

LUTIANE DE LARA

Dissertação

**Saúde Pública e Saúde Coletiva: investindo na criança
para produção de cidadania**

PORTO ALEGRE

2009

LUTIANE DE LARA

**Saúde Pública e Saúde Coletiva: investindo na criança
para produção de cidadania**

Dissertação de Mestrado em Psicologia Social
Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul
Programa de Pós-Graduação em Psicologia
Faculdade de Psicologia

Orientadora: Professora Dra. Neuza Maria de Fátima Guareschi

Porto Alegre

2009

BANCA EXAMINADORA

Dra. Neuza Maria de Fátima Guareschi (PUCRS) – Orientadora

Dra. Betina Hillesheim (UNISC)

Dr. Marcos Villela Pereira (PUCRS)

Aos meus pais João Antônio e Débora.

O presente trabalho foi financiado pelo CNPq, uma entidade do Governo Brasileiro voltada ao desenvolvimento científico e tecnológico.

AGRADECIMENTOS

Ao CNPq, agência de fomento à pesquisa, pela bolsa durante todo o período de mestrado.

Ao Programa de Pós-graduação em Psicologia da PUCRS, através de sua coordenação e secretaria.

À orientadora, Neuza Guareschi, pela capacidade singular de transformar o mestrado um acontecimento de vida. Agradeço pela cumplicidade e pelo amadurecimento que possibilitou. E, também, por ter incentivado “largar a véia e ir para a zona” e que tenha exigido “o retorno à veia” no momento certo e preciso.

À professora, Dra. Betina Hillesheim, pelo investimento e carinho nos anos de graduação e pela abertura das portas do mestrado.

Ao professor, Dr. Marcos Vilella Pereira, pela acolhida nas disciplinas e pelo aprofundamento teórico que me possibilitou.

À Dra. Simone Hüning pela excelente co-orientação, ainda que não oficial, da dissertação. Agradecimento especial pela orientação e paciência. E, principalmente, por ter promovido momentos de inspiração.

À Gisele Dhein, irmã que é, por ter me acompanhado e ter sido cúmplice de todos os movimentos dos últimos anos.

À Alyne Alvarez, pela companhia no último ano, “eu me lembro de você descontrolada tentando se explicar como é que a gente pode ser tanta coisa indefinível, tanta coisa diferente. Sem saber que a beleza de tudo é a certeza de nada” (Lobão).

Aos colegas do grupo, Andrea Scisleski, Cathana Oliveira, Marcos Adegas, Maria Del Carmo, Nelson Rivero, Oriana Hadler, Patrícia Medeiros, Vera Pasini e Pedro Pacheco, pelos espaços de discussões e aprofundamento teórico.

Às trabalhadoras do grupo de pesquisa Estudos Culturais e Modos de subjetivação, Carolina dos Reis, Denise Marchy e Thais Bennemann, pela cobertura e amizade.

Aos amigos do percurso antropofágico, Cássio Barth e Everson Rach, pelos intensos andares por Porto Alegre.

À Odete Torres pelo aviso de que a dissertação não termina, mas que a gente é que desiste dela.

Ao Renato Neves Dias por dar sentido às palavras de Fernando Pessoa: “No teu coração os deuses são deuses porque não se pensam”.

João e Maria

Agora eu era o herói
E o meu cavalo só falava inglês
A noiva do cowboy
Era você além das outras três
Eu enfrentava os batalhões
Os alemães e seus canhões
Guardava o meu bodoque
E ensaiava o rock para as matinês

Agora eu era o rei
Era o bedel e era também juiz
E pela minha lei
A gente era obrigado a ser feliz
E você era a princesa que eu fiz coroar
E era tão linda de se admirar
Que andava nua pelo meu país

Não, não fuja não
Finja que agora eu era o seu brinquedo
Eu era o seu pião
O seu bicho preferido
Vem, me dê a mão
A gente agora já não tinha medo
No tempo da maldade acho que a gente nem tinha nascido

Agora era fatal
Que o faz-de-conta terminasse assim
Pra lá deste quintal
Era uma noite que não tem mais fim
Pois você sumiu no mundo sem me avisar
E agora eu era um louco a perguntar
O que é que a vida vai fazer de mim?

