narrativa de literatura realizada em diversos bancos de dados de artigos científicos e em livros que tangenciam sua temática. Discutiu-se os conceitos de infância e parentalidade, suas dinamicidades ao longo do tempo e espaço, os diversos fatores contextuais relacionados as suas expressões e alguns possíveis impactos de diferentes estilos parentais. Discorreu-se sobre o presente fenômeno da medicalização e patologização aplicado a questões da infância e sua influência na percepção de normal e patológico pelas famílias, instituições e no campo da saúde. Foi problematizado o cenário de despreparo de profissionais de saúde para lidar com queixas comportamentais na infância e apoiar a parentalidade positiva, além da fragilidade atual dos estudos e do ensino médico na área. Buscou-se elencar estratégias baseadas em evidências e valores condizentes com a parentalidade positiva, bem como o papel da saúde em sua promoção. Ressaltou-se a potencialidade da Atenção Primária em Saúde no suporte à parentalidade e a adequação de seus preceitos e da Medicina Centrada na Pessoa para sua aplicação. Concluiu-se que é importante a reflexão sobre os diferentes aspectos da parentalidade em diversos campos da ciência devido ao seu potencial efeito no desenvolvimento e saúde das crianças e, conseqüentemente, no seu impacto na sociedade como um todo.

Palavras-chave: Parentalidade; Infância; Atenção Primária em Saúde; Medicalização; Saúde mental infantil.

ABSTRACT

This study seeks to discuss the various aspects of parenting its relationship with health, reflecting about the roles the Primary Health Care networks and its professionals. It is a narrative literature review that used several databases of scientific articles in books related to the topic. The concepts of childhood and parenting, their dynamics over time and space, the different contextual factors related to their expressions and some possible impacts of different parenting styles were discussed. The present phenomenon of medicalization and pathologization applied to childhood issues and its influence on the perception of normal and pathological by families, institutions and in the field of health were also debated. The scenario of unpreparedness of health professionals to deal with behavioral complaints in childhood and to support positive parenting was questioned, in addition to the current fragility of studies and medical education in the area. Some strategies based on evidence and values consistent with positive parenting, as well as the role of health in its promotion were listed. The potential of Primary Health Care in supporting parenting and the adequacy of its precepts and Person-Centered Medicine for its application was highlighted. It was concluded that it is important to reflect on the different aspects of parenting in different fields of science due to its potential effect on children's development and health and, consequently, on its impact on society as a whole.

Keywords: Parenting; Childhood; Primary Health Care; Medicalization; Child mental health.

SUMÁRIO

| | |
|---|----|
| 1. INTRODUÇÃO | 10 |
| 1.1 Desenvolvimento infantil | 10 |
| 1.2 Conceituação de parentalidade | 11 |
| 1.3 Impacto da parentalidade | 11 |
| 1.4 Falta de suporte profissional para a parentalidade | 12 |
| 1.5 Papel da saúde | 14 |
| 2. OBJETIVO | 16 |
| 2.1 Objetivo geral | 16 |
| 2.2 Objetivos específicos | 16 |
| 3. METODOLOGIA | 17 |
| 4. DISCUSSÃO | 18 |
| 4.1 Parentalidade | 18 |
| 4.1.1 Cultura e etnia | 19 |
| 4.1.2 Ambiente socioeconômico | 20 |
| 4.1.3 Comunidade e vizinhança | 21 |
| 4.1.4 Modelo ambiental | 21 |
| 4.1.5 Contexto brasileiro | 23 |
| 4.2 Normal e patológico na infância | 26 |
| 4.2.1 Queixas comportamentais | 26 |
| 4.2.2 Uso de tecnologias de informação e comunicação | 27 |
| 4.2.3 Histórico da infância | 30 |
| 4.2.4 Conceito de saúde e medicalização | 34 |
| 4.2.5 Despersonalização | 38 |
| 4.2.6 Fatores econômicos | 39 |
| 4.2.7 Situações problemáticas | 40 |
| 4.2.8 Agressão | 41 |
| 4.3 Promovendo a parentalidade positiva | 43 |
| 4.3.1 Disciplina positiva | 43 |
| 4.3.2 Técnicas adequadas de disciplina | 47 |
| 4.4 Papel e potencial da atenção primária | 52 |
| 4.4.1 Atenção primária | 52 |
| 4.4.2 Formação do profissional de saúde | 53 |
| 4.4.3 Papel do Estado | 54 |
| 4.5 Limitações em estudos | 57 |
| 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS | 60 |
| REFERÊNCIAS | 62 |

1. INTRODUÇÃO

1.1 Desenvolvimento infantil

O desenvolvimento infantil é um processo dinâmico e complexo, composto por mudanças gradativas e contínuas em habilidades motoras, cognitivas, psicossociais e de linguagem. A relação entre tais domínios leva ao aumento da complexidade das atividades realizadas pela criança e ao exercício da sua interação com o ambiente e com as pessoas (MARTINS DE SOUZA, 2015). Tais experiências, associadas a alimentação, sono e fatores genéticos, são essenciais para a dinâmica da formação cerebral que, apesar de ocorrer em certo grau durante toda a vida, encontra na infância, principalmente nos primeiros 03 anos de vida, o período mais sensível para o desenvolvimento neuronal, o que terminará por ser determinante para a personalidade e comportamento nas diferentes fases da vida (VILLACHAN-LYRA, F. DE QUEIROZ, *et al.*, 2017).

O Neurodesenvolvimento ocorre através de mudanças de caráter universal e individual, sendo as últimas intimamente dependentes das vivências às quais a criança é submetida e das relações criadas com as pessoas ao seu redor, sendo fundamental um ambiente socioafetivo acolhedor para o desenvolvimento psíquico saudável. A partir das experiências vividas, certos circuitos neuronais são excitados, levando ao desenvolvimento e perduração das sinapses respectivas. Com a realização de diferentes atividades e exposição a estímulos diversificados, a criança continuamente cria e reorganiza suas sinapses, o que se associa positivamente com a grande neuroplasticidade própria da infância, possibilitando ao indivíduo em formação a maior exploração dos potenciais de sua rede neuronal (VILLACHAN-LYRA, F. DE QUEIROZ, *et al.*, 2017).

A interação da criança com o ambiente é intermediada pelos adultos, principalmente os pais, que, então, determinam ao que a criança é exposta no seu cotidiano, além de proverem os principais modelos de relações inter e intrapessoais. Dessa forma, a família, por meio do processo de parentalidade, assume papel de responsabilidade importante de promoção da autonomia, exploração do ambiente e enfrentamento de desafios, constituindo o arcabouço de desenvolvimento infantil, que,

a despeito dos desafios da exploração do ambiente, deve estar cercado de afeto e segurança (VILLACHAN-LYRA, F. DE QUEIROZ, *et al.*, 2017).

1.2 Conceituação de parentalidade

A parentalidade pode ser resumidamente entendida como o conjunto de valores e tarefas envolvidos na criação de uma criança, sendo tais tarefas sistematizadas por Bradley e Caldwell em cinco essenciais: a manutenção da vida, a estimulação, o apoio socioemocional, a estrutura e a supervisão (BRADLEY e CALDWELL, 1995).

É possível considerar que o processo de parentalidade, de alguma maneira, sempre esteve presente na raça humana, alicerçado em relações de fundo inicialmente biológicas de dependência. Com o avançar da civilização, as relações entre os seres deixaram de ter significação apenas biológica e adquiriram nuances sociais, afetivas e culturais complexas. Portanto, apesar da parentalidade ser algo, em certa medida, intrínseco à nossa espécie, cabe reflexão que transcende o biológico sobre tal processo, que, como todas as relações humanas, pode tomar várias formas e matizes, receber várias influências sociais, culturais e individuais e ter diferentes efeitos.

Dessa maneira, a parentalidade pode ser entendida como uma função de suporte e intermédio com o mundo, sendo o alicerce para o desenvolvimento de um novo ser. Ao estudar-se tal processo, foi cunhado o termo “Parentalidade positiva”, em que se busca relações positivas entre pais e filhos por meio do exercício da responsabilidade parental, buscando a otimização do desenvolvimento potencial e do bem-estar da criança. (DALY, 2007). A reflexão sobre tais processos buscam entender melhor como prover um desenvolvimento mais saudável de uma criança, o que está sendo cada vez mais estudado.

1.3 Impacto da parentalidade

Estudos recentes destacam a importância da parentalidade, mostrando seu efeito direto na autoestima, regulação emocional e bem estar (HUANG, HSIEH, *et al.*,

2019). Além disso, sabe-se que a vivência de situações psicossociais adversas traz desfechos negativos para a criança, tanto para saúde física como mental (COLEMAN, 2009). Concomitantemente, já foi estudado como estratégias simples de promoção da parentalidade positiva na atenção primária podem melhorar o desenvolvimento socioemocional de crianças, tendo maior impacto em famílias em situação de maior vulnerabilidade financeira (WEISLEDER, CATES, *et al.*, 2016). Por fim, pode-se considerar que cuidar da forma que se educa é cuidar do mundo que receberá seres mais conscientes de si (SANTOS, 2019).

Entretanto, deve-se reconhecer que criar uma criança é um processo de alta complexidade. Os cuidadores enfrentam vários desafios, sendo comum durante consultas em serviços de saúde queixas comportamentais. Dentre as mais comuns, estudos citam questões sobre recusa alimentar, resistência em seguir regras, dificuldades na hora do banho ou sono e crises emocionais após negações, que são relatadas com frequência como eventos estressores no núcleo familiar (KAVAN, SAXENA e RAFIQ, 2019) (BAX, SHAWLER, *et al.*, 2018). Destaca-se ainda as crescentes dificuldades de manejar o uso de aparelhos eletrônicos pelas crianças (COUNCIL ON COMMUNICATIONS AND MEDIA, 2016). Pediatras são frequentemente consultados para aconselhamento sobre parentalidade e disciplina em relação a seus pacientes (BAX, SHAWLER, *et al.*, 2018), sendo então o serviço de saúde um ambiente em potencial para discussão e orientação de questões de parentalidade.

1.4 Falta de suporte profissional para a parentalidade

Apesar do potencial dos profissionais de saúde para dar suporte à parentalidade, tem-se um cenário de despreparo de médicos na abordagem e orientação de cuidadores sobre esses temas. No Brasil, desde a implantação das Estratégia de Saúde da Família (ESF) em 2001, o atendimento de crianças na rede pública ocorre majoritariamente em postos de saúde por médicos generalistas (ALMEIDA, 2010). A formação em Medicina de Família e Comunidade (MFC) busca capacitar médicos da melhor maneira possível para ocupar tais postos, tendo em seu currículo a busca por competências como prestar apoio familiar em situações de problemas de comportamento, conhecer e abordar as situações de risco e vulnerabilidade para maus tratos, como violência doméstica e negligência (SBMFC,

2014). Entretanto, um estudo estrangeiro revelou que apenas 52% dos médicos de família abordaram disciplina de maneira preventiva durante suas consultas, em contraste com 90% dos pediatras (MCCORMICK, 1992).

A despeito de ser esperado que pediatras fossem capacitados a lidar com queixas da infância de forma geral, inclusive as comportamentais, a Academia Americana de Pediatria (AAP) considerou, em uma declaração de 2009, que grande parte dos programas de residência não conseguem preparar seus formandos para atender às necessidades comportamentais e de saúde mental de seus pacientes. Acredita-se, portanto, ser necessário que as residências abordem de maneira mais eficaz o cuidado de saúde mental em ambientes de atenção primária (COMMITTEE ON PSYCHOSOCIAL ASPECTS OF CHILD AND FAMILY HEALTH AND TASK FORCE ON MENTAL HEALTH, 2009).

Em uma pesquisa de 2013, a AAP ressaltou que 65% dos pediatras não tiveram treinamento em reconhecer e tratar problemas de saúde mental e notou que, apesar de 90% dos pediatras declararem já terem fornecido aconselhamento parental em consultas, apenas 23-43% dos pais tiveram a percepção de que tais questões foram discutidas, levantando mais dúvidas sobre a efetividade dos conselhos dados em consultas pediátricas (HORWITZ, STORFER-ISSER, *et al.*, 2015).

Outros levantamentos confirmaram que residências médicas de pediatria não costumam ter treinamento formal relacionado a estratégias de parentalidade, então os residentes tendem fortemente a se referenciar em médicos assistentes ao invés de buscarem *guidelines* ou fontes baseadas em evidências para guiarem suas recomendações (BAX, SHAWLER, *et al.*, 2018). Um estudo demonstrou que a frequência de recomendação por pediatras de técnicas de disciplina eficazes, como a promoção da empatia e o redirecionamento, estava em torno de 22 e 26% respectivamente, sendo muito menor que de estratégias comprovadamente menos eficazes, como as repreensões verbais, cuja frequência aproximou-se de 78% (SCHOLER, NIX e PATTERSON, 2006). Dessa forma, podemos considerar que parte do despreparo durante a prática clínica para prover aconselhamento de parentalidade e problemas comportamentais em consultas advém da falta de sua sistematização no ensino médico. Adicionalmente, algumas pesquisas tentaram compreender a interferência de aspectos pessoais na caracterização do aconselhamento parental em consultas, sendo percebido que fatores como modelo de criação do médico, sua etnia,

geração, contexto e planos pessoais futuros influenciam nos níveis de autoridade recomendados em seus conselhos de parentalidade (BAX, SHAWLER, *et al.*, 2018). Melhorar a estruturação da educação médica neste aspecto poderia reduzir a heterogeneidade do seu ensino e, conseqüentemente de sua aplicação, além de potencialmente melhorar sua eficácia.

Adicionalmente, algumas pesquisas tentaram compreender a interferência de aspectos pessoais na caracterização do aconselhamento parental em consultas, sendo percebido que fatores como modelo de criação do médico, sua etnia, geração, contexto e planos pessoais futuros influenciam nos níveis de autoridade recomendados em seus conselhos de parentalidade (BAX, SHAWLER, *et al.*, 2018). Melhorar a estruturação da educação médica neste aspecto poderia reduzir a heterogeneidade do seu ensino e, conseqüentemente de sua aplicação, além de potencialmente melhorar sua eficácia.

O ambiente de cuidado da saúde é frequentado regularmente pela família, estabelecendo-se certo vínculo com a rede, sendo então um local de segurança para os cuidadores terem suas queixas ouvidas e um local oportuno para profissionais bem treinados proverem o apoio necessário. Questões comportamentais na infância e o suporte parental devem ser abordadas no ambiente de cuidado da saúde, pois, além de englobar aspectos da promoção de saúde, trazem questões importantes relacionadas à saúde mental.

1.5 Papel da saúde

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que 20% das crianças e dos adolescentes apresentam transtornos mentais (THE WHO WORLD MENTAL HEALTH SURVEY CONSORTIUM, 2007) e estudos prospectivos dos últimos anos têm mostrado que a grande maioria dos transtornos de saúde mental nos adultos teve seu início ainda na infância ou adolescência (COSTELLO, FOLEY e ANGOLD, 2006). É importante o profissional de saúde, portanto, estar atento a sinais de alerta para não negligenciar situações em que são necessárias intervenções. Espera-se que os profissionais estejam aptos a acolher e lidar com tais questões, particularmente no âmbito da atenção primária, onde são preceitos básicos a longitudinalidade e a abordagem familiar.

Por outro lado, é importante o senso crítico para não cair nas armadilhas da medicalização de queixas comportamentais comuns não patológicas. Percebe-se hoje grande número de diagnósticos de transtornos mentais na infância, ocorrendo muitas vezes patologização de questões normais em busca de uma definição diagnóstica psiquiátrica. Com isso, pode-se estar visando uma resolução mais fácil e rápida de problemas, normalmente com expectativa centrada em uso de psicotrópicos (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO, 2018), sendo expressivo o aumento da prescrição de psicofármacos nos últimos anos (TIMIMI, 2010).

A visão integral da criança ajuda ainda a discernir as situações inerentes aos ciclos de vida de situações que necessitam de intervenções mais contundentes, sendo papel do profissional de saúde a vigilância ativa, bem como dar suporte adequado aos cuidadores das crianças para o exercício de sua parentalidade. Tendo em vista a relevância da parentalidade na formação infantil e o papel da saúde no desenvolvimento e bem-estar das crianças, torna-se essencial, portanto, que os profissionais de saúde estejam qualificados a abordar a saúde mental na infância e promover a interação saudável entre pais e filhos. É ainda inerente à essa discussão a revisão de aspectos envolvidos na parentalidade e o papel da saúde, nesse caso da Atenção Primária em Saúde, nesse processo.