Composição: Chico Buarque/ Sivuca

RESUMO

Esta dissertação busca problematizar as práticas de atenção à saúde da criança, indagando *como são produzidos os cuidados de saúde das crianças no SUS – Sistema Único de Saúde – e que infância esses cuidados produzem. E, nesse sentido, quais são as condições de possibilidade para o aparecimento da criança como objeto das políticas públicas de saúde.* O ponto de partida para a análise das políticas públicas de saúde da criança é o documento “Caderneta de Saúde da Criança – Passaporte de Cidadania” (BRASIL, 2007). Foi esse recorte que possibilitou direcionar a compreensão para os processos pelos quais o SUS produz os cuidados da saúde da criança. Trata-se de compreender quais são os efeitos da articulação entre SUS e criança, procurando distanciar-se da busca pelas verdades sobre as práticas de saúde da criança. Três momentos tornaram possível tal propósito: o momento em que se problematizou o modo como se tornou viável tornar a saúde das crianças alvo de preocupação do Estado a partir de estratégias biopolíticas. Em seguida e, como decorrência desse processo, foi realizada uma análise da construção das práticas de atenção à saúde da criança no Brasil pós-proclamação da República. Esse período foi evidenciado como o de construção e consolidação da saúde pública no país. E, por fim, foi feita uma problematização das racionalidades presentes no documento analisado, procurando evidenciar como o SUS constitui as práticas de cuidado da saúde da criança.

Palavras-chave: *Sistema Único de Saúde, Criança, Biopolítica e Crítica.*

ABSTRACT

This work has problematized children health care practices considering the following questions: *How has children health care been produced in SUS – Sistema Único de Saúde – and which childhood(s) has this care produced? In this sense, what are the possibility conditions for the emergence of childhood as an object of public health care?* The starting point of the analysis of children public health policies was the document “Child Health Card – Citizenship Passport” (BRASIL, 2007). This source has allowed for the understanding of the processes through which SUS has produced children health care. This is an attempt to understand the effects of the articulation of SUS with childhood, trying to avoid the search for truths in children health practices. Three moments have made this purpose possible: a moment in which I have problematized how children health has become viable as a State target of concern, regarding bio-political strategies. As a consequence of this process, I have analyzed how practices of attention to children health in Brazil have been constructed after the Republic proclamation, as this period has been evidenced as one of construction and consolidation of public health care in Brazil. Finally, rationalities present in the document analyzed have been problematized as a way to evidence how SUS has constituted children health care practices.

Key Words: Sistema Único de Saúde, Childhood, Bio-politics, Criticism.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	12
O INÍCIO DO PERCURSO: o encontro entre Sistema Único de Saúde e a criança	13
ATITUDE CRÍTICA E PRODUÇÃO DE CONHECIMENTO	16
SAÚDE DA CRIANÇA	23
<i>A caderneta de saúde da criança</i>	25
SAÚDE DA CRIANÇA E BIOPOLÍTICA	28
<i>Saúde da criança no Brasil</i>	34
<i>De práticas caritativas a práticas filantrópicas</i>	37
<i>Higienismo: saberes sobre a saúde da criança</i>	40
<i>Práticas estatais de cuidado da criança</i>	44
<i>Saúde da criança e Direitos</i>	47
<i>Saúde Coletiva e saúde da criança</i>	50
PASSAPORTE DE CIDADANIA	55
<i>Uma criança de direitos</i>	56
<i>Direitos universais e produção de identidade</i>	59
<i>Saúde e cidadania</i>	73
SE SIENTA A LA MESA Y ESCRIBE	77
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	78

INTRODUÇÃO

A presente dissertação “**Saúde Pública e Saúde Coletiva: investindo na criança para produção de cidadania**” possui como tema as práticas de cuidado da saúde da criança no SUS – Sistema Único de Saúde. Diante disso, ela problematiza a saúde da criança como uma área específica das práticas de saúde do SUS que produzem políticas públicas de saúde direcionadas ao cuidado da criança. Essas práticas de cuidado estão inseridas num campo diverso, que foi sendo construído ao longo da história por diferentes atravessamentos, e que acabaram por constituir a saúde da criança como parte das ações das políticas de saúde do Estado.

A fundamentação teórica utilizada centrou-se na perspectiva teórica de Michel Foucault, principalmente, em suas noções de “biopolítica” e “crítica”, e em autores contemporâneos que discutem a problemática da saúde. A importância deste estudo reside no fato de que vivemos um contexto de implementação das práticas de saúde do SUS. Diante da carência de processos problematizadores, do modo como o SUS está se construindo como política pública de saúde, esse é mais um passo importante nessa direção. E, nesse sentido, a relevância deste estudo se deve a sua possível contribuição ao campo das práticas de saúde que atuam com a população de até dez anos de idade, ou seja, todos os serviços de saúde que atendem crianças, tanto os públicos quanto os privados.