2. OBJETIVO

2.1 Objetivo geral

Discutir aspectos da parentalidade, sua relação com saúde e o papel da atenção primária à saúde.

2.2 Objetivos específicos

- Realizar revisão bibliográfica sobre conceitos de parentalidade e infância
- Discutir influências de questões contextuais e do processo de medicalização e sua interseção com a parentalidade
- Buscar orientações relativas à parentalidade baseadas em evidências
- Discutir os papéis da família, da rede de saúde, dos profissionais de saúde e do estado no processo de parentalidade
- Discutir limitações e aplicabilidade de orientações parentais no contexto brasileiro da APS

3. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo do tipo revisão narrativa de literatura. Revisões narrativas consistem em discussões teóricas e contextuais de determinado assunto, de forma a mapear o conhecimento sobre questões amplas sem se limitar a um rigor metodológico. Estão sujeitas a certa subjetividade por meio da análise e crítica pessoal do autor, sendo um modelo comumente utilizado para objetos de estudo mais amplos e abstratos (ROTHER, 2007). Esse formato de estudo foi escolhido por permitir uma visão mais geral da parentalidade.

A busca por referências foi baseada em algumas perguntas norteadoras desenvolvidas no início do projeto, como "o que é e o que influencia a parentalidade?"; "o que seria um problema para a parentalidade?"; "o que é e o que influencia a vivência da infância?"; "qual a importância e impacto da parentalidade?"; "o que os pais esperam de um profissional de saúde em relação à parentalidade?"; "como está a capacitação dos profissionais de saúde para abordar a parentalidade e queixas comportamentais?"; "de que maneira pode-se dar suporte à parentalidade?"; "qual o papel do sistema de saúde e dos profissionais no auxílio da parentalidade?" e "existem orientações de parentalidade baseadas em evidência?". Posteriormente, durante o desenvolvimento da discussão, surgiu a necessidade de estudo sobre outras questões, como "de que maneira o fenômeno da medicalização interfere no exercício da parentalidade?" e "o que é o fenômeno da medicalização e quais fatores o influenciam?";

Foram utilizados artigos científicos de bases de dados como Pubmed e Scielo para questões referentes à saúde, além de pesquisa no Google Scholar durante o delineamento de assuntos de teor mais próximo às ciências humanas. De maneira complementar, foram utilizados diversos livros e materiais informativos de instituições governamentais referentes ao assunto. Não foram utilizados critérios de inclusão rígidos, porém foram visados trabalhos com qualidade metodológica e coerência textual.

Após a seleção do material, foi realizada leitura e análise descritiva, buscando-se estruturar um texto com reflexões conceituais e subjetivas das ciências humanas e da saúde, bem como dados concretos estatísticos para embasar inferências.

4. DISCUSSÃO

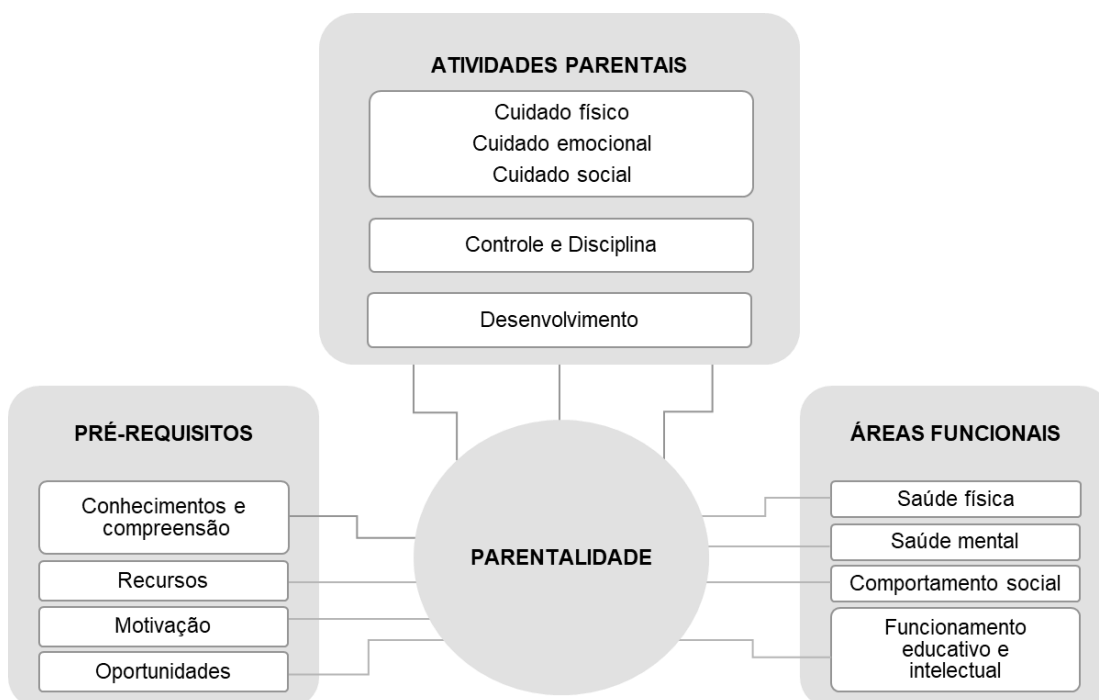
4.1 Parentalidade

O conceito de parentalidade perpassa várias esferas conceituais e multidisciplinares que se complementam. De acordo com a Convenção dos Direitos da Criança (ONU/UNICEF, 1990), artigo 27º: “Cabe aos pais ou a outras pessoas responsáveis pela criança a responsabilidade primordial de propiciar, de acordo com as possibilidades e os recursos financeiros, as condições de vida necessárias ao desenvolvimento da criança”.

Já na visão biológica de conservação de espécies, é esperado que os progenitores facilitem a sobrevivência de seus descendentes e, dentro do contexto da civilização humana, é esperando que os pais facilitem o desenvolvimento dos seus filhos também no nível psicológico e social (BARROSO e MACHADO, 2010). Desta forma, Barroso e Machado (2010) sintetizam o processo de parentalidade como um conjunto de atividades propositadas no sentido de assegurar a sobrevivência e o desenvolvimento da criança, de modo a socializá-la e torná-la cada vez mais autônoma (BARROSO e MACHADO, 2010).

Existem diversas sistematizações teóricas dos processos de parentalidade, desde a sumarização de Bradley e Caldwell (1995) como a manutenção da vida, estimulação, apoio socioemocional, estrutura e a supervisão (BRADLEY e CALDWELL, 1995) até complexos modelos, como o integrativo teórico de Hoghugh (2004), que preconiza a existência de onze dimensões da parentalidade (BARROSO e MACHADO, 2010). A parentalidade, de acordo com esse sistema, seria subdividida em “Atividades parentais”, “Áreas funcionais” e “Pré-requisitos”, o que está representado de maneira esquemática na figura 1.

Figura 1 - Dimensões da parentalidade de acordo com Hoghughi (2004)



Adaptado de HOGHUGHI, 2004.

A dimensão dos pré-requisitos do modelo de Hoghughi evidencia em seus componentes uma dependência do processo de parentalidade ao acesso a conhecimento, recursos, motivação e oportunidades. Tais fatores estão intimamente ligados a questões culturais, ambientais, econômicas, de papéis sociais e de identidade dos familiares. As práticas parentais buscam levar ao desenvolvimento de competências culturalmente valorizadas naquele ambiente e promover uma sobrevivência de sucesso, o que também pode ser considerado subjetivo e dependente da localidade e da época (BARROSO e MACHADO, 2010).

4.1.1 Cultura e etnia

A influência dos aspectos culturais na parentalidade ocorre de várias formas, como exemplificado em um estudo com famílias americanas, onde os autores perceberam que pais de descendência nativo-americana eram menos propensos a incentivar a independência ou destacar conquistas individuais do que famílias de outras descendências, o que foi especulado como um reflexo da tendência coletivista e não competitiva daquela cultura (MACPHEE, FRITZ e MILLER-HEYL, 1996). Outros estudos revelaram que pais de cultura chinesa, sejam imigrantes ou não, têm maior

propensão ao autoritarismo e a destacar conquistas, o que se acredita ser conseqüente à grande valorização cultural da educação e desenvolvimento pessoal individual em culturas orientais (KOTCHICK e FOREHAND, 2002) (BARROSO e MACHADO, 2010).

“Assim, a cultura e a etnicidade tendem a delinear a forma como as pessoas pensam, se comportam, tomam decisões e definem eventos e experiências entre as quais a sua parentalidade” (BARROSO e MACHADO, 2010, p. 12).

4.1.2 Ambiente socioeconômico

Outro fator contextual de extrema relevância para as relações interpessoais e sociais, inclusive a parentalidade, é o ambiente socioeconômico. De maneira simplificada, a pobreza foi ligada negativamente à experiência de parentalidade e a piores desfechos na vida futura (KOTCHICK e FOREHAND, 2002). Estudos mostraram que famílias de menor poder econômico têm a tendência à menor efetividade de comunicação com seus filhos, menor expressão de afeto e menor tempo de supervisão, em contraste com maior propensão a castigos físicos, independentemente do contexto étnico (BRADLEY, CORWYN, *et al.*, 2001).

Discute-se que parte desse problema seja advindo do estresse financeiro e psicossocial que aflige os pais nessas circunstâncias, o que foi estudado no trabalho pioneiro de Glenn Elder durante a Grande Depressão nos Estados Unidos (ELDER, LIKER e CROSS, 1984). Foi observado que perdas financeiras estão ligadas a maior irritabilidade, depressão e comportamento explosivo nos pais, levando a práticas disciplinares mais rígidas e arbitrárias, o que levou ao aumento de problemas socioemocionais e comportamentais nas crianças (ELDER, NGUYEN e CASPI, 1985), sendo esses mesmos resultados replicados em estudos mais recentes em cenários de crise (KOTCHICK e FOREHAND, 2002).

Além da condição econômica, outros fatores do ambiente sociocultural também se fazem presentes no processo de parentalidade. Em estudos nos Estados Unidos com famílias afro-americanas, percebeu-se que os pais educavam os filhos com valores de orgulho à negritude e de forma a se tornarem cientes das discriminações raciais e da história de opressão sofrida por seus descendentes. Acredita-se que com o intuito de ensiná-los não só a lidar com a discriminação, mas também a lidar com a

ambiguidade de coexistir entre a comunidade negra e a cultura hegemônica dos brancos (KOTCHICK e FOREHAND, 2002).

É possível inferir, portanto, que a experiência de parentalidade não depende somente de características culturais, individuais ou cognitivas dos pais, mas também de suas circunstâncias ambientais e psicológicas (KOTCHICK e FOREHAND, 2002).

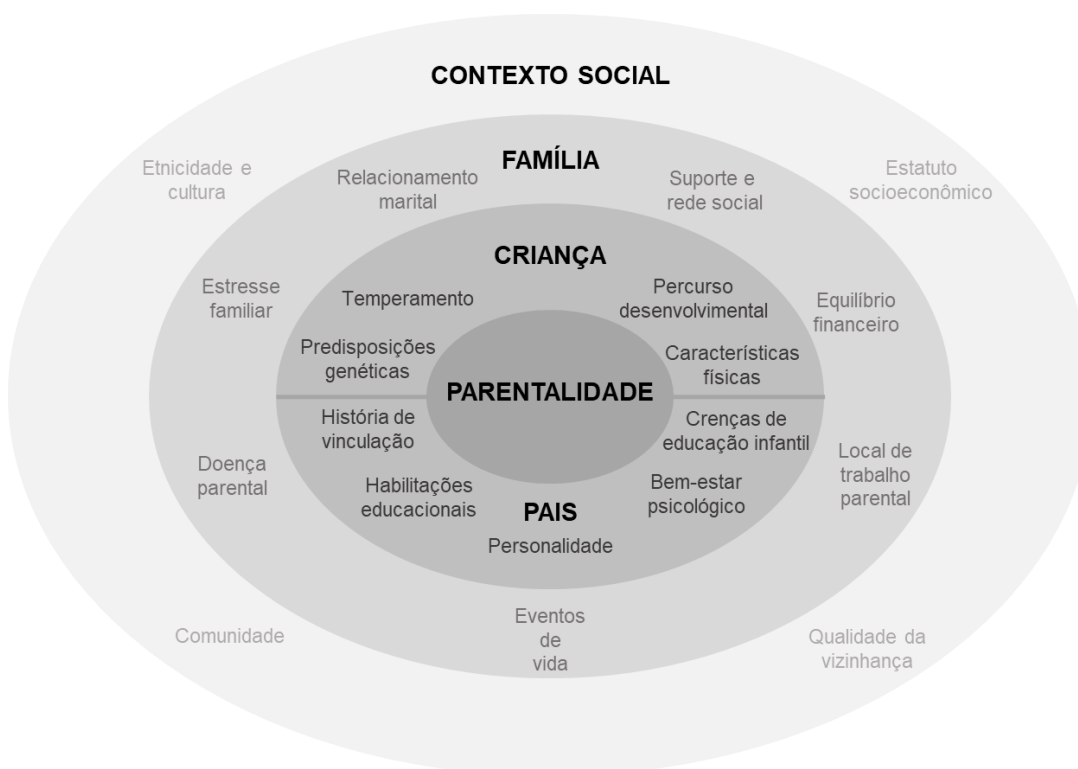
4.1.3 Comunidade e vizinhança

É importante ressaltar ainda que o contexto em que se vive, além de influenciar o comportamento dos pais e conseqüentemente a parentalidade, tem um efeito direto nas crianças. Autores acreditam que muitas vezes as características individuais dos pais podem tornar-se secundárias quando comparadas às características da comunidade em que a criança vive e a influência no seu desenvolvimento (BARROSO e MACHADO, 2010). Em ambientes de maior adversidade, destaca-se ainda mais a necessidade de incrementar competências de autorregulação e autoestima, assim como maior monitorização parental. Acredita-se que se pode promover a resiliência em ambientes sociais de privação econômica a partir do acesso a recursos pessoais, familiares e comunitários que atenuem os efeitos decorrentes dessa desvantagem financeira, o que pode ocorrer no campo de intervenções em saúde, econômicas e até culturais (BARROSO e MACHADO, 2010).

4.1.4 Modelo ambiental

Valorizando também fatores ambientais, além dos processos interpessoais entre pais e filhos, foi desenvolvido um modelo ecológico de parentalidade por Luster e Okagaki (1993), posteriormente aprimorado por Kotchick e Forehand (2002) (KOTCHICK e FOREHAND, 2002). Tal modelo busca melhor compreender e abranger o contexto social e efeitos da etnicidade, cultura, estado socioeconômico, ambiente comunitário e vizinhança, o que pode ser visualizado na representação da Figura 2 (BARROSO e MACHADO, 2010).

Figura 2 - Modelo ecológico da parentalidade de acordo com Kotchick e Forehand (2002) e Luster e Okagaki (1993)



Adaptado de BARROSO e MACHADO, 2010.

O exercício da parentalidade, portanto, é submetido a fatores construídos socialmente, sendo o seu entendimento dependente de impressões subjetivas, como crenças culturais e questões contextuais, o que pode ser significativamente diferente conforme local e época e dependentes ainda de valores pessoais individuais dos cuidadores. Não obstante, as dimensões e tarefas estruturais surgidas na relação parental em vários contextos possuem perfis de similaridade e parece que, mesmo em tipos semelhantes, os desfechos podem ser diferentes a depender do ambiente. (BARROSO e MACHADO, 2010)

De modo simplificado, vários estudos em diversos países dividem os estilos de parentalidade em autoritário (*authoritarian*), indulgente (*indulgent*) e moderado (*authoritative*), tendo os desfechos de cada estilo variado a depender do estudo e de diferentes influências culturais e sociais. Em grande parte dos países estudados, o estilo de parentalidade mais moderado foi relacionado a desfechos positivos, em contraste com estilos muito autoritários ou muito permissivos (GARCIA e GRACIA, 2009).

Tais estudos levaram à ponderação de existir estratégias universalmente melhores de parentalidade, o que ainda é controverso. Certas pesquisas mostraram que nem sempre o estilo moderado é benéfico em famílias de minorias étnicas (BARROSO e MACHADO, 2010) e um estudo realizado na Espanha relacionou estilos mais indulgentes a desfechos semelhantes de estilos moderados (GARCIA e GRACIA, 2009). Paralelamente, em algumas pesquisas realizados com populações chinesas, estilos mais autoritários levaram a um melhor rendimento acadêmico, embora não tenha sido consenso entre todos os artigos e o desfecho analisado tenha sido menos amplo (HUANG, HSIEH, *et al.*, 2019) (KOTCHICK e FOREHAND, 2002).

Analisando alguns desses estudos, autores sugerem que parentalidades que enfatizam controle, altas expectativas, obediência e respeito à autoridade podem ser mais adaptativas para algumas crianças que se desenvolvem em meios comunitários desfavorecidos ou considerados de risco (KOTCHICK e FOREHAND, 2002). Em uma pesquisa realizada em favelas do Rio de Janeiro, onde mães usavam práticas punitivas de maneira sistemática, comenta-se que “sua disciplina é dura, mas ela está a tentar assegurar que as crianças tenham certas competências, assim como atitudes de obediência, humildade e subserviência, necessárias para que um sujeito negro pobre possa sobreviver no Brasil urbano” (GOLDSTEIN, 1998, p. 411) .

4.1.5 Contexto brasileiro

A realidade brasileira é ainda marcada por uma relevante proporção de famílias monoparentais, principalmente de mulheres sem cônjuge, o que influencia nas relações de parentalidade. De acordo com o IBGE, o percentual de domicílios compostos por mulheres sem cônjuge em 2000 era de 15,3%, e ,em 2010, de 16,2%, conforme representado no Gráfico 1 (IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2012).

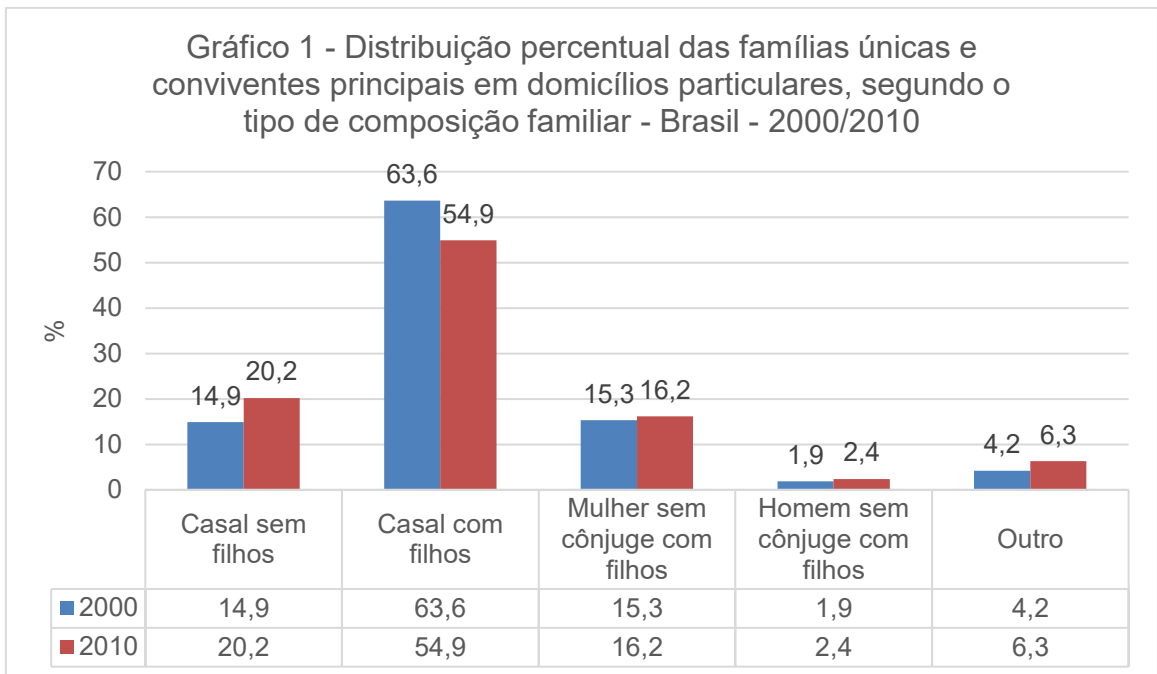


Gráfico 1 - Fonte: Adaptado de IBGE, 2012

Além de serem maioria absoluta em famílias de organização monoparental, as mulheres vêm se tornando cada vez mais ativas no mercado de trabalho e a proporção de domicílios com uma representante feminina responsável pela família vem crescendo, passando de 22,2% em 2000 para 37,3% em 2010, segundo o Censo do IBGE, o que está esquematizado no Gráfico 2 (IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2012).

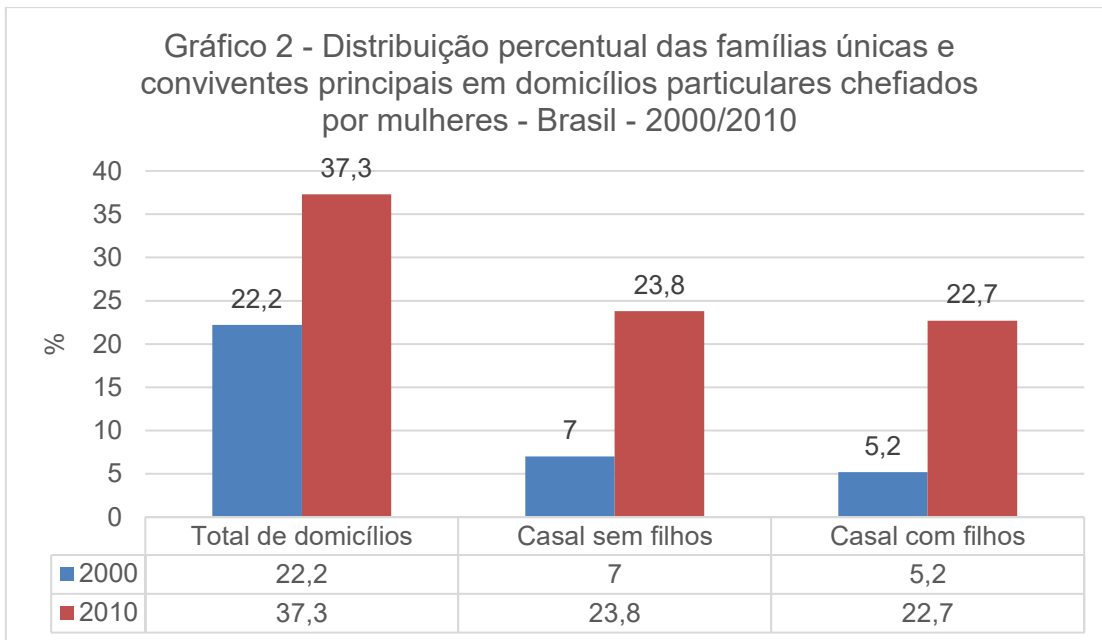


Gráfico 2 - Fonte: Adaptado de IBGE, 2012

Essa mudança vem ocorrendo historicamente em consequência das lutas de emancipação feminina e transformações no mercado de trabalho. Se antes percebia-se a hegemonia do modelo familiar patriarcal, caracterizado pelo arranjo composto de pai, mãe e filhos, com o primeiro exercendo papel socialmente legitimado de autoridade sobre os demais, hoje percebemos uma decadência de tal modelo e a reconfiguração da família moderna com o aumento de famílias monoparentais femininas, do número de lares chefiados por mulheres e ainda de casais homoafetivos com filhos. Tal ressignificação de papéis e relações sociais tem impacto direto nas relações de parentalidade (PERUCCHI e BEIRÃO, 2007).

Entretanto, o mercado de trabalho ainda se apresenta preso a vários valores patriarcais. As mulheres chefes de família, cujas práticas confrontam o modelo tradicional, sofrem a desvalorização do seu trabalho. Em geral, recebem salários inferiores e menos benefícios que os homens, além de carregarem, de acordo com valores comumente pregados na sociedade, a responsabilidade pelos trabalhos domésticos e pela educação dos filhos. Acumulando tantas funções, o que muitas vezes é chamado de dupla jornada de trabalho, as mulheres com frequência são colocadas em estado limite de esgotamento físico e mental. (PERUCCHI e BEIRÃO, 2007)

Estudos qualitativos demonstram que, apesar dos cuidadores possuírem uma visão positiva de seus filhos, percebem a parentalidade como um processo estressante, principalmente por pressões de contexto laboral, financeiro e das expectativas de que os filhos precisam estar ativos e sentirem-se bem (BARROSO e MACHADO, 2010). É importante então considerarmos as necessidades pessoais dos responsáveis de descanso, evitando esgotamentos, sendo recomendado em protocolos de parentalidade da *American Academy of Family Physicians* (AAFP) reservar tempo para o autocuidado e investimento em outras relações pessoais, ocasionalmente deixando os filhos com pessoas de confiança (KAVAN, SAXENA e RAFIQ, 2019).

Portanto, ao se estudar e debater parentalidade, inclusive durante consultas com os cuidadores, deve-se considerar toda a complexidade do processo, de forma a alinhar expectativas e adequar orientações, refletindo a viabilidade de sua aplicação. Assim espera-se construir um plano em conjunto com os cuidadores que contemple seus valores individuais e os recursos acessíveis, sem ignorar o seu bem estar.

4.2 Normal e patológico na infância

4.2.1 Queixas comportamentais

Em reflexões sobre a parentalidade, torna-se essencial abordar o comportamento infantil, pois o esgotamento dos pais está ligado não apenas à rotina de cuidados, mas muitas vezes é agravado por questões comportamentais dos filhos, que se tornam verdadeiros eventos estressores no núcleo familiar. Tornam-se, então, queixas comuns questões de recusa alimentar, resistência em seguir regras, dificuldades na hora do banho ou sono, crises emocionais após negações e dificuldades de controlar o uso de aparelhos eletrônicos (KAVAN, SAXENA e RAFIQ, 2019) (BAX, SHAWLER, *et al.*, 2018) (COUNCIL ON COMMUNICATIONS AND MEDIA, 2016).

No Brasil, um estudo qualitativo observou que grande parte das demandas para crianças, principalmente na área de saúde mental, não se referiam a quesitos especificamente de saúde, mas a questões comportamentais, sociais e políticas. As principais queixas que levaram os responsáveis a procurar o serviço de saúde foram: dificuldades de aprendizagem, agitação e agressividade, violência (tendo a criança sofrido ou presenciado), desobediência, conflitos familiares, tristeza, *Bullying* e questões ligadas à sexualidade da criança (SANCHES e AMARANTE, 2014).

Antigamente, a morbidade pediátrica e as demandas relacionadas à sua saúde eram principalmente de caráter infeccioso e nutricional, porém, com a transição demográfica e epidemiológica, as “doenças crônicas” infantis passaram a ser muitas vezes as condições relacionadas ao seu ambiente e desenvolvimento. Se antes as discussões em saúde eram pautadas por tópicos como mortalidade infantil por diarreia e epidemia de poliomielite, hoje discute-se temas como vulnerabilidade econômica, questões comportamentais, epidemia de doenças mentais e influência das tecnologias na saúde, conforme esquematizado na Tabela 1.

Tabela 1 - Tendência secular na morbidade pediátrica

| Época | Principais causas de morbidade pediátrica |
|---|--|
| Morbidade pediátrica clássica (1900-1955) | Doenças infecciosas Alta mortalidade infantil |

| | |
|--|--|
| | Nutrição deficiente Doenças crônicas incuráveis Epidemias (poliomielite, influenza) |
| A nova morbidade (1955-1990) | Distúrbios familiares Problemas de aprendizado Problemas emocionais |
| Além da nova morbidade (anos 1990) | Desagregação social Perturbações políticas, guerras Novas epidemias (violência, AIDS, cocaína, sem-teto) Sobrevivência aumentada |
| Morbidade do novo milênio (presente) | Influências socioeconômicas Desigualdades de acesso aos cuidados de saúde Influência das tecnologias na saúde (incluindo TV, celular e internet) Obesidade Doenças mentais |

Fonte: adaptada de PALFREY, TONNIGES, *et al.*, 2005.

4.2.2 Uso de tecnologias de informação e comunicação

O acesso não supervisionado de crianças e adolescentes à internet tornou-se uma crescente preocupação entre pais e serviços de saúde na atualidade. A pesquisa TIC KIDS ONLINE – Brasil (2018), realizada pelo Cetic.br/NIC.br5, entrevistou 2964 famílias de crianças e adolescentes brasileiros entre 9 e 17 anos, revelando que 86% estão conectados à internet, o que corresponde a 24,3 milhões de usuários na Internet, sendo em 93% dos casos por meio do telefone celular. Ressalta-se que, entre os participantes, 26% já foram tratados de forma ofensiva (discriminação ou cyberbullying); 20% relataram contato com conteúdos sensíveis sobre alimentação ou sono; 16% acesso a imagens ou vídeos de conteúdo sexual; 16% com formas de machucar a si mesmo; 14% com fontes que informam sobre formas de cometer suicídio e 11% com experiências com o uso de drogas. Além disso, dentre todos os entrevistados, considerou-se que 24% ficaram muito tempo na Internet e 25% não conseguiram controlar o próprio uso, mesmo ao tentarem reduzir o tempo de acesso (GRUPO DE TRABALHO SAÚDE NA ERA DIGITAL, 2019).

Tais dados reforçam a importância do tema, demonstrando seu risco à saúde, principalmente para transtornos de saúde mental e problemas comportamentais, o que é reforçado pelos atualizados critérios do CID-11 para dependência digital (GRUPO DE TRABALHO SAÚDE NA ERA DIGITAL, 2019). A Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) promoveu então um novo Grupo de Trabalho de Saúde na Era Digital, redigindo em 2019 um manual de orientação atualizado sobre uso de telas, denominado “#MENOS TELAS #MAIS SAÚDE”. Destacam os principais problemas

médicos e alertas de saúde em crianças e adolescentes na Era Digital, como dependência digital e uso problemático de mídias interativas, ansiedade, depressão, transtorno do sono, transtornos de imagem corporal, sedentarismo, entre outros, elencados na tabela seguinte (GRUPO DE TRABALHO SAÚDE NA ERA DIGITAL, 2019).

Tabela 2 - Principais Problemas Médicos e Alertas de Saúde de Crianças e Adolescentes na Era Digital da Sociedade

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">- Dependência Digital e Uso Problemático das Mídias Interativas- Problemas de saúde mental: irritabilidade, ansiedade e depressão- Transtornos do déficit de atenção e hiperatividade- Transtornos do sono- Transtornos de alimentação: sobrepeso/obesidade e anorexia/bulimia- Sedentarismo e falta da prática de exercícios- Bullying & cyberbullying- Transtornos da imagem corporal e da autoestima- Riscos da sexualidade, nudez, sexting, sextorsão, abuso sexual, estupro virtual- Comportamentos auto lesivos, indução e riscos de suicídio- Aumento da violência, abusos e fatalidades- Problemas visuais, miopia e síndrome visual do computador- Problemas auditivos e PAIR, perda auditiva induzida pelo ruído- Transtornos posturais e musculoesqueléticos- Uso de nicotina, vaping, bebidas alcoólicas, maconha, anabolizantes e outras drogas |
|--|

Fonte: (GRUPO DE TRABALHO SAÚDE NA ERA DIGITAL, 2019, p. 5)

A neuroplasticidade ímpar da infância e adolescência implica em grande potencial de desenvolvimento, mas também representa maior risco nessa fase para a influência de determinantes externos no desenvolvimento. O uso indevido de tecnologias pode impactar de maneira significativa o neurodesenvolvimento, principalmente por ressignificar ou mesmo diminuir atividades classicamente relacionadas ao desenvolvimento saudável, como interação social. Tal período pode acabar não sendo devidamente aproveitado ao se passar muitas horas usando celulares ou televisão ao invés de se dedicar a outros afazeres de aprendizado ou se relacionando com os pares. Com isso, a SBP após deliberações atualizou suas orientações no Manual de 2019, restringindo o tempo de tela em todas as idades, além de outras recomendações, que estão elencadas na Tabela 3 a seguir (GRUPO DE TRABALHO SAÚDE NA ERA DIGITAL, 2019).