Os objetivos dessa dissertação são problematizar *como são produzidos os cuidados de saúde das crianças no Sistema Único de Saúde e que infância esses cuidados produzem. É, também, refletir sobre as condições de possibilidade para o aparecimento da criança como objeto das políticas públicas de saúde.* Com esse objetivo, o problema de pesquisa que norteou este trabalho preocupou-se em compreender que efeitos das práticas de cuidado à saúde da criança atuam na produção da infância.

Para problematizar o encontro entre saúde coletiva e práticas de cuidado à saúde da criança, foi analisado o documento de domínio público “Caderneta de Saúde da Criança – Passaporte de Cidadania” (Brasil, 2007). Ele serviu como um analisador que possibilitou evidenciar os processos pelos quais o SUS produz os modos de cuidar da criança. A Caderneta vem sendo disponibilizada nas maternidades a todas as crianças nascidas no Brasil, pois se constitui em um

importante instrumento para o crescimento e desenvolvimento da criança. Para a problematização do documento, foi utilizada a noção de crítica de Foucault (2005) para evidenciar que condições de possibilidade contribuem para o aparecimento da atenção a saúde da criança como um problema e alvo de intervenção do Estado.

Três momentos tornaram possível tal propósito. Num primeiro momento, se problematizou o modo como que se tornou viável tornar a saúde das crianças alvo de preocupação do Estado, lançando mão de estratégias biopolíticas. Como decorrência desse processo, foi realizada uma análise da construção das práticas de atenção à saúde da criança no Brasil pós-proclamação da República. Esse período se evidenciou pela construção e consolidação da saúde pública no país. Por último, se tratou de problematizar as racionalidades indicativas de como o SUS constitui as práticas de cuidado da saúde da criança, presentes na Caderneta.

O INÍCIO DO PERCURSO: O ENCONTRO ENTRE SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E A CRIANÇA

a narrativa é um cavalo; um meio de transporte cujo tipo de andadura, trote ou galope, depende do percurso a ser executado (Calvino, 2006, p. 7).

A escolha por pesquisar a saúde coletiva é fruto de minhas inserções e movimentações vividas no percurso da graduação em Psicologia. Esse percurso é resultante de um misto de práticas de saúde, movimento estudantil, pesquisa e extensão em saúde e aproximação aos movimentos sociais, o que acabou configurando a saúde como um campo de militância profissional. A saúde foi dando forma à graduação como vontade de movimento, como necessidade de mudança e como interesse de envolver-me no debate e melhoria das condições de vida da população. Esse percurso me fez compreender a pesquisa como prática social produtora de modos de subjetivação e não como uma prática descolada dos processos políticos de nossa sociedade.

O primeiro delineamento da pesquisa foi estudar a formação de psicólogos para atuar no SUS – Sistema Único de Saúde. A questão era pesquisar como estão acontecendo os movimentos de inserção da psicologia no SUS, e como os Cursos de graduação em Psicologia estão assimilando os movimentos que o SUS vem propondo às profissões da área da saúde. O propósito inicial de pesquisa, “A formação de Psicólogos para atuar no SUS”, foi resultado dos anos de militância pela formação de profissionais psicólogos e demais profissionais de saúde, no sentido de que atuassem de acordo com as necessidades que o SUS oferece.

Porém, parafraseando Calvino (2006), a dissertação (“o cavalo”) foi delineando outros trotes em função dos percursos executados durante o primeiro ano de mestrado. Se inicialmente a ênfase era na formação dos profissionais, ela passaria, com a abertura a outros trotes, a enfatizar a produção da saúde da criança envolta nas práticas de saúde coletiva. As crianças se apresentaram como condição de maior leveza para a andadura, pois apontaram o “lugar” para onde direcionar o “olhar” crítico nas práticas de saúde coletiva. Com elas, foi possível refletir como se constituem os cuidados de saúde pelas práticas do SUS e que infância essas práticas produzem.