Tabela 3 - Recomendações do Manual de orientações da SBP quanto ao uso de dispositivos eletrônicos para Crianças e Adolescentes na Era Digital da Sociedade

- Viver com mais saúde é do lado de cá junto com as crianças e adolescentes, não é do lado de lá das telas com robôs e algoritmos!
- Evitar a exposição de crianças menores de 2 anos às telas, sem necessidade (nem passivamente!)
- Crianças com idades entre 2 e 5 anos, limitar o tempo de telas ao máximo de 1 hora/dia, sempre com supervisão de pais/cuidadores/responsáveis.
- Crianças com idades entre 6 e 10 anos, limitar o tempo de telas ao máximo de 1-2 horas/dia, sempre com supervisão de pais/responsáveis.
- Adolescentes com idades entre 11 e 18 anos, limitar o tempo de telas e jogos de videogames a 2-3 horas/dia, e nunca deixar “virar a noite” jogando.
- Não permitir que as crianças e adolescentes fiquem isolados nos quartos com televisão, computador, tablet, celular, smartphones ou com uso de webcam; estimular o uso nos locais comuns da casa.
- Para todas as idades: nada de telas durante as refeições e desconectar 1-2 horas antes de dormir.
- Oferecer alternativas para atividades esportivas, exercícios ao ar livre ou em contato direto com a natureza, sempre com supervisão responsável.
- Nunca postar fotos de crianças e adolescentes em redes sociais públicas, por quaisquer motivos
- Criar regras saudáveis para o uso de equipamentos e aplicativos digitais, além das regras de segurança, senhas e filtros apropriados para toda família, incluindo momentos de desconexão e mais convivência familiar.
- Encontros com desconhecidos online ou off-line devem ser evitados, saber com quem e onde seu filho está, e o que está jogando ou sobre conteúdos de risco transmitidos (mensagens, vídeos ou webcam), é responsabilidade legal dos pais/cuidadores.
- Estimular a mediação parental das famílias e a alfabetização digital nas escolas com regras éticas de convivência e respeito em todas as idades e situações culturais, para o uso seguro e saudável das tecnologias.
- Conteúdos ou vídeos com teor de violência, abusos, exploração sexual, nudez, pornografia ou produções inadequadas e danosas ao desenvolvimento cerebral e mental de crianças e adolescentes, postados por cyber criminosos devem ser denunciados e retirados pelas empresas de entretenimento ou publicidade responsáveis.
- Identificar, avaliar e diagnosticar o uso inadequado precoce, excessivo, prolongado, problemático ou tóxico de crianças e adolescentes para tratamento e intervenções imediatas e prevenção da epidemia de transtornos físicos, mentais e comportamentais associados ao uso problemático e à dependência digital.
- Leis de proteção social e do uso seguro e ético das tecnologias existem, devem ser respeitadas por todos e multiplicadas em campanhas de educação em saúde acessíveis ao público, em geral.
- Responsabilidade social é também uma questão de direitos à saúde e prevenção de riscos e danos para Crianças e Adolescentes na Era Digital.

Fonte: (GRUPO DE TRABALHO SAÚDE NA ERA DIGITAL, 2019, p. 7)

Além do tempo de uso diário de tecnologias, é também imprescindível avaliar outros fatores predisponentes e precipitantes de questões comportamentais, incluindo o contexto cultural, a dinâmica familiar, o relacionamento entre pais-filhos e seus valores e regras do convívio familiar. As principais alterações de comportamento e de saúde, para além do uso precoce e excessivo de tecnologias da informação e comunicação, estão frequentemente associadas entre si e são consideradas de

etiologia multifatorial (GRUPO DE TRABALHO SAÚDE NA ERA DIGITAL, 2019). A origem de um problema comportamental pode incluir aspectos biológicos, como Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), temperamento pessoal e questões do dia-a-dia. Dentre as últimas, podemos citar cansaço, tédio, fome, falta de atenção dos adultos, a falta de disciplina, bem como uma disciplina muito rígida (BANKS, 2002).

4.2.3 Histórico da infância

A busca por assistência médica relativa ao comportamento infantil é frequente, de tal forma que se faz importante refletir sobre a interpretação de um comportamento como saudável ou patológico. Esta interpretação, entretanto, transcende a relação clássica de saúde e doença para entendimento do patológico, sendo importante também considerar a interpretação única daquela família para tal acontecimento, uma vez que tal entendimento perpassa conceitos parentais e comunitários de normal ou problemático. A abordagem de tais comportamentos depende intrinsecamente da visão de mundo e educação dos pais, que, por conseguinte, está baseada nos valores culturais daquela sociedade. A interpretação de se um comportamento é saudável ou patológico depende, portanto, não apenas da visão de saúde e doença, mas do entendimento de o que é infância e do que podemos esperar de uma criança (BARBOSA, 2013).

O conceito de infância é dependente do contexto e tem se transformado ao longo do tempo e espaço, variando de acordo com as relações sociais, culturais e econômicas de uma comunidade. Seu significado pode ser considerado um processo de construção social, que à cada época corresponde ao discurso dos modelos hegemônicos vigentes, dependentes de relações de poder (BARBOSA, 2013).

A sociedade ocidental foi pautada em valores judaico-cristão durante grande parte de sua história, sendo a Bíblia católica um referencial dessa mentalidade. O uso de castigo corporal como método disciplinar está presente em alguns provérbios, como “Não poupes ao menino a correção: se tu o castigares com a vara, ele não morrerá; castigando-o com a vara salvarás sua vida da morada dos mortos” (Bíblia sagrada, p. Provérbios 23: 13-14).

Santo Agostinho (354-430 d.C.), outra referência católica importante, influenciou a imagem da infância por vários séculos em sua concepção de não haver

inocência infantil, pois considerava que a criança trazia o pecado original desde o ventre materno, tendendo sempre para o mal. Desta forma, acreditava que, por esta ser a personificação do pecado, a redenção viria na forma de combate à infância, com a anulação de sua corrupção através de ameaças e punições físicas (ARIÈS, 1981) (WEBER, VIEZZER e BRANDENBURG, 2004). O castigo físico e o infanticídio eram permitidos por lei, sendo sua primeira proibição nas sociedades ocidentais promulgada apenas em 374 d.C. (WEBER, VIEZZER e BRANDENBURG, 2004).

Até aproximadamente o século XVI e XVII não havia distinção clara entre os estágios da vida ou separação das atividades cotidianas entre as idades. Durante grande parte da história, crianças com mais de sete anos eram tratadas como pequenos adultos, frequentando os mesmos ambientes e realizando as mesmas tarefas, e era crescendo no meio adulto e observando seus afazeres que ocorria a aprendizagem (BARBOSA, 2013) (DO NASCIMENTO, BRANCHER e DE OLIVEIRA, 2008).

Em meados do século XVIII, com a ascensão sociocultural da burguesia e das ideias iluministas, a infância passa a ser analisada como uma existência separada, o adulto começa a preocupar-se com a criança como um ser dependente e fraco, ligando essa etapa de vida à ideia de proteção (DO NASCIMENTO, BRANCHER e DE OLIVEIRA, 2008) e tomando como um ideal transformar todo jovem em um “homem dotado de razão” (BARBOSA, 2013).

De acordo com Ariès (1981), um dos primeiros a se dedicar ao estudo da infância, o sentimento contemporâneo de infância surgiu nos primórdios da sociedade industrial. Nesta época, a aprendizagem formal passou a ser de responsabilidade da instituição escolar, enquanto que à instituição familiar caberia o lugar da afeição (ARIÈS, 1981), sendo então a criança configurada como um objeto misto de proteção-repressão (DO NASCIMENTO, BRANCHER e DE OLIVEIRA, 2008). Dentro desse contexto, a criança era vista apenas com um ser biológico, irracional, como um recipiente vazio que deve ser preenchido pelo adulto, necessitando de grandes cuidados e, também, uma rígida disciplina (DO NASCIMENTO, BRANCHER e DE OLIVEIRA, 2008) (BARBOSA, 2013).

Concomitantemente à redução dos números de filhos por família, viu-se uma preocupação cada vez maior dos cuidadores em se dedicar ao bem-estar dos filhos, questão agora considerada de responsabilidade dos pais. Com isso, a organização

familiar tornou-se nuclear, consolidando o modelo da família moderna burguesa no final do século XIX (BARBOSA, 2013).

Em relação ao cuidado em saúde, inicialmente este se baseava em aconselhamentos comportamentais e morais. O termo 'Puericultura' foi cunhado em 1865 por Caron, médico francês, que a denominava "ciência de elevar higienicamente e filosoficamente as crianças". Foi a partir do fim do século XIX, sob influência de descobertas de Pasteur e outros cientistas da época, que a puericultura adquiriu caráter mais técnico, com uma tentativa de depuração de conteúdos que não tivessem base científica (ALMEIDA, 2010).

A instituição escolar também foi se transformando e ganhando crescente importância, tornando-se a única forma considerada válida de aprendizado e possuindo a função de aperfeiçoar intelectual e fisicamente os indivíduos através do disciplinamento baseado na ordem, para que então esses servissem à sociedade (BARBOSA, 2013). Em meados do século XX, Émile Durkheim, um dos fundadores da sociologia francesa, publica "Educação e sociologia" onde considera que educar é inscrever na subjetividade da criança três elementos da moralidade: disciplina, abnegação e autonomia da vontade - sinônimos de submissão esclarecida (DURKHEIM, 1978).

Com o passar dos anos, o tempo que as crianças permaneciam na escola crescia cada vez mais, acompanhando o aumento da carga horária trabalhista de suas famílias. Dentro da escola, as crianças têm contato com poucos adultos, que apresentam papéis bem definidos e configuram uma convivência limitada e restritiva. Essa configuração de interação com adultos resulta em relações que majoritariamente não configuram amizade e interpessoalidade, mas são pautadas em autoridade (DO NASCIMENTO, BRANCHER e DE OLIVEIRA, 2008).

Em contraste, alguns pensadores, como o educador Paulo Freire, defendiam uma educação mais democrática. Acreditava que a educação, da criança e do adulto, deve ser um trabalho do homem com o homem, e não um trabalho vertical e assistencialista do homem sobre o homem ou para o homem, sem este. Ao não dicotomizar o mundo da objetividade do mundo da subjetividade, reconheceu a importância do corpo e do afeto, as diferenças na proposição dialogal, os determinantes das classes sociais e a defesa de uma ética universal do ser humano. Considera o campo da educação não apenas como gnosiológica, de estudo do

conhecimento, mas também como um ato sempre e necessariamente político (FREIRE, 1959) (NEVES, FLORES, *et al.*, 2018).

Como ponderou Neto *et al.*, “*Muitas pesquisas têm lançando seu olhar “sobre” as crianças e sua infância e não um olhar ‘às’ e ‘com’ as crianças, o que pode vir a significar muitas vezes um olhar já preconcebido para as mesmas e suas produções.*” (NEVES, FLORES, *et al.*, 2018, p. 15). Considera que idealmente deve-se olhar para a infância a partir dela, e não para ela e sobre ela, reconhecendo a criança também como um sujeito da e na história (NEVES, FLORES, *et al.*, 2018). Para Freire, a criança, assim como o adulto, é compreendida como um ser histórico, inacabado (FREIRE, 1959) e, além de produto, também é produtor de cultura (NEVES, FLORES, *et al.*, 2018).

Entretanto, ainda há um grande abismo entre os discursos pedagógicos e a prática, como ressaltam Neto, Alves e Silva (2011):

O mundo é pensado pelo adulto para o adulto, ficando as crianças submetidas a certo “adultocentrismo”. Com isso é negado a elas o tempo necessário para atender suas necessidades, sendo impressa aqui a lógica temporal do adulto; os espaços para brincar vão se tornando cada vez mais escassos; o currículo oferecido é descontextualizado da própria realidade, marcado por um caráter pragmático; continua-se a prepará-las para as séries escolares posteriores, ou melhor, para o mercado.

(NETO, ALVES e SILVA, 2011, p. 15)

As instituições escolares muitas vezes ainda são instrumentos não de criação de seres pensadores críticos, mas de manutenção da ordem social burguesa, visando formar trabalhadores adequados e, ao mesmo tempo, consumidores.

Os avanços tecnológicos viabilizam e potencializam ainda mais o acesso das crianças a informação e ao mercado, o que antes eram considerados pertencentes ao mundo adulto, colocando-as cada vez mais num processo de adultização, e às vezes até mesmo como tradutoras do mundo das tecnologias para os adultos. Ainda considerando a infância como um fenômeno sócio-histórico, tem-se nos dias de hoje a influência significativa dos meios de comunicação nas instituições responsáveis por sua formação – a família e a escola – bem como contato direto das crianças com esse meio em grande proporção, conforme abordado anteriormente (BARBOSA, 2013). Dessa forma, por meio das redes sociais também acabam sendo reforçados o incentivo à individualização do sucesso, a lógica vigente de mérito pessoal, (BARBOSA, 2013), o imediatismo, o culto à imagem e o narcisismo.

A cultura midiática de grande fluxo de informações leva à absorção de padrões de gosto, comportamento e consumo, além da internalização de “imagens de felicidade” e promessas de realização. Tais elementos são produzidos e disseminados por meios de comunicação, entretenimento e publicidade, influenciando as relações inter e intrapessoais e favorecendo, em última instância, a cultura de mercado. A infância insere-se também dentro da lógica de economia de mercado, que é norteada pelo consumo e lucro, podendo então a criança ser vista como um corpo que consome coisas de criança (BARBOSA, 2013).

4.2.4 Conceito de saúde e medicalização

Como abordado anteriormente, a interpretação de um comportamento como normal ou patológico depende do entendimento circunstancial da infância e das expectativas que se tem em relação a criança. Essa interpretação ocorre então no campo sociocultural, e traz também, reflexões de visões de saúde e doença. Atualmente, a definição de saúde da Organização Mundial de Saúde (OMS) consiste em um estado de completo bem-estar físico, mental e social, não somente ausência de doença. Dentro dessa visão, cabe refletir, então, se qualquer tipo de mal-estar configura doença e qualquer tipo de desconforto gerado pelo comportamento de crianças necessitaria de intervenção em saúde, resultando em tratamento médico. (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO, 2018)

Poder-se-ia criar um falso entendimento de que sintomas como tristeza, angústia, ansiedade, medo, agitação precisam de tratamento especializado e têm uma resolução médica, com expectativa muitas vezes de uma intervenção farmacológica (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO, 2018). Em um estudo qualitativo realizado no Rio de Janeiro, o autor observou que comportamentos como timidez, agitação e tristeza foram frequentemente considerados doenças. Evidenciou-se ainda uma alta tendência de rotular crianças agitadas como portadoras de Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) (SANCHES e AMARANTE, 2014).

Na visão de Foucault (1980), através da racionalidade científica, saúde e doença passam a ser objeto da medicina, com seu poder de normatização indo além da construção de saber médico, pautando também soluções clínicas para problemas de teor social. Desta forma, a medicina tomaria a sociedade como objeto de

higienização, disciplinando os corpos e ,com a ampliação da sua apropriação, regulando seus comportamentos (FOUCAULT, 1980).

A proliferação de diagnósticos que interpretam comportamentos anteriormente vistos como normais como patologias pode levar a um fenômeno conhecido como “medicalização da vida”, inserindo questões de ordem social, política e cultural em “distúrbios” e “transtornos” capazes de serem rotulados por classificações psiquiátricas e, então, passíveis de medicalização (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO, 2018).

Para Peter Conrad, sociólogo que estuda medicalização, medicalizar é como apropriar-se de um problema em termos médicos, pautando-o em um campo onde somente especialistas pode discuti-lo, retirando a população geral e o paciente da discussão de sua significação (CONRAD, 1992).

Uma questão social extremamente importante na infância, o ensino, passou a ser muitas vezes colocado como um problema médico, com a captação das escolas pelo processo medicalizante, o que é denominado por Moysés (2001) de medicalização do fracasso escolar. A autora Maria Aparecida Affonso Moysés, pediatra e estudiosa da medicalização, destaca que dificuldades de aprendizagem estão sendo trazidas como doença para o campo da saúde, retirando o debate do desgaste que o sistema educacional vive atualmente e descontextualizando as crianças do seu mundo, considerando-as apenas um corpo biológico com um defeito orgânico (MOYSÉS, 2001).

Em um estudo realizado no Rio de Janeiro, os autores consideraram que o espaço escolar atuou mais como um espaço de diagnóstico do que como um ambiente de alternativas pedagógicas. Percebeu que as crianças que apresentavam comportamentos ditos inadequados tinham uma diminuição da sua carga horária escolar e as com dificuldades de aprendizagem eram encaminhadas para serviços de saúde mental (SANCHES e AMARANTE, 2014).

Quando um comportamento inadequado em sala de aula passa a ser considerado um problema médico, a criança é analisada por profissionais de saúde, que muitas vezes possuem uma óptica biomédica simplista, com tendência a interpretar problemas de comportamento como tendo origens orgânicas ou bioquímicas (CONRAD, 1992). A psiquiatria então, em consonância com um contexto histórico-social, reforça certas concepções do que se concebe como norma e desvio

na infância. Trata-se, portanto, não somente de uma relação causal, mas uma relação simultânea: enquanto a psiquiatria se vincula a uma certa noção de infância, também a cria de maneira performativa (KLEIN e LIMA, 2017).

Em 1952 foi lançado o “*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV*” (DSM-IV), e Allen Frances, um dos coordenadores da sua força-tarefa, anos mais tarde comentou que esse manual diagnóstico provocou ao menos três epidemias não previstas: o transtorno bipolar, o transtorno do déficit de atenção e hiperatividade e o autismo (BARROSO e MACHADO, 2010). Segundo dados da *British Medical Association*, o número de crianças que podem ser categorizadas como portadoras de uma doença mental dobrou entre 1970 e 1990 (KLEIN e LIMA, 2017).

O Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) talvez seja um dos maiores exemplos da mudança de interpretação de certos comportamentos, passando de um termo diagnóstico pouco usado e conhecido antes dos anos 80-90 para uma verdadeira epidemia. O *Centers of Disease Control and Prevention (CDC)* dos Estados Unidos fez um levantamento que, em 2016, 6,1 milhões de crianças entre 2-17 anos tinham o diagnóstico de TDAH. Dessas crianças diagnosticadas, cerca de 62% estavam em uso de medicação, o que representa 1 em cada 20 crianças estadunidenses. Apesar desse índice elevado de uso de medicações, apenas 47%, receberam algum tipo de tratamento comportamental para TDAH no último ano (DANIELSON, BITSKO, *et al.*, 2018).

No Brasil, um estudo do Instituto de Medicina Social da UERJ revelou que entre os anos de 2003 e 2013 houve um aumento de 775,53% da comercialização de metilfenidato (BARROS, 2014), uma das principais drogas usadas no tratamento de TDAH. O presidente da Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), Antônio Geraldo da Silva, diz acreditar que esse número ainda representa subdiagnóstico e subtratamento, declarando: “Com o crescimento do acesso à medicação, estamos talvez começando a adequar a proporção de pessoas com o transtorno e pacientes tratados. Mas hoje, infelizmente, ainda temos um subtratamento de TDAH” (VEJA, 2014).

Apesar do metilfenidato também ser usado para tratamento em adultos e de existir o uso indevido para aumentar o rendimento em atividades intelectuais, o crescimento de sua comercialização levanta um alerta para o volume de diagnósticos e intervenções farmacológicas realizadas em crianças e adolescentes. A despeito de

serem detentores de direitos, os mais jovens dependem da noção de cuidado que os adultos responsáveis por eles têm, sendo então um grupo de risco de medicalização (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO, 2018).

Ressalta-se ainda que o cérebro infantil está em formação e os efeitos de medicações psicotrópicas em seu desenvolvimento não estão esclarecidos, com poucas pesquisas conseguindo verificar benefícios e malefícios a longo prazo. O uso de muitas medicações ainda é *off-label*, ou, como no caso de medicações antidepressivas e antipsicóticas, têm ainda evidências frágeis, sendo a maioria dos estudos realizados em populações adultas, ocorrendo extrapolação de dados para o público infantil (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO, 2018). Além disso, em muitas afecções infantis de saúde mental não se tem critérios definidos de quais grupos realmente se beneficiariam de medicação (KLEIN e LIMA, 2017). A medicalização poderia ainda mascarar as manifestações das causas das dificuldades que a criança apresenta, podendo interferir em intervenções mais efetivas (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO, 2018).

É importante, portanto, o profissional de saúde ter uma postura crítica em relação aos fatores que podem influenciar na realização de diagnósticos de problemas de saúde mental na infância (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO, 2018). A dificuldade diagnóstica está atrelada à grande sobreposição dos sintomas entre as diversas comorbidades psiquiátrica e, concomitantemente, à subjetividade de interpretação de sinais ou comportamentos como patológicos ou dentro do espectro da normalidade (KLEIN e LIMA, 2017).

Muitas vezes ao fechar um diagnóstico incute-se a responsabilidade de certo comportamento a uma doença cerebral da criança ao invés de se observar suas nuances comportamentais e fatores correlacionados. A demanda social por imediatismo na resolução de problemas pode resultar em medicalização após diagnósticos precoces e falta de investimento em outras medidas, conforme observado nos estudos supracitados de TDAH. Ademais, no processo de rotulação diagnóstica pode-se reduzir o paciente a um transtorno e criar estigmas, além de desresponsabilizar e desempoderar a criança e os pais do manejo do comportamento (KLEIN e LIMA, 2017).

Segundo Ivan Illich (1975), padre, teólogo e sociólogo, a medicina moderna impõe-se como um Deus na batalha para erradicar a morte, a dor e a doença, minando

a capacidade pessoal de busca e autonomia por saúde e transformando as pessoas em consumidores ou objetos para a medicina. Em sua visão, a vida passaria a ser uma sequência de períodos em que se está sujeito a um tipo particular de cuidado terapêutico, não mais uma sucessão de diversas formas de saúde. Essa lógica faz com que a medicalização entre na cultura popular como algo natural, tendo em vista a necessidade contínua de cuidados médicos. O indivíduo passa então a estar dependente e submetido a uma medicina que impõe a medicalização para a sociedade, enquanto esta, por sua vez, perde sua autonomia de escolha perante o saber técnico do médico (ILLICH, 1975) (SANCHES e AMARANTE, 2014).

4.2.5 Despessoalização

Discutindo o impacto de diagnóstico e prescrição em saúde mental, Katherine Sharpe, mestre em literatura pela Universidade Cornell, contou sua experiência pessoal, assim como a de outros 40 entrevistados, do uso de antidepressivos inibidores seletivos da recaptção da serotonina (ISRS) durante a adolescência no livro *“Coming of Age on Zoloft: How antidepressants cheered us up, let us down, and changed who we are”* (2012). Destaca que os ISRS, lançados no final dos anos 80 e popularizados a partir dos anos 90, passaram a ter importante impacto na maneira com a qual os indivíduos se relacionavam com seus mal-estares psicológicos. Tal efeito foi sensivelmente significativo em adolescentes e adultos jovens que cresceram e amadureceram sob o efeito de tais fármacos (SHARPE, 2012).

Em uma fase de plena formação da identidade e transição para a vida adulta, a autora e parte dos entrevistados viviam constantes questionamentos de o que lhes era intrínseco e natural e do que era advindo de efeito farmacológico. O uso de ISRS foi associado ao receio de desaparecimento de sentimentos, mesmo que negativos, interferindo na maneira de lidar com o mundo e com a própria mente e, conseqüentemente, com o desenvolvimento da personalidade. Por outro lado, uma parte dos entrevistados adquiria uma postura de positividade frente aos remédios a partir de uma concepção biomédica da depressão, buscando ressignificar experiências da infância como justificadas por doença mental e “desequilíbrio químico” (SHARPE, 2012).

Cita ainda a influência no imaginário coletivo sobre antidepressivos do livro *“Ouvindo o Prozac”*, best-seller de 1993 do psiquiatra Peter Kramer. Este declara que

os medicamentos não apenas melhoravam sintomas depressivos, mas provocavam alterações positivas de personalidade e uma sensação de se estar “mais que bem”. Neste momento, cunhou-se o termo “psicofarmacologia cosmética” e, conjuntamente com a intensa publicidade dirigida diretamente ao consumidor, criou-se a uma nova maneira do público se relacionar com psicofármacos (SHARPE, 2012).

4.2.6 Fatores econômicos

A medicalização, além de problematizável dentro da ciência médica, também representa questões de interesses político-econômicos, seja das indústrias farmacêuticas, seja do complexo médico-industrial como um todo. A indústria farmacêutica, dotada de grande capital econômico e político, acaba interferindo de maneira tendenciosa na produção de conhecimento científico. O financiamento de grande parte das pesquisas médicas é submetido a interesses comerciais privados, com as temáticas de pesquisas e até mesmo a divulgação de seus resultados muitas vezes sendo regidos por interesses econômicos. As pesquisas sobre medicamentos alimentam ainda a produção de artigos científicos, aumentando a circulação específica do conhecimento de interesse dessa indústria, ao invés de servir a um propósito público e de bem estar da população (ANGELL, 2008).

A autora Márcia Angell, em seu livro “A verdade sobre os laboratórios farmacêuticos” (2008), discorre sobre os interesses da indústria farmacêutica em transformar pessoas com algum tipo de sofrimento físico ou mental em “usuários do sistema de saúde” e verdadeiros “consumidores”. Considera que os laboratórios se afastaram do intuito de criar e produzir medicamentos úteis para a população e transformaram-se em máquinas poderosas de marketing. Por essa óptica, mal-estares antes vistos como comuns são renomeados em doenças e vistos como um mercado a se explorar com uma medicação. Com essa vertente consumista, a área de saúde vem sendo submetida à lógica de mercado e a indústria farmacêutica, interessada em transformar todo cidadão em consumidor de seus produtos, capta pessoas saudáveis, que então estão consumindo cada vez mais medicamentos (ANGELL, 2008).

A compulsão por consumo de serviços de saúde, de maneira mais ampla, também é crescente. O profissional de saúde, pressionado por tempo de consulta, escolas, pacientes e suas famílias com expectativas de medicamentos que lhe aliviem

os sofrimentos, pode se sentir vencido por um processo poderoso e crescente na sociedade, como é o de medicalização (SANCHES e AMARANTE, 2014).

4.2.7 Situações problemáticas

É importante ressaltar, entretanto, que vários pacientes realmente necessitam de medicação psicotrópica, porém medicar ou diagnosticar uma criança com um transtorno mental é um ato de muita responsabilidade. É importante considerar as alterações comportamentais e sinais de sofrimento da criança para além do sentido de sinais e sintomas médicos, buscando possíveis fatores relacionados ao desenvolvimento de tais sintomas. Recomenda-se perguntar a cuidadores, escola e à própria criança sobre preocupações e sobre o cotidiano e, em caso de identificação de questões patológicas, buscar apoio multiprofissional junto à rede de atenção à saúde, como o Centro de Atenção Psicossocial Infanto Juvenil (CAPS IJ). (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO, 2018)

Assim, é importante o profissional de saúde saber acolher, orientar e distinguir questões comportamentais comuns de transtornos mentais e sinais de alerta para um problema externo, não perdendo oportunidades de realizar o diagnóstico oportuno e dar acesso ao tratamento a quem de fato necessita. A identificação oportuna de condições médicas que podem se apresentar com problemas de desenvolvimento ou comportamentais permite intervenções precoces e melhores desfechos a curto e longo prazo, incluindo melhor desempenho na escola e empregabilidade, além de menor necessidade de educação especial e menor incidência de problemas sociais e emocionais de maneira geral (AITES e SCHONWALD, 2020).

Desta forma, a AAFP recomenda técnicas de monitoramento de queixas comportamentais, o que auxilia no seu entendimento e atua como forma de vigilância de problemas mais graves (KAVAN, SAXENA e RAFIQ, 2019). Adicionalmente, deve-se avaliar o quanto a queixa impacta a vida da criança e da família, se há comprometimento da funcionalidade em tarefas domésticas, escolares e relações sociais e se está havendo interferência na alimentação ou sono (EAPEN, GRAHAM e SRINATH, 2012). Concomitantemente, o Ministério da Saúde recomenda, por meio da Caderneta da Criança, a avaliação de marcos de desenvolvimento em toda

consulta de puericultura, bem como observação de sinais de alerta de problemas sociais e emocionais, negligência ou violência (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020). Concomitantemente, o Ministério da Saúde recomenda por meio da Caderneta da Criança a avaliação de marcos de desenvolvimento em toda consulta de puericultura, bem como observação de sinais de alerta de problemas sociais e emocionais, negligência ou violência (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020).

4.2.8 Agressão

O uso de agressões físicas como castigo coloca as crianças, uma população vulnerável, sob risco de abuso, portanto orienta-se durante o exame físico atentar a sinais de violência, como equimoses, queimaduras e arranhados (KAVAN, SAXENA e RAFIQ, 2019). Estudos estimaram que em apenas 18% das consultas com crianças foram abordadas questões relativas a castigos físicos e apenas 27% de casos de uso de níveis abusivos de violência foram identificados (BANKS, 2002).

Castigos físicos estão associados de forma geral com aumento de agressividade, comportamento antissocial e problemas de autoestima, cognição e saúde mental na criança. Além disso, impacta negativamente na relação do indivíduo com o cuidador e expõe a criança a maior risco de abuso físico (KAVAN, SAXENA e RAFIQ, 2019).

Apesar de seus impactos negativos, os castigos corporais ainda são bastante comuns na nossa sociedade. Estudos destacam que mais de 90% das famílias estadunidenses utilizam castigo físico como forma de disciplina em crianças pequenas (*toddlers*) e mais da metade ainda o usam no início da adolescência (BANKS, 2002). No Brasil, um estudo realizado em Curitiba com crianças de 8-16 anos revelou que 88,1% dos entrevistados já tinham recebido punições corporais, sendo que 36,6% referiam já ter recebido castigos de maior intensidade (surras). Outro aspecto destacado pelas autoras é que 75,2% das crianças entrevistadas concordaram que, quando fazem coisas erradas, crianças devem apanhar, porém somente 34,5% afirmaram que utilizarão punições corporais em seus filhos. (WEBER, VIEZZER e BRANDENBURG, 2004)

O nível de aprovação de castigos físicos entre médicos também é elevado, tendo uma pesquisa estadunidense, realizada ainda na década de 90, estimado que

59% dos pediatras e 70% dos médicos de família apoiavam o uso de punições corporais (MCCORMICK, 1992). Tal índice é preocupante, tendo em vista os diversos efeitos deletérios dos castigos corporais, além de ser um método disciplinar ineficiente, pois, apesar das punições poderem suprimir comportamentos de início, geralmente não o eliminam e aparentemente tornam-se menos efetivo a cada uso, podendo levar a intensidades cada vez maiores de agressão (KAVAN, SAXENA e RAFIQ, 2019).

Dados preliminares de um levantamento realizado pela Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) revelam que, entre 2010 e 2020, 103.149 crianças entre 0-19 anos morreram vítimas de agressões no Brasil. Destacam ainda que cerca de 2 mil vítimas fatais tinham menos de 4 anos de idade. Durante 2020, ano de pandemia, computa-se que o Disque 100 recebeu cerca de 95 mil denúncias de agressões contra crianças, sendo que em 83% dos casos os agressores eram o pai ou mãe (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2021).

A Constituição brasileira proíbe o uso de castigos físicos ou tratamentos cruéis e degradantes contra crianças e adolescentes, o que é estabelecido pela lei nº 13.010/2014. Tal lei, conhecida informalmente como “Lei da Palmada”, está em vigor desde junho de 2014 alterando alguns aspectos do Estatuto da Criança e do Adolescente (lei nº 8.069/90) e do Código Civil (lei nº 10.406/02) (BRASIL. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA., 2014). Define como “castigo físico” qualquer tipo de ação punitiva em que seja aplicado o uso da força física e que resulte em sofrimento e lesão corporal, não abarcando, portanto, todo tipo e grau de agressão física.

A distinção entre uma agressão sem sofrimento e abuso físico é subjetiva, sendo essencial o profissional de saúde estar atento aos sinais de violência e avaliar cuidadosamente todos os casos. É uma atribuição dos provedores de saúde a prevenção da violência, sendo necessários esforços sistemáticos para aumentar os índices de rastreio de agressão infantil (SCHOLER, NIX e PATTERSON, 2006). É importante também orientar os cuidadores e auxiliar pais no exercício de sua parentalidade, melhorando a forma como ofertam disciplina e afeto.