Nesse percurso, duas questões são centrais na escrita desta dissertação e é atrás delas que parto e procuro configurar o trote da escrita. A primeira foi problematizar *como são produzidos os cuidados de saúde das crianças no Sistema Único de Saúde e que infância esses cuidados produzem. A segunda foi questionar quais são as condições de possibilidade para o aparecimento da criança como objeto das políticas públicas de saúde.* Para problematizar o encontro entre saúde coletiva e práticas de cuidado à saúde da criança, elegi o documento “Caderneta de Saúde da Criança – Passaporte de Cidadania” (Brasil, 2007) como um analisador que possibilitou evidenciar os processos por meio do qual o SUS produz os modos de cuidar da criança. Trata-se de compreender quais os efeitos do encontro dos discursos da saúde coletiva e da saúde da criança.

Esse “cavalo” traz com ele na bagagem duas noções iniciais que configuram o começo do trote: o Sistema Único de Saúde e a saúde da criança. O SUS é uma formulação política e organizacional para o reordenamento dos serviços e ações de saúde estabelecida na Constituição de 1988.¹ Apesar de seu caráter institucional, é um sistema que está em constante transformação e se modifica em consequência dos efeitos cotidianos de sua existência. A saúde da criança, como segundo ponto, foi problematizada como uma área específica das práticas de saúde do SUS que produzem políticas públicas de saúde direcionadas ao cuidado da criança. Essas práticas de cuidado estão inseridas num campo diverso que foi sendo construído ao longo da história por diferentes atravessamentos. Isso acabou por constituir a saúde da criança como parte das ações das políticas de saúde do Estado. Diferentes acontecimentos e práticas, que não fazem parte necessariamente das ações institucionalizadas, foram conformando as práticas de saúde da criança. Por exemplo, o conhecimento e as práticas populares sobre a saúde das crianças, os movimentos políticos, econômicos e culturais que formaram a sociedade. A saúde da criança é, portanto, um emaranhado de práticas que extrapola o terreno das práticas oficiais de saúde destinadas à infância. Essas práticas resultam de efeitos dispersos de diferentes discursos que circulam e fazem circular as crianças em suas próprias casas, escola, nos supermercados, na mídia, nos shoppings, pracinhas e etc.

O cuidado à saúde da criança se dá na escolha pelo alimento saudável e adequado à determinada idade de seu desenvolvimento, na indicação de que

¹ A descrição sobre o SUS foi realizada no item “Saúde Coletiva e saúde da criança”, deste trabalho.

programas de televisão deve assistir, na aquisição do hábito de lavar as mãos após usar o banheiro, ensinado na família ou na escola. Também se conforma no incentivo a que as crianças realizem atividade física, durmam determinado número de horas, vivam em ambiente limpo, saudável e tranquilo, entre outras práticas. É importante salientar que, embora analisemos as práticas de atenção à saúde da criança, o alcance dos seus efeitos não atinge apenas as crianças, mas acabam por interpelar pessoas em todas as idades, ao produzir modos de atenção e relação com a saúde e com as crianças.

Este estudo não se voltou especificamente para *A criança* ou para *A Saúde da Criança* como condição de se encontrar a verdade sobre a infância do SUS, mas, ao contrário, buscou encontrar diferentes andaduras, diferentes modos de vincular saúde e criança. É com o intuito de promover um distanciamento da afirmação de uma concepção de “infância” ou “criança”², portanto, que

a análise volta-se, assim, não para uma idéia de infantil em si, o que remeteria a uma essência infantil que deva ser resgatada, descoberta ou preservada, mas para os discursos que nos fazem dizer o que dizemos sobre o infantil, outorgando sentidos aos conceitos que se constroem sobre o mesmo, a partir de determinadas categorizações, medidas e comparações (Hillesheim, 2008, p. 37).

A noção de “infância” não é, portanto, uma categoria natural do desenvolvimento humano, mas uma noção construída historicamente que está vinculada ao desenvolvimento de campos de saber, tais como a Psicologia, a Pedagogia, a Pediatria, entre outros, e de modos de governo sobre os indivíduos. Ao falar de “infância” remete-se a uma construção discursiva que determina posições de ser e viver a infância, tanto por parte dessas crianças quanto de seus pais, mães, instituições escolares, etc. (Cruz; Hillesheim; Guareschi, 2005). O infantil é um dispositivo criado pela modernidade para diferenciar as crianças - sujeitos pequenos e de pouca idade – dos adultos. É um dispositivo que incita as crianças a se produzirem em infantis ideais e de acordo com modelos estabelecidos de como ser criança (Corazza, 2000).

² Nesta dissertação não se tomará o dispositivo infantil como modo de problematização da saúde da criança, toda uma ampla discussão poderia ser realizada nesse sentido. Mas optou-se por fazer uma discussão dos cuidados de saúde das crianças e, não especificamente, as crianças ou o infantil em si.