4.3 Promovendo a parentalidade positiva

Auxiliar o exercício da parentalidade pode ser feito por meio do acolhimento e apoio dos cuidadores, bem como no uso de estratégias e orientações que já tenham o seu benefício estudado. Pesquisas indicam que a monitorização de comportamentos problemáticos de crianças e a orientação dos pais com guidelines e estratégias de parentalidade podem diminuir a chance do desenvolvimento de novos problemas comportamentais e emocionais na criança (KAVAN, SAXENA e RAFIQ, 2019). O profissional de saúde pode tornar-se parceiro dos familiares no processo de cuidado, sendo que educação parental e intervenções antecipatórias durante consultas têm impacto positivo no comportamento, desenvolvimento socioemocional e funcionamento da criança (WEISLEDER, CATES, *et al.*, 2016).

Em se tratando da criação de um modelo de parentalidade, observa-se que, a despeito de recomendações estruturais gerais sobre abordagem, como prezar pela empatia, respeito e eficácia, não existe um modelo único e universalmente certo a ser seguido. Existem diversas mentalidades que podem agregar valor e sentido às circunstâncias do ecossistema social daquela família dentro do seu processo de parentalidade. Já foram publicados muitos livros e materiais de educação infantil, modelos de treinamento parental e desenvolvidas várias filosofias para tal. De forma geral, buscam incentivar o reforço a comportamentos positivos e prover reações consistentes, firmes e seguras a comportamentos não adequados. Uma metodologia já bastante estudada e com evidências de benefícios concretos é a Disciplina Positiva (NELSEN, 2016).

4.3.1 Disciplina positiva

O termo “disciplina” deriva da palavra latina “disciplinare”, que significa, ensinar. Ainda assim, o termo normalmente está associado com o conceito de punição, o que não corresponde ao sentido original da palavra. Disciplinar adequadamente envolve abordagens multifatoriais que usam exemplos e atitudes, podendo ainda utilizar de recompensas e punições, visando ensinar e reforçar um comportamento saudável para a criança e a sociedade. Por meio da disciplina, as crianças alcançam o autocontrole e o senso de autocuidado (BANKS, 2002).

Para Jane Nelsen, psicóloga, educadora e mãe de sete filhos, a chave de uma disciplina efetiva é ser firme e gentil ao mesmo tempo. A partir das teorias dos psiquiatras Alfred Adler e Rudolf Dreikurs, desenvolveu o conceito de Disciplina Positiva, no qual defende que gentileza é igual a respeito, e crianças e adultos têm direito igual ao tratamento respeitoso (NELSEN, 2016). Define critérios norteadores para as práticas de parentalidade:

Os quatro critérios para uma disciplina efetiva:

1. É gentil e firme ao mesmo tempo? (Respeitosa e encorajadora)
 2. Ajuda as crianças a desenvolver um senso de aceitação e importância? (Conexão)
 3. É efetiva em longo prazo? (Punição funciona em curto prazo, mas apresenta resultados negativos em longo prazo)
 4. Ensina habilidades sociais e de vida valiosas para a formação de um bom caráter? (Respeito, preocupação com os outros, resolução de problemas, responsabilidade, contribuição, cooperação)
- (NELSEN, 2016, p. 39)

Considera que punições não compreendem nenhum dos critérios elaborados, sendo não recomendadas. Destaca ainda que sistemas de recompensas e castigos geram nas crianças a dependência de um “locus de controle externo” para guiar suas ações, o que significa dizer que, ao invés de desenvolverem senso de responsabilidade e motivações próprias, tomariam decisões tendo em vista o medo de punição ou interesse em um prêmio, não considerando o sentido do ato em si (NELSEN, 2016).

Pautado somente em obediência, o motivo de realizar uma ação tornar-se-ia agradar o outro, acreditar que só será amado se fizer o solicitado ou medo de uma punição. Por outro lado, com os preceitos de cooperação, se vai além. Busca-se a compreensão da realização de algo por sua importância para a própria criança e para as pessoas ao seu redor, visando o desenvolvimento de autodisciplina e responsabilidade (NELSEN, 2016).

A Disciplina Positiva ressalta ainda que, quando se educa, deve-se ter em mente os valores que se deseja desenvolver na criança, sendo normalmente citados atributos como independência, confiança, respeito, humildade, autodisciplina, capacidade de resolução de problemas, cooperação, responsabilidade e empatia. As

medidas disciplinares devem, portanto, ajudar a desenvolver tais características, o que deve vir concomitantemente ao alinhamento da expectativa com os comportamentos das crianças.

Os métodos tradicionais de disciplina promovem obediência cega ou, por outro lado, liberdade total, não tendo cooperação na resolução das questões. Os adultos normalmente não compreendem o conceito de gentileza e firmeza simultâneos, podendo estar presos no ciclo vicioso de serem muito firmes em momentos de irritação ou por não saberem o que fazer, e, posteriormente, serem gentis “em excesso” para compensar a firmeza excessiva (NELSEN, 2016). Pode-se citar as seguintes ferramentas para auxiliar uma prática positiva:

Ferramentas da Disciplina Positiva:

1. Eliminar punição.
2. Eliminar permissividade.
3. Usar gentileza e firmeza ao mesmo tempo.
4. Oferecer oportunidades para as crianças fortalecerem as Sete Percepções e Habilidades Significativas.
5. Estar atento ao que funciona (punição tem resultados negativos em longo prazo).
6. Desistir da ideia absurda de que, para que uma criança se comporte melhor, antes ela deve se sentir pior.
7. Envolver as crianças no estabelecimento de limites.
8. Fazer perguntas que estimulem a curiosidade.
9. Usar frases gentis e firmes.

(NELSEN, 2016, p. 47)

Ao envolver as crianças no seu processo de aprendizagem, estas tornam-se muito mais dispostas a respeitar limites que ajudaram a criar com base no seu próprio entendimento do porque são necessários e como ser responsável por eles. Salienta-se que em crianças muito novas para tal discernimento os cuidadores são os únicos responsáveis por estabelecer limites, porém, ainda assim, eles devem ser reforçados com gentileza e firmeza (NELSEN, 2016).

A disciplina positiva é uma maneira equilibrada de educar por meio de técnicas como prevenção, distração e substituição. Considera-se que os momentos de maior irritabilidade, tanto do adulto quanto da criança, não são ideais para abordagens, sendo recomendado o redirecionamento com falas como: “Eu sei que você consegue dizer isso de uma maneira respeitosa. Eu me importo com você e vou esperar até que

nós dois possamos agir com respeito para continuar essa conversa.” Em momentos de maior tranquilidade, deve-se manter o tratamento respeitoso, e, sem determinar o que aconteceu ou o que deve ser feito, buscar instigar a criança a participar da resolução do problema com questionamentos como: “O que aconteceu? Por que você acha que isso aconteceu? Que ideias você tem para solucionar o problema agora? O que você aprendeu que pode ajudá-lo na próxima vez?” (NELSEN, 2016).

É importante ressaltar que a disciplina positiva visa, mais que conhecer as ferramentas de educação, entender os conceitos por trás desse conhecimento. Não busca tornar-se um manual de como tornar uma criança obediente, mas respeitar a criança e conseguir sua cooperação através da gentileza, conexão e vínculo (NELSEN, 2016). Alguns dos principais pontos conceituais da disciplina positiva foram agregados na Tabela 4 a seguir:

Tabela 4 - Sumarização dos principais pontos da abordagem dominante e tradicional de educação comparados com a Disciplina Positiva

| | Práticas dominantes e tradicionais | Abordagem da Disciplina Positiva |
|---|---|---|
| Abordagens da interação adulto-criança | Rigidez - ordem sem liberdade, sem nenhuma escolha Ou Permissividade – liberdade sem ordem, com escolhas ilimitadas | Liberdade com ordem, com escolhas limitadas |
| Definição de respeito | Obediência e observância nos relacionamentos, sendo a dignidade e o respeito ao adulto primordiais | Direitos iguais de dignidade e respeito |
| Motivações para os comportamentos das crianças | Recompensas e punições | Senso de aceitação (conexão) e importância (significado) |
| Ferramenta de disciplina dos adultos | Controle, autoritarismo, recompensas e punições | Empatia, entendimento da perspectiva do outro, colaboração na resolução de problemas, firmeza e gentileza simultâneas e acompanhamento dos combinados prévios |
| Resposta a um comportamento inadequado | Censura, isolamento e punição | Identificação do comportamento e a crença por trás do comportamento, sem humilhação ou culpabilização, e foco nas soluções a partir do mutuamente combinado |
| Contexto de aprendizagem | Quando o adulto tem controle efetivo sobre o comportamento da criança | Quando a criança desenvolve senso de aceitação e contribuição com a família |

Adaptado de NELSEN, 2016.

Deve-se ter em mente também que, para que a disciplina positiva ocorra, é necessária uma mudança de mentalidade, sendo este um processo longo. Durante a mudança, é comum as crianças terem reações exacerbadas de oposição, e, mesmo após algum tempo, nem sempre as técnicas funcionarão. Existirão dias mais desafiadores, pois a criança, como qualquer pessoa, possui personalidade e vontades próprias, tendo dias com comportamentos menos harmônicos. Entretanto, com paciência e persistência, contribui-se para efeitos profundos na formação de habilidades de vida e sociais da criança (NELSEN, 2016).

4.3.2 Técnicas adequadas de disciplina

Concomitantemente à consideração de valores educacionais e de respeito, é importante ter contato próximo com a criança, possibilitando a observação da maneira com realiza suas tarefas, fortalecendo o vínculo e criando oportunidades para reforçar comportamentos positivos ou redirecionar ou corrigir comportamentos não ideais. Algumas técnicas de disciplina já foram estudadas como eficazes para o exercício saudável da parentalidade, as quais serão discutidas a seguir.

4.3.2.1 Criação de rotinas

O estabelecimento de rotinas ajuda na manutenção de um processo mais harmônico de parentalidade. Rotinas devem ser previsíveis, organizadas e consistentes, tendo horários adequados para as refeições, trabalhos escolares, lazer e hora de dormir. Com o melhor planejamento, pode-se ter mais oportunidades para atividades em conjunto, como um jantar em família (KAVAN, SAXENA e RAFIQ, 2019).

Envolver as crianças em tarefas domésticas é também bastante positivo, deixando-as ajudarem no que lhes for adequado para a idade. Deve-se demonstrar interesse na maneira com que elas contribuem para o processo, ressaltando o sentimento de ajuda e pertencimento. Esses momentos podem servir de aprendizado real para a criança, por também verem de perto as atividades e como os adultos as realizam, além de servir como um momento de comunicação e discussão de problemas cotidianos (KAVAN, SAXENA e RAFIQ, 2019).

Deve-se sempre incentivar comportamentos ativos e de natureza social, porém tendo bastante atenção com o uso de mídias digitais (KAVAN, SAXENA e RAFIQ, 2019). É importante limitar o uso de aparelhos eletrônicos, bem como de monitorar o conteúdo acessado, conforme a orientação de órgãos responsáveis, como recomendado pelo Manual da SBP (GRUPO DE TRABALHO SAÚDE NA ERA DIGITAL, 2019).

Para questões especialmente desafiadoras na rotina, pode-se lançar mão de “contratos”. Contratos são declarações, normalmente escritas, em termos mutuamente acordados entre a criança e os cuidadores que especificam comportamentos que são desejados e o que a criança poderia ganhar em troca caso consiga realizar tal objetivo. Devem estabelecer comportamentos que sejam específicos, realistas e com tempo de término mensurável, como levar o lixo para fora toda semana ou escovar os dentes antes de dormir. O uso de contratos é uma das maneiras de utilizar de sistemas de recompensas para reforçar positivamente comportamentos desejados (KAVAN, SAXENA e RAFIQ, 2019).

4.3.2.2 Reforço positivo

Reforço positivo pode ser definido como qualquer evento ou estímulo que aumente a chance de um comportamento anterior ocorrer novamente. Consiste em um método bastante eficaz de aprendizado, sendo descrito e sistematizado nos primórdios do estudo da psicologia comportamental. Ao perceber um comportamento considerado positivo, reconhecer tal feito com palavras gentis ou gestos de aprovação é uma das maneiras mais efetivas de sinalizar para a criança que tal comportamento é bom e deve ser repetido (KAVAN, SAXENA e RAFIQ, 2019).

De maneira prática, pode-se tentar frequentemente buscar ações positivas da criança durante a observação ativa. Reforços efetivos devem ser idealmente breves, como por cerca de 10 segundos, serem imediatamente após o comportamento positivo, não atrapalharem demais sua execução e serem facilmente realizados em diversas ocasiões, sem necessidade de grandes interrupções. Alguns exemplos são falas de parabenização, um sorriso, abraço ou outros gestos afetivos. É também uma possibilidade criar sistemas de recompensas, como por meio de pontos e adesivos (KAVAN, SAXENA e RAFIQ, 2019).

Entretanto, deve-se sempre ponderar durante o uso de reforço positivo sobre o possível incentivo ao “locus de controle externo”, como foi previamente discutido. O uso frequente de encorajadores externos poderia induzir ao pensamento de que só se deve realizar boas ações em caso de recompensa, ao invés de realizá-las com o intuito genuíno de ter uma relação harmônica com o ambiente e a sociedade (NELSEN, 2016).

4.3.2.3 Lidando com comportamentos indesejados

Em contraste com o reforço positivo, punição pode ser definida como qualquer evento ou estímulo realizado após um comportamento indesejado que leve a sua diminuição, similar ao conceito de reforço negativo. Pode incluir repreensões, retirada de objetos e privilégios e até mesmo agressões físicas (KAVAN, SAXENA e RAFIQ, 2019).

Reforços negativos são considerados, de maneira geral, menos eficazes que reforços positivos. Ensinos baseados em dor, vergonha, humilhação e culpa têm resultados piores a longo prazo, e tendo em vista seus potenciais efeitos deletérios, o uso de castigos físicos são amplamente contraindicados, como abordado anteriormente. Outros tipos de métodos, que não o bater, podem ser utilizados como estratégias para resoluções mais objetivas e imediatas de problemas, apesar de também não levarem diretamente ao ensino de valores mais integrais e disciplina positiva (KAVAN, SAXENA e RAFIQ, 2019) (NELSEN, 2016).

Em comportamentos menos problemáticos, a estratégia de extinção é uma alternativa. Corresponde à supressão de qualquer tipo de reforço positivo, mesmo que não intencional, para tal comportamento. A maioria das crianças gostam de realizar ações que ganham a atenção dos adultos e às vezes, até ao serem repreendidas, podem valorizar mais a atenção social recebida do que o desagrado. Certas respostas a comportamentos problemáticos, podem servir de um inadequado reforço positivo, como dar a atenção solicitada ou um doce para uma criança parar de chorar. A técnica de extinção consistiria então em ignorar a atitude indesejada da criança (KAVAN, SAXENA e RAFIQ, 2019).

Para comportamentos problemáticos que não podem ser ignorados, pode-se utilizar os “time-outs”. Esse método equivale a um castigo “negativo”, no sentido da intervenção não ser de acrescentar alguma repreensão, mas sim de retirar algum

elemento, como remover uma criança por um tempo de uma brincadeira após esta ter sido agressiva com outro participante. De maneira mais intuitiva, em algumas situações pode-se permitir que as consequências naturais e lógicas ocorram para que a criança aprenda sozinha que suas ações têm efeitos reais (KAVAN, SAXENA e RAFIQ, 2019).

É importante ressaltar novamente que o enfoque educacional não deve ser em reprimir comportamentos indesejáveis, mas reforçar comportamentos desejáveis. Porém, quando necessárias reprimendas, estas devem ser realizadas da maneira mais empática e efetiva possível. É mais oportuno evitar broncas extensas, reservando conversas longas para reforço positivo. Ao serem feitos discursos longos, principalmente de algo desconfortável para a criança, há uma chance de esta não conseguir prestar atenção durante todo o tempo. A maneira com que se repreende também é essencial, sendo mais adequado tenta falar “com” a criança e não “para” a criança (KAVAN, SAXENA e RAFIQ, 2019) (NELSEN, 2016).