ATITUDE CRÍTICA E PRODUÇÃO DE CONHECIMENTO

A proposta de construção dessa pesquisa e o percurso do mestrado ancoraram-se no exercício que Michel Foucault faz ao produzir conhecimento: colocar o conhecimento e os saberes produzidos em questionamento, para compreender como tomamos algo como verdade e como essa verdade produz os modos de ser sujeitos. Para que seja possível indagar como nos tornamos o que somos. O exercício da crítica propõe, assim, que seja utilizada a razão para se indagar racionalmente quais os efeitos da produção dos saberes que, nas sociedades ocidentais modernas, legitima e fabrica os sujeitos pelas práticas de assujeitamento.

Poder-se-ia abordar a proposta de Foucault de diferentes maneiras, mas optei por trabalhar com a perspectiva da crítica trazida pelo autor no texto “O que é a Crítica? [Crítica e *Aufklärung*], aula proferida em 1978, em Paris³. A perspectiva da crítica me parece esclarecer a proposta do autor de tornar o processo de pesquisa um movimento que coloca em questão não apenas os produtos do conhecimento, mas os próprios modos como fomos historicamente levados a construir o pensamento. Ou seja, se indaga o porquê pensamos desse jeito e não de outros jeitos.

Para trabalhar o que é a crítica, Foucault retoma o texto “Was ist *Aufklärung*?” (O que é o iluminismo?), escrito por Kant em 1783, como um texto importante que se propôs a pensar sobre a crítica como

uma maneira de pensar, de dizer, de, igualmente, agir; uma certa relação àquilo que existe, àquilo que se sabe, àquilo que se faz; uma relação com a sociedade, com a cultura, uma relação com os outros também e que nós poderíamos chamar, digamos, de atitude crítica (Foucault, 2005, p. 37).

A atitude crítica como uma condição do pensamento possibilitaria aos sujeitos pensarem como se constituem como sujeitos, ou seja, de pensarem como se tornaram o que são. A atitude crítica irá remeter ao processo de governo dos indivíduos e das populações, como algo que foi possível de ser exercido a partir do século XV e XVI no Ocidente. A vinculação entre processos de governo e

³ Tradução do texto original “Qu’est-ce que la critique? [Critique et *Aufklärung*] de Michel Foucault, realizada por Fabiano de Lemos Britto no seu trabalho de mestrado “Crítica e modernidade em Foucault”, 2005.

crítica acontece porque são processos que se iniciam simultaneamente na história. É quando a questão do governo das pessoas passa a ser importante que se começa, ao mesmo tempo, a questionar os modos pelos quais as pessoas são governadas e os modos pelos quais não querem ser governadas, uma atitude crítica, como uma condição das sociedades modernas.

O governo das pessoas teria sido exercido inicialmente pela pastoral católica e, posteriormente, seria disseminado à sociedade. A pastoral católica, através do governo dos fiéis, desenvolveu a idéia de que cada indivíduo, independente de suas características, deveria ser governado e deixar-se governar para ser levado à salvação da alma. É a partir do século XV que esse governo exercido pela pastoral se expandiria a toda sociedade, por meio de diferentes instituições, como a escola, o manicômio, o hospital, a família, etc. Isso gerou uma vontade de governo e uma multiplicação dos domínios destes

como governar as crianças, como governar os pobres e mendicantes, como governar uma família, uma casa, como governar o exército, como governar os diferentes grupos, as cidades, os Estados, como governar seu próprio corpo, como governar seu próprio espírito (Foucault, 2005, p. 38).

Diante disso, a questão *como não ser governado* veio em decorrência da questão *como governar*. Porém, a atitude crítica em Foucault não trabalharia com a questão *como não ser governado*, mas com a questão “como não ser governado desse modo, por esse modo, em nome desses tais princípios, em vista de tais objetivos, e por meio de tais procedimentos; não desse modo, não para isso, não através deles?” (Foucault, 2005, p. 38).