Demonstrar consistência enquanto disciplina é fundamental, devendo-se ser firme, porém gentil, mostrando empatia quando a criança não consegue realizar alguma coisa combinada, porém sem ceder ao previamente pactuada. Deve-se sempre discutir as estratégias de ensino entre os diferentes cuidadores, para manter uma mínima homogeneidade. É também importante manter a calma em situações de correção e evitar demonstrações de raiva, agressão ou descontrole, o que, além de aumentar o risco de comportamentos abusivos, configuram exemplos negativos (KAVAN, SAXENA e RAFIQ, 2019).

4.3.2.4 Modelos positivos

As crianças aprendem muito de acordo com o que observam e ouvem. Os adultos, principalmente como cuidadores, proporcionam exemplos para a criança de como agir em cada situação, sendo importantes modelos de vida. O cuidador deve, portanto, refletir em suas próprias ações aquilo que espera que a criança realize. Entretanto, deve atentar para autocobranças excessivas e ter consciência de que quando se é um cuidador de uma criança não se é apenas isso, sendo importante garantir tempo de qualidade para autocuidado e interação saudável com outros adultos (KAVAN, SAXENA e RAFIQ, 2019).

4.3.2.5 Adequação à idade

Além de considerar os aspectos de adequação e efetividade de diferentes estratégias disciplinares, o processo de parentalidade também deve levar em consideração expectativas apropriadas para a idade da criança (KAVAN, SAXENA e RAFIQ, 2019). Por exemplo, castigos são considerados não efetivos para crianças menores de 18 meses, tendo em vista sua inabilidade de associar comportamentos a punições (BANKS, 2002). Técnicas adequadas de acordo com a idade foram sintetizadas a seguir na Tabela 5.

Tabela 5 - Técnicas de disciplina apropriadas de acordo com a faixa etária

| Intervenção | Bebê | "Toddler" | Idade escolar | Adolescente |
|-------------------------------|------|-----------|---------------|-------------|
| Reforço positivo | + | + | + | + |
| Redirecionamento | + | + | + | - |
| Explicação / instrução verbal | - | Limitado | + | + |
| "Time-out" | - | + | + | - |
| Estabelecer regras | - | - | + | + |
| Ficar de castigo | - | - | + | + |
| Retirada de privilégios | - | - | + | + |

Legenda: + Efetivo/ recomendado; - Pouca ou nenhuma efetividade; Limitado: pode funcionar em certas situações ou com crianças mais maduras.

Adaptado de (BANKS, 2002)

Em cada etapa de vida, há ações indicadas para promover a parentalidade e o crescimento saudável da criança. Existem diversos guias que auxiliam pais e profissionais de saúde no reconhecimento dos marcos de desenvolvimento esperados e instruções de técnicas disciplinares e estratégias de incentivo ao desenvolvimento adequados. A página de desenvolvimento infantil do "Centers for Disease Control and Prevention", por exemplo, dispõe de materiais com dicas de parentalidade positiva separadas por faixas etárias de 2-3 anos e materiais informativos sobre distúrbios do desenvolvimento (CDC, 2021). Paralelamente, é interessante utilizar a Caderneta da Criança fornecida pelo Ministério da Saúde durante as consultas médicas, onde é possível acompanhar em conjunto com os cuidadores os marcos do desenvolvimento e instruí-los a seguir medidas de estímulo propostas no manual em linguagem acessível (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020).

Explicar para os cuidadores de maneira resumida os marcos de desenvolvimento pode ajudá-los a compreender melhor as crianças, podendo alguns problemas comportamentais serem antecipados a partir do seu estágio de

desenvolvimento (KAVAN, SAXENA e RAFIQ, 2019). Desta forma, previne-se a patologização inadequada, além de promover um monitoramento mais assertivo por parte dos próprios cuidadores e auxiliá-los nos estímulos adequados ao desenvolvimento das crianças, tendo os serviços de saúde papel importante de suporte em todas as fases de vida destes indivíduos.

4.4 Papel e potencial da atenção primária

4.4.1 Atenção primária

A Atenção Primária à Saúde (APS) realiza ações de promoção à saúde, vigilância, acompanhamento e estímulo ao pleno desenvolvimento na infância, constituindo eixo estratégico da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança, que foi instituída pela Portaria nº 1.130 em 2015 (BRASIL, 2015). Pode ser um ambiente bastante propício para o apoio à parentalidade devido aos seus atributos de atenção no primeiro contato, longitudinalidade, integralidade, coordenação, orientação familiar e comunitária e competência cultural.

Sendo uma das portas de entrada da população ao Sistema Universal de Saúde (SUS), a APS é pautada na proximidade com as redes familiares e sociais dos pacientes e na facilitação do acesso (ALMEIDA, 2010). Com isso, espera-se que as crianças frequentem regularmente suas unidades de saúde para vacinação e consultas programadas, resultando em vários momentos de contato dos profissionais com a família e oportunidades de intervenção (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO, 2018).

A longitudinalidade na participação no itinerário assistencial de crianças permite, juntamente com a integralidade, o entendimento do contexto daquela criança e melhor atenção às ideias, expectativas e preocupações da família, resultando no fortalecimento do vínculo e estabelecimento de uma relação terapêutica de confiança com o sistema de saúde (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO, 2018).

A relação de confiança da família com a rede e os profissionais permite a promoção de maneira mais eficaz da interação saudável entre cuidadores e crianças,

o fortalecimento de práticas adequadas de educação infantil e intervenção antes do agravamento de situações de risco (BAX, SHAWLER, *et al.*, 2018) (COMMITTEE ON PSYCHOSOCIAL ASPECTS OF CHILD AND FAMILY HEALTH AND TASK FORCE ON MENTAL HEALTH, 2009). Em casos onde são necessários maiores cuidados, a APS tem o papel de coordenação entre os níveis de atenção da rede, assistência em saúde mental, escola, creche e serviços sociais.

Dentro da abordagem familiar e comunitária, a APS consegue melhor vislumbrar o cenário daquela criança, e, por meio da competência cultural, compreender a pluralidade de fatores que são determinantes para sua saúde e agir respeitando sua realidade. Dessa forma, pode fortalecer o empoderamento das famílias de seu processo de parentalidade e a construção de autonomia (BUCCINI e TULHA, 2011).

4.4.2 Formação do profissional de saúde

O Método Clínico Centrado na Pessoa (MCCP) vai de encontro a valores que também favorecem o suporte à parentalidade positiva. Visa abordar o indivíduo como um todo, incorporar estratégias de prevenção e promoção de saúde, intensificar o relacionamento entre pessoa e profissional e elaborar um plano conjunto que respeite a realidade e a autonomia das famílias (STEWART, BROWN, *et al.*, 2017).

A abordagem integral do indivíduo e da família promovida pela APS e MCCP, por meio da valorização de fatores contextuais e reconhecimento de estressores ambientais, ajuda ainda na diferenciação de queixas comportamentais comuns de transtornos mentais na infância. Facilita também a realização da função de filtro para a atenção especializada, aplicando recursos de prevenção quaternária (SBMFC, 2014) e considerando os riscos da medicalização inoportuna na infância. Em caso de necessidade de referenciamento, coordena o cuidado em todos os níveis da rede, sem perder a proximidade com o paciente. A visão ambiental do processo de saúde e doença permite ainda conhecer a realidade epidemiológica e demográfica local, possibilitando a integração entre a clínica individual e intervenções familiares, comunitárias e de saúde pública (ALMEIDA, 2010).

Por conseguinte, é desejável que os médicos presentes nas equipes da Estratégia de Saúde da Família, que compõem a maior parte das unidades de Atenção

Primária à Saúde no Brasil (NEVES, FLORES, *et al.*, 2018), estejam familiarizados com os valores da MCCP e APS, bem como preparados para abordar as queixas de comportamento comuns e identificar os transtornos mentais na infância, auxiliando pais no exercício da sua parentalidade.

Um caminho para a capacitação desses médicos é a especialização em Medicina de Família e Comunidade (MFC). Para a MFC, de acordo com o Currículo Baseado em Competências da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, são consideradas competências essenciais a serem desenvolvidas: realizar abordagem tendo em vista os preceitos da MCCP, prestar apoio familiar em situações de problemas de comportamento e conhecer e abordar as situações de risco e vulnerabilidade para maus tratos, como violência doméstica e negligência (SBMFC, 2014). O currículo ainda inclui valorização de habilidades de comunicação e da medicina baseada em evidências (SBMFC, 2014), o que auxilia em todo o processo de apoio à parentalidade.

4.4.3 Papel do Estado

Apoiar a parentalidade é também reconhecer os desafios dessa responsabilidade considerando não só as circunstâncias pessoais, mas também sociais, econômicas e ambientais relacionadas a esse processo. Apesar de ser uma experiência com muitos aspectos privados, a parentalidade pode ser considerada também um processo político e público. As autoridades governamentais têm o dever de criar estruturas e serviços que permitam aos cuidadores aprenderem e realizar práticas parentais adequadas e um ambiente onde seja possível o desenvolvimento saudável da criança (COUNCIL OF EUROPE, 2006).

A Convenção sobre os Direitos da Criança realizada pela Assembleia Geral da ONU em 20 de novembro de 1989, ratificada por 196 países, inclusive o Brasil, destaca que os estados reconhecem que toda criança tem o direito inerente à vida e que também é papel destes assegurar ao máximo sua sobrevivência e desenvolvimento. Os Estados Partes devem adotar as medidas apropriadas para ajudar os pais e outras pessoas responsáveis pela criança a tornarem efetivos esses direitos dentro de suas condições nacionais, proporcionando assistência material e programas de apoio, especialmente no que diz respeito à nutrição, educação, habitação e acesso à saúde (UNICEF, 1989).

Para tal, é importante implementar políticas públicas de suporte aos pais e cuidadores, como dispor de informações, aconselhamento e treinamento de parentalidade como parte de políticas públicas, proporcionar espaços públicos de interação e troca de experiências entre pais e filhos, programas educacionais para os pais durante e fora da gestação, serviços de ajuda tanto para crianças quanto para pais em situações de crise, programas de incentivo à educação e prevenção de abandono escolar e serviços de apoio para populações de risco e vulnerabilidade social (COUNCIL OF EUROPE, 2006).

O estado deve ainda considerar a garantia dos direitos das crianças em todas as políticas públicas que afetem sua vida (COUNCIL OF EUROPE, 2006). No Brasil, temos o Estatuto da Criança e do Adolescente, que inclui medidas protetivas, como a supracitada Lei da Palmada. Além de instituir leis para tal, é importante dar suporte a instituições de manutenção desses direitos e prover serviços de cuidado de alta qualidade para todas as crianças, incluindo serviços de saúde capacitados (COUNCIL OF EUROPE, 2006).

A adequação dos serviços de saúde depende de seu alinhamento com valores como da promoção de saúde e integralidade, o que no Brasil foi idealizado desde a construção do SUS, porém institucionalizado apenas posteriormente, como por meio da Política Nacional de Promoção da Saúde. Reconheceu-se ainda que, para a consolidação do SUS, seria indispensável a existência de políticas efetivas tanto no que diz respeito à estruturação do sistema de saúde e relações de trabalho, quanto nos aspectos relacionados à formação e desenvolvimento dos trabalhadores de saúde. Assim, por meio da revisão das Diretrizes Curriculares Nacionais, o estado buscou apoiar uma formação em saúde humanista, crítica, reflexiva, ética e capaz de atuar com responsabilidade social e compromisso com a defesa da dignidade humana nos diferentes níveis da atenção do processo saúde-doença (VERAS e FEITOSA, 2019).

Dessa forma, a implementação de políticas como a Estratégia de Saúde da Família e o fortalecimento e valorização de formações integrativas e humanas em Saúde da Família e Comunidade, como a especialização em MFC, são medidas congruentes ao interesse de tornar a rede e os profissionais mais aptos a promoverem o direito à saúde de qualidade das crianças.

Além de ações nos campos da saúde e formação de seus profissionais, a transformação da sociedade em um lugar de maior igualdade e bem estar também contribui para o exercício mais harmônico de parentalidade e o desenvolvimento saudável das crianças. Tendo isso em vista, também deve-se visar políticas públicas de suporte às famílias, como com o objetivo de assegurar padrões de moradia adequados, prevenir a pobreza e exclusão social, apoiar os cuidadores a conciliar a vida familiar e profissional e incentivar a educação como um todo.

4.5 Limitações em estudos

Discorrer sobre a parentalidade tangencia diversas esferas do conhecimento, como saúde, educação, psicologia, sociologia, política e até mesmo religião. Para tentar formatar uma discussão com tantos campos, é necessária a busca por várias fontes de informações, e, principalmente em aspectos que perpassam certo teor ideológico, podem surgir diferentes visões que, quando contrapostas, parecem até conflitantes. Não só a conceitualização do objeto de estudo é ampla, diversa e subjetiva, mas sua análise pode depender do estudo de desfechos que também são subjetivos, como bem-estar, saúde mental e rendimento escolar, como na comparação de adequação de diferentes estilos de parentalidade.

Ao buscar a literatura científica para esclarecimento dos aspectos da parentalidade, encara-se certas dificuldades técnicas e metodológicas. Uma frequente limitação citada em diversos estudos foi a dificuldade de inferência causal entre aspectos da parentalidade e os desfechos pesquisados. Os artigos observavam a interação entre questões parentais e até ambientais com determinados desfechos, o que permite estabelecer uma relação de caráter correlacional, mas não necessariamente causal (BARROSO e MACHADO, 2010).

Também é difícil avaliar a proporção da relevância das características pessoais da criança em seus comportamentos e vida futura. Alguns estudos sugerem até que a saúde mental das crianças é mais influenciada por sua percepção dos comportamentos dos pais, algo ligado intrinsecamente a sua individualidade, do que pelos comportamentos em si (HUANG, HSIEH, *et al.*, 2019).

Além disso, os elementos analisados muitas vezes não são absolutamente objetivos, possuem certo grau de imprecisão e são muitas vezes dependentes de relatos para a análise, trazendo vieses. Pesquisas que utilizam o relato das crianças dependem de sua capacidade de discernimento, o que poderia ser problemático a depender da técnica de entrevista e da idade dos participantes.

Por outro lado, os estudos realizados com relatos dos pais estão sujeitos ao viés da autoavaliação. Pesquisas já revelaram a tendência dos cuidadores de perceber a própria atuação mais favoravelmente que os outros e a baixa correlação entre os relatos de pais e filhos sobre parentalidade (HUANG, HSIEH, *et al.*, 2019).

Uma maneira de avaliar mais fidedignamente os cenários de parentalidade seria a abordagem com múltiplos informantes, incluindo todos os cuidadores e outros agentes, como professores, o que, por outro lado, dificultaria a execução logística dos estudos (HUANG, HSIEH, *et al.*, 2019).

Adicionalmente, a maioria dos estudos sobre as influências da parentalidade analisa somente os processos parentais do modelo patriarcal e “tradicional” de família, constituído por mãe, pai e um ou mais filhos biológicos. Apesar de alguns autores considerarem que a questão central da parentalidade consiste na maneira com que os membros da família interagem, e não exatamente na sua estrutura familiar (HOLDEN, 2010), seria interessante diversificar os cenários em que os estudos são feitos, incluindo as denominadas famílias não tradicionais, como monoparentais, homoparentais, de avós como cuidadores, pais adotivos, entre outros.

Além de focarem em famílias tradicionais, as primeiras pesquisas em parentalidade foram desenvolvidas em famílias de classe média dos Estados Unidos e Europa, o que pode ter contribuído para a determinação dos valores dessa classe também como hegemônicos no campo científico e como o padrão de comparação para os demais. Desta forma, estudos com outros grupos tendem a destacar suas diferenças com o modelo hegemônico e muitas vezes já as interpretarem como deficiências ou desvios normativos (KOTCHICK e FOREHAND, 2002).

Concomitantemente a tenderem a normatizar certos valores, os estudos normalmente têm dificuldade de examinar a relação entre os diferentes fatores da parentalidade. Ao não conseguirem avaliar de maneira intersetorial os efeitos do nível socioeconômico e da etnicidade, por exemplo, algumas conclusões relacionadas a estudos com minorias tendem a ser confundidos com os efeitos da renda ou classe social (KOTCHICK e FOREHAND, 2002).

É comum também subvalorizar-se a diversidade de parentalidade dentro de um mesmo grupo social, tratando diferentes estratos como se tivessem práticas homogêneas. Diferenças de comportamento até mesmo entre cuidadores de uma mesma criança podem ocorrer, dificultando a análise da parentalidade como um evento de influência singular.