A crítica coloca três questões de ancoragem. A primeira ancoragem é a Bíblica. Na época em que o governo dos homens era uma arte espiritual, não querer ser governado era procurar na sagrada Escritura, outra forma de ser governado através do retorno ao autêntico da Escritura, era tê-la como lugar da verdade. Na medida em que se começou a questionar se a Escritura continha a verdade, é que foi possível se desenvolver a crítica. A segunda ancoragem, a jurídica, colocou a questão de não querer ser governado do modo como se é governado, como uma forma de questionar as leis a partir das quais somos governados, colocando em discussão, a partir desse momento, o que é o justo e o que é o injusto. A crítica seria, desse modo, opor-se ao governo e à obediência que ele exige, ao pôr em questão os direitos universais e imprescindíveis. E a terceira ancoragem, a ciência, teria colocado o problema da certeza diante da autoridade,

ao discutir o não querer ser governado e o não aceitar como verdade o que a autoridade dizia ser a verdade. Não aceitar essas verdades, a menos que se considerassem boas as razões para aceitá-las.

As três ancoragens da crítica - a Bíblia, o Direito e a Ciência - que estabelecem relações consecutivamente com a escrita, com a natureza e com a relação consigo, colocam a crítica sempre numa relação entre o poder, a verdade e o sujeito. Essas ancoragens colocariam em relação a ciência positivista, o desenvolvimento de um Estado ou de um sistema estatal e uma ciência de Estado que estariam intimamente relacionados. Essa relação se daria na medida em que a ciência passou a desempenhar um papel cada vez mais determinante nas forças produtivas e que os poderes estatais se exerceram cada vez mais através de conjuntos técnicos sofisticados.

A crítica, para Foucault, nos ajudaria a compreender o que nós somos e o que é o nosso presente. No entanto, a atitude crítica não consiste em descobrir o que somos, mas recusar o que somos. Não consiste em liberar o indivíduo do Estado nem das instituições do Estado, mas de o liberarmos tanto do Estado quanto do tipo de individualização que a ele se liga. Para que isso fosse possível, deveria-se criar novas formas de subjetividade, através da recusa desse tipo de individualidade. A atitude crítica seria a arte de não ser governado, do mesmo modo como somos governados. Seria uma inservitude voluntária, um desassujeitamento na política da verdade.

Questionar e resistir ao poder consiste em recolocar em questão a forma de racionalidade do poder e não simplesmente negá-lo. É preciso conhecer qual a lógica que programa e orienta o conjunto da conduta das pessoas. Uma questão estratégica é investigar o que acontece com a racionalidade, como se pode fazer sua análise e compreendê-la em sua formação e estrutura. A possível “liberação” desses efeitos será decorrente do ataque à raiz dessa racionalidade política e não um de seus efeitos.

A proposta de Foucault é fazer a história dos acontecimentos que tornaram possível o presente, uma história sempre atravessada pelas relações entre as estruturas da racionalidade que articulam o discurso verdadeiro e os mecanismos de assujeitamento que as liga. Questão que coloca à história o problema do sujeito e da verdade. O primeiro efeito desse modo de fazer a história é questionar o estatuto histórico, ao interrogar quais são os efeitos de poder pelo qual esta

verdade nos afeta. A prática histórica diz do movimento de construção das estruturas modernas: a invenção da humanidade, do Estado moderno, fundação das ciências modernas e da coexistência entre a arte de ser governado e da arte de não ser governado de tal ou tal modo. A história colocaria em relação poderes, verdade e sujeito.

A *Aufklärung* de Kant possibilitou, portanto, colocar em questão os conhecimentos que surgiram a partir da constituição da ciência moderna, permitindo discutir a legitimidade dos modos históricos de conhecer. A atitude crítica provoca um exercício onde o pensamento pensa o modo como ele mesmo pensa, é o pensamento pensando a si mesmo. É se voltar para o modo como historicamente fomos levados a pensar e a nos compreendermos como sujeitos. A atitude crítica pressupõe não a colocação do conhecimento em questão, mas do poder. “Não se trata de uma investigação da legitimidade do poder, mas tomar os conjuntos de elementos onde se podem demarcar, em uma primeira abordagem, logo, de maneira completamente empírica e provisória, as conexões entre mecanismos de coerção e conteúdos de conhecimento” (Foucault, 2005, p. 48). A atitude crítica procura colocar em evidência as conexões existentes entre mecanismos de coerção e elementos de conhecimento.

Quais os jogos de rejeição e de apoio se desenvolvem uns com os outros, o que faz com que tal elemento de conhecimento possa adquirir efeitos de poder aplicados em um tal sistema a um elemento verdadeiro ou provável, ou incerto ou falso, e o que faz com que tal procedimento de coerção adquira as formas e as justificações próprias de um elemento racional, calculado, tecnicamente eficaz etc. (Foucault, 2005, p. 49).