Desta forma, a parentalidade consiste em um tema de subjetividade multifatorial, e, apesar de dados estatísticos e correlacionais ajudarem a compreender tal fenômeno, este permanece ainda um objeto de estudo complexo e de difícil

interpretação pautada em simples concretude. São necessárias reflexões amplas e que incluam perspectivas de diversas áreas do conhecimento para alcançar a profundidade do tema.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A parentalidade é um tema complexo e dinâmico, dependente de múltiplos fatores e intimamente ligado à formação infantil. A busca pela compreensão de seus processos requer reflexões sobre questões não só de saúde, mas também sociais, políticas e da cultura hegemônica vigente. O desenvolvimento infantil também não se restringe somente à maturação neurológica e acompanhamento de saúde, inclui o crescimento psicossocial do indivíduo, o que está sujeito a influências ambientais e emocionais da criança.

Além de considerar conhecimentos médicos e científicos, a reflexão sobre a multifatorialidade, intersetorialidade e existência de fenômenos atuais, como de medicalização e patologização, ajuda a discernir situações de saúde, e apoiar seu desenvolvimento, de situações que requerem intervenções oportunas, como de condições de saúde mental e abuso. A discussão sobre o papel da saúde, particularmente da atenção primária, nessa dinâmica pode ajudar a compreender estratégias eficazes de promoção de parentalidade positiva e da formação de indivíduos hígidos e responsáveis com a sociedade.

A parentalidade positiva é baseada em empatia, gentileza e respeito, buscando formar indivíduos que reflitam tais valores e contribuam para a sociedade de maneira ativa. É uma mentalidade apoiada em estratégias de disciplina eficazes e condizentes com a realidade, sem a pretensão de determinar a superioridade de um modelo específico, mas sim de construir a parentalidade mais respeitosa e positiva possível para cada família.

As redes de saúde podem e devem dar suporte à parentalidade e promover o desenvolvimento saudável das crianças, tendo a atenção primária diversas características que potencializam essa ação. A longitudinalidade, proximidade com a comunidade, visão integral, entre outros preceitos da APS e MFC, auxiliam a melhor compreender e, de maneira respeitosa e capacitada, apoiar os processos parentais.

Entretanto, ainda se observa frequente cenário de despreparo dos profissionais de saúde para lidarem com questões de parentalidade e comportamento das crianças, o que pode estar relacionado a falta de estruturação de ensino e vieses pessoais e culturais. As pesquisas nessa área também possuem diversas fragilidades, sendo necessário ampliar seu escopo de atenção, considerar a intersetorialidade e

diversificar os cenários de estudos para melhor estruturação do conhecimento nessa área.

Formações que levam em consideração a complexidade do assunto, respeitam o indivíduo como pessoa, buscam compreender seu contexto e se preocupam em o apoiar com orientações baseadas em evidências, como a especialização em Medicina de Família e Comunidade e valorização da Estratégia de Saúde da Família, podem ser caminhos para promover, juntamente com os cuidadores, a parentalidade positiva.

Em suma, o aspecto mais importante deste trabalho é o reconhecimento da importância de se discutir a parentalidade. Apesar de parecer um processo muito subjetivo e intrínseco ao desenvolvimento humano, é bastante dinâmico, complexo e variável, sendo importante refletir sobre suas diferentes perspectivas. Trazer sua reflexão para o campo da saúde pode gerar grande impacto, o que é dependente da compreensão de que não é uma questão restrita a esse campo. A parentalidade é o processo humano responsável por formar indivíduos, sendo sua evolução precursora da evolução da sociedade como um todo.

REFERÊNCIAS

1. AITES, J.; SCHONWALD, A. Developmental-behavioral surveillance and screening in primary care. **UpToDate**, 2020. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/developmental-behavioral-surveillance-and-screening-in-primary-care?search=atraso%20desenvolvimento&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2>. Acesso em: 08 Janeiro 2022.
2. ALMEIDA, P. V. B. Atenção primária à criança e ao adolescente do século XXI: Análise de situação e perspectivas. In: GUERRERO, O. G. W. D. S. C. & A. V. P. **Manual de Práticas em Atenção Básica: Saúde Ampliada e Compartilhada**. 1ª. ed. [S.l.]: Editora Hucitec, 2010. Cap. 13, p. 340-365.
3. ANGELL, M. **A verdade sobre os laboratórios farmacêuticos: Como somos enganados e o que podemos fazer a respeito**. Rio de Janeiro: Editora Record, 2008.
4. ARIÈS, . **A história social da criança e da família**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1981.
5. BANKS, J. B. Childhood discipline: Challenges for clinicians and parents. **American family physician**, 2002.
6. BARBOSA, . Crianças pequenas e consumo: que lugar a escola ocupa? **Revista Ibero-Americana de Estudos em Educação**, Araraquara, v. 7, p. 129–140, 2013.
7. BARROS, D. B. **O usos e sentidos do metilfenidato: experiências entre o tratamento e o aprimoramento da atenção**. Universidade do Estado do Rio de Janeiro - Instituto de Medicina Social. Rio de Janeiro. 2014.
8. BARROSO, R. G.; MACHADO, C. Definições, dimensões e determinantes da parentalidade. **Psychologica**, v. 1, p. 211-229, 2010.
9. BAX, A. C. et al. The Relationship Between Pediatric Residents' Experiences Being Parented and Their Provision of Parenting Advice. **Front Pediatr**, Dezembro 2018.
10. BRADLEY, R. H. et al. The home environments of children in the United States. Part I: Variations by age, ethnicity, and poverty status. **Child Development**, v. 72, p. 1844–1867, 2001.

11. BRADLEY, R. H.; CALDWELL, B. M. Caregiving and the Regulation of Child Growth and Development: Describing Proximal Aspects of Caregiving Systems. **Developmental Review**, v. 15, n. 1, p. 38-85, Março 1995.
 12. BRASIL. Portaria no 1.130, de 5 de agosto de 2015, 2015. Disponível em: <saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1130_05_08_2015.html>. Acesso em: 09 jan. 2022.
 13. BRASIL. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. **Código Civil. Lei nº 13.010**. [S.l.]. 2014.
 14. BUCCINI, G. D. S.; TULHA, M. L. P. D. A. Maternagem: estratégia de prevenção em saúde para formação de sujeitos saudáveis. **Rev bras med fam comunidade**, Florianópolis, v. 6, n. 20, p. 203-206, Julho 2011.
 15. CDC. Child Development - Free Materials. **Centers for Disease Control and Prevention**, 2021. Disponível em: <<https://www.cdc.gov/ncbddd/childdevelopment/freematerials.html>>. Acesso em: 22 dezembro 2021.
 16. COMMITTEE ON PSYCHOSOCIAL ASPECTS OF CHILD AND FAMILY HEALTH AND TASK FORCE ON MENTAL HEALTH. The future of pediatrics: Mental health competencies for pediatric primary care. **Pediatrics**, v. 124, n. 1, Junho 2009.
- CONRAD, P. **Medicalization and social control**. [S.l.]: Annual Review of Sociology, v. 18, 1992. 209-232 p.
17. COSTELLO, J. E.; FOLEY, D. L.; ANGOLD, A. 10-year research update review: the epidemiology of child and adolescent psychiatric disorders: II. Developmental epidemiology. **J Am Acad Child Adolesc Psychiatry**, p. 8-25, Janeiro 2006.
 18. COUNCIL OF EUROPE. **Policy to support positive parenting**. [S.l.]. 2006.
 19. COUNCIL ON COMMUNICATIONS AND MEDIA. Media and Young Minds. **Pediatrics**, Novembro 2016.
 20. DALY, M. **Parenting in contemporary Europe: A positive approach**. [S.l.]: Council of Europe, 2007.
 21. DANIELSON, M. L. et al. Prevalence of Parent-Reported ADHD Diagnosis and Associated Treatment among U.S. Children and Adolescents, 2016. **Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology**, p. 199-212, Janeiro 2018.

22. DO NASCIMENTO, C. T.; BRANCHER, V. R.; DE OLIVEIRA, V. F. A. Construção Social do Conceito de Infância: uma tentativa de reconstrução historiográfica. **Revista Linhas**, Florianópolis, v. 9, n. 1, 2008.
23. DURKHEIM, É. **Educação e sociologia**. São Paulo: Melhoramentos, 1978.
24. EAPEN, V.; GRAHAM, P.; SRINATH, S. **Where There Is No Child Psychiatrist: A Mental Healthcare Manual**. 1. ed. [S.I.]: RCPsych Publications, 2012.
25. ELDER, G. H.; LIKER, J. K.; CROSS, C. E. Parent-child behavior in the Great Depression: Life course and intergenerational influences. **Life span development and behavior**, New York, v. 6, p. 109–158, 1984.
26. ELDER, G. H.; NGUYEN, T. V.; CASPI, A. Linking family hardship to children's lives. **Child Development**, p. 361–375, 1985.
27. FOUCAULT, M. **O Nascimento da Clínica**. [S.I.]: Forense Universitária, 1980.
28. FREIRE, P. Educação e atualidade brasileira. **Tese de Concurso para a Cadeira de História e Educação - Escola de Belas Artes de Pernambuco, Recife**, 1959.
29. GARCIA, F.; GRACIA, E. Is always authoritative the optimum parenting style? Evidence from Spanish families. **Adolescence**, v. 44, n. 132, 2009.
30. GOLDSTEIN, D. M. Nothing Bad Intended: Child Discipline, Punishment, and Survival in a Shantytown in Rio de Janeiro. **Small wars: The cultural politics of childhood**, p. 389–415, 1998.
31. GRUPO DE TRABALHO SAÚDE NA ERA DIGITAL. **Manual de Orientação - #MENOS TELAS #MAIS SAÚDE**. Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP). [S.I.]. 2019.
32. HOGHUGH, M. Parenting – An Introduction. In: _____ **Handbook of parenting: theory and research for practice**. [S.I.]: [s.n.], 2004. p. 1-18.
33. HOLDEN, G. W. **Parenting: a dynamic perspective**. 3ª. ed. [S.I.]: Thousand Oaks, CA: Sage, 2010.
34. HORWITZ, S. M. et al. Barriers to the Identification and Management of Psychosocial Problems: Changes From 2004 to 2013. **Acad Pediatr**, v. 15, p. 613-620, Setembro 2015.
35. HUANG, C.-Y. et al. Relationships between parent-reported parenting, child-perceived parenting, and children's mental health in Taiwanese

- children Relationships between parent-reported parenting, child-perceived parenting, and children's mental health in Taiwanese children. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 16, n. 6, 23 March 2019.
36. IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Brasileiro de 2010**. IBGE. Rio de Janeiro. 2012.
37. ILLICH, I. **A expropriação da saúde: nêmesis da medicina**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975.
38. KAVAN, M. G.; SAXENA, S. K.; RAFIQ, N. General Parenting Strategies: Practical Suggestions for Common Child Behavior Issues. **Am Fam Physician**, Nebraska, v. 97, p. 642-648, maio 2019.
39. KLEIN, T.; LIMA, R. C. A difusão do diagnóstico de. **Desidades**, 2017.
40. KOTCHICK, B. A.; FOREHAND, R. Putting Parenting in Perspective: A Discussion of the Contextual Factors That Shape Parenting Practices. **Journal of Child and Family Studies**, v. 11, p. 255–269, Setembro 2002.
41. MACPHEE, ; FRITZ, ; MILLER-HEYL,. Ethnic Variations in Personal Social Networks and Parenting. **Child Development**, p. 3278-3295, Dezembro 1996.
42. MARTINS DE SOUZA, J. Desenvolvimento infantil: análise de um novo conceito. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, 2015. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0104-1169.0462.2654>>.
43. MCCORMICK, K. F. Attitudes of primary care physicians toward corporal punishment. **JAMA**, 1992.
44. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Caderno de Atenção Básica nº 33 - Saúde da Criança: Crescimento e Desenvolvimento**. Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde. departamento de Atenção Básica, 2012.
45. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Caderneta da Criança - 2ª edição**. Secretaria de Atenção Primária à Saúde - Departamento de Ações Programáticas Estratégicas - Coordenação de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. Brasília. 2020.
46. MOYSÉS, M. A. A. **A institucionalização invisível: Crianças que não aprendem-na-escola**. campinas: Mercado de Letras, 2001.
47. NELSEN, J. **Disciplina positiva: O guia clássico para pais e professores que desejam ajudar as crianças a desenvolver autodisciplina, responsabilidade,**

- cooperação e habilidades para resolver problemas. 3ª. ed. [S.I.]: Editora Manole , 2016.
48. NETO, E. D. S.; ALVES, M. L.; SILVA, M. R. P. D. Por uma Pedagogia da Infância Oprimida: as crianças e a infância na obra de Paulo Freire. **EccoS – Rev. Cient**, São Paulo, p. 37-58, 2011.
49. NEVES, R. G. et al. Tendência temporal da cobertura da Estratégia Saúde da Família no Brasil, regiões e Unidades da Federação, 2006-2016. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 27, 2018.
50. PALFREY, J. S. et al. Introduction: Addressing the Millennial Morbidity - The Context of Community Pediatrics. **Pediatrics** , p. 1121–1123, Abril 2005.
51. PERUCCHI, J.; BEIRÃO, A. M. Novos arranjos familiares: Paternidade, parentalidade e relações de gênero sob o olhar de mulheres chefes de família. **Psicol. clin.**, v. 19, n. 2, Dezembro 2007.
52. ROTHER, E. T. Editorial: Revisão sistemática X revisão narrativa. **Acta paul. enferm**, v. 20, Junho 2007.
53. SANCHES, V. N. L.; AMARANTE, P. D. D. C. **Estudo sobre o processo de medicalização de crianças no campo da saúde mental**. [S.I.]: Saúde em Debate, 2014.
54. SANTOS, E. **Educação não violenta: Como estimular autoestima, autonomia, autodisciplina e resiliência em você e nas crianças**. 1ª. ed. [S.I.]: Paz e Terra, 2019.
55. SBMFC. **Currículo Baseado em Competências para a MFC**. [S.I.]. 2014.
56. SCHOLER, S. J.; NIX, R. L.; PATTERSON, B. Gaps in pediatricians' advice to parents regarding early childhood aggression. **Clinical pediatrics**, v. 45, p. 23-28, 2006.
57. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO. Saúde Mental na Infância. **Coleção Guia de Referência Rápida**, Rio de Janeiro, p. 90, 2018.
58. SHARPE, K. **Coming of Age on Zoloft: How antidepressants cheered us up, let us down, and changed who we are**. 1. ed. New York: Harper Perennial, 2012.
59. SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Mais de 100 mil crianças e adolescentes morreram vítimas de agressões na última década. **sbp.com.br**,

2021. Disponível em: <<https://www.sbp.com.br/imprensa/detalhe/nid/mais-de-100-mil-criancas-e-adolescentes-morreram-vitimas-de-agressoes-na-ultima-decada/>>. Acesso em: 8 Janeiro 2022.
60. STEWART, M. et al. **Medicina Centrada na Pessoa**: Transformando o Método Clínico. 3^a. ed. [S.I.]: Artmed Editora, 2017.
61. TIMIMI, S. The McDonaldization of childhood: children's mental health in neo-liberal market cultures. **Transcultural Psychiatry**, Novembro 2010.
62. UNICEF. **Convenção sobre os Direitos da Criança**. Assembleia Geral da ONU. [S.I.]. 1989.
63. VEJA. Consumo de Ritalina no Brasil cresce 775% em dez anos. **Revista Veja**, agosto 2014.
64. VERAS, R. M.; FEITOSA, C. C. M. Reflexões em torno das Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de graduação em Medicina a partir da Política Nacional de Promoção da Saúde. **Interface**, Botucatu, 2019.
65. VILLACHAN-LYRA, P. et al. **Entendendo o desenvolvimento infantil**: contribuições das neurociências e o papel das relações afetivas para pais e educadores. Recife: Material complementar do Programa pela Primeira Infância - PPI, 2017.
66. WEBER, L. N. D.; VIEZZER, A. P.; BRANDENBURG, O. J. O uso de palmadas e surras como prática educativa. **Estudos de Psicologia**, v. 9, n. 2, p. 227-237, 2004.
67. WEISLEDER, A. et al. Promotion of Positive Parenting and Prevention of Socioemotional Disparities. **Pediatrics**, Janeiro 2016.