É questionar os efeitos legítimos dos saberes e dos poderes, o saber na medida em que se refere aos conhecimentos e procedimentos que são aceitos em um determinado momento. Não se trata de descrever o que é o saber e o poder, mas de compreender o que constitui a aceitabilidade de um sistema. No caso do trote dessa dissertação, trata-se de procurar compreender o que tornou aceitável a existência de uma atenção à saúde da criança para que seja possível seguir as linhas de ruptura que marcam sua emergência.

Nesse sentido, Foucault propõe a utilização das palavras *saber* e *poder* para provocar uma neutralização nos efeitos da legitimação e um esclarecimento sobre o que tornou aceitável determinado conhecimento. Saber e poder teriam um papel metodológico, pois auxiliariam a fixar a frente de análise. Seria uma *arqueologia*,

ao percorrer qual foi o sistema de aceitabilidade que permitiu que algo fosse dito, analisado a partir do jogo saber-poder, e seguir as linhas de ruptura que marcam sua emergência. A evidência da aceitabilidade de um sistema é dada também por aquilo que o tornou difícil de ser aceito: “sua arbitrariedade em termos de conhecimento, sua violência em termos de poder, enfim, sua energia” (Foucault, 2005, p. 50). É parte dessa análise das relações entre saber e poder o percurso genealógico, pois ele dá conta da singularidade como um efeito. A *genealogia* ajuda a não remetermos a uma causa um conjunto de fenômenos derivados, mas de pôr em inteligibilidade uma positividade singular naquilo que ela tem de singular. “Qualquer coisa que tente retribuir as condições de aparição de uma singularidade a partir de múltiplos elementos determinantes, de onde ela aparece como o produto, mas como o efeito” (Foucault, 2005, p. 51). Deve-se, também, buscar a dimensão da análise *estratégica*, como um mapeamento ou um exercício de planejamento de todas as conseqüências possíveis de configuração.

A *arqueologia*, a *genealogia* e a *estratégia* são três dimensões de uma mesma análise que propõe evidenciar as “condições de aceitabilidade de uma singularidade cuja inteligibilidade se estabelece pela delimitação das interações e das estratégias às quais ela se integra” (Foucault, 2005, p. 52). É o movimento que possibilita colocar o próprio modo como nos damos a conhecer e os conhecimentos por nós criados para que seja possível engendramos outras formas de governo de nós mesmos. A atitude crítica para Foucault consiste em procurar maneiras de recusar, transformar e limitar estes efeitos do poder: uma arte de não ser governado desse modo. É não aceitar o governo a não ser se o consideramos como boas às razões para aceitá-lo. A governamentalidade é o movimento que ao mesmo tempo em que torna os sujeitos governáveis os possibilita interrogar a verdade. Assim, a crítica será a “arte da inservitude voluntária”, da indocilidade refletida. A crítica buscará o desassujeitamento na própria política da verdade. É através desse entendimento que iremos problematizar os modos como hoje produzimos as práticas de cuidado da saúde da criança.

Tomando isso como base, o processo de construção dessa dissertação não busca as verdades sobre as práticas de cuidado da saúde da criança nem as origens das práticas de atenção à saúde, mas as condições de possibilidade para o aparecimento da atenção à saúde da criança como um problema e alvo de intervenção do Estado. Nessa perspectiva, estudar as formas de poder que

fabricaram a infância das políticas públicas é dar evidência para a multiplicidade das formas de poder e saber em suas diferenças, reversibilidades, especificidades e contradições como condição para produzir outros modos de governo das crianças pelas práticas de SUS.

CADERNETA DE SAÚDE DA CRIANÇA



PASSAPORTE DA CIDADANIA



Ministério da Saúde

SAÚDE DA CRIANÇA

De acordo com estudos realizados pelo Ministério da Saúde, o país atingirá a Meta do Milênio de redução da mortalidade infantil antes do prazo estabelecido pela Organização das Nações Unidas (ONU). Conforme o estudo, o Brasil reduzirá dos atuais 21,2 óbitos por mil nascidos vivos para 14,4 até 2012, três anos antes da data prevista, 2015 (Brasil, 2008).

A meta acima, relativa à diminuição da mortalidade infantil, está colocada como uma das conquistas que o Brasil atingirá até 2012. Este anúncio está em destaque no ano de 2008, na “Linha do Tempo da Saúde”, material disponível no sítio do Ministério da Saúde em comemoração aos 20 anos do SUS – Sistema Único de Saúde. É neste viés que começo apresentando a saúde da criança como um tema que atualmente é considerado como meta do milênio para os países que compõem a ONU - Organização das Nações Unidas, 192 Estados soberanos.

As crianças possuem um campo específico de organização, formulação e execução de políticas no SUS. A saúde da criança está inserida como uma ação programática estratégica dentro da Atenção à Saúde. Para o Ministério da Saúde, atenção à saúde “é tudo que envolve o cuidado com a saúde do ser humano, incluindo as ações e serviços de promoção, prevenção, reabilitação e tratamento de doenças” (Brasil, 2008). E ações programáticas estratégicas são conteúdos programáticos, normas técnico-gerenciais, métodos e instrumentos que reorientem o modelo de atenção à saúde. O objetivo é promover o desenvolvimento de estratégias que permitam a organização da atenção à saúde, dando ênfase à atenção básica, visando fortalecer o acesso, a equidade e a integralidade das ações e serviços prestados etc. (Brasil, 2008). A saúde da criança no Ministério da Saúde é operada pela “Área técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno” e tem como objetivo elaborar, desenvolver e apoiar as diretrizes políticas e técnicas para atenção integral à saúde da criança de 0 a 10 anos de idade, junto aos estados e municípios da união.

A saúde da criança no SUS é, então, organizada a partir de uma noção de atenção integral, feita na lógica do cuidado capaz de articular a saúde como um processo que vincula ações e serviços de promoção, prevenção, reabilitação e tratamento de doença. A noção de cuidado vincula-se à discussão ética na saúde, pois questiona os modos do fazer saúde e a relação entre profissionais e usuários.

A atenção à saúde, realizada sob a lógica do cuidado, é uma negação das práticas hegemônicas biomédicas que historicamente organizaram a prestação de serviços, privilegiando a objetivação dos problemas de saúde e resolvendo-os através de tecnologias biológico-mecânicas. Essas práticas não privilegiam a dimensão do cuidado na relação dos profissionais de saúde e usuários, pois prioriza as tecnologias e equipamentos. O atendimento estaria preocupado com a realização dos protocolos e com a medicalização dos sintomas, substituindo o espaço do diálogo por uma parafernália de exames e procedimentos técnicos (Merhy, 2002).

O cuidado em saúde, ao contrário, coloca o usuário como o centro das intervenções. As necessidades dos usuários são o ponto de partida para a construção de um novo modo de operar a gestão do cuidado em saúde. A gestão do cuidado é realizada por trabalhadores comprometidos ético-politicamente com a defesa da vida individual e coletiva. O processo de trabalho não estaria centrado na realização de protocolos e procedimentos, mas no trabalho vivo em ato, como a possibilidade de o trabalhador agir no ato produtivo com grau de liberdade máxima. O trabalho vivo, como aquele que se diferencia do trabalho morto – ligado aos equipamentos e saberes tecnológicos estruturados - opera com a invenção do trabalho em função das necessidades demandadas pelos usuários. Opera, assim, com tecnologias de relação, através do encontro entre profissionais e usuários, oferecendo um grau de liberdade na escolha do modo de fazer a produção do cuidado (Merhy, 2002).

As políticas públicas de saúde direcionadas à população de 0 a 10 anos de idade oferecem uma cobertura integral à saúde da criança. Para isso, criam uma série de intervenções de promoção, prevenção, terapêutica e recuperação de saúde. A principal preocupação do Ministério da Saúde com a saúde da criança é a diminuição dos índices de mortalidade que, em sua maioria, podem ser evitados se as crianças receberem atendimento resolutivo e qualificado.

De acordo com a “Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil”, a atenção à saúde da criança deve garantir o direito de acesso aos serviços de saúde, com enfoque na integralidade do indivíduo e da assistência que garantam a resolutibilidade adequada e promovam a equidade ao assumir o desafio da conformação de uma rede única integrada de assistência. E, nesse sentido,

deve incorporar a organização do processo de trabalho integrado entre os agentes comunitários de saúde, equipes de saúde da família,

equipes de apoio, unidades básicas de saúde, atenção especializada, serviços de urgências, ações complementares de assistência (assistência farmacêutica, apoio diagnóstico) e atenção hospitalar, além das ações intersetoriais que envolvem a criança e a família (Brasil, 2009, p. 8).

O Ministério da Saúde, ao criar uma área técnica que trabalha especificamente com a atenção integral à saúde da criança, toma a infância como um momento de vida que deve ser investida de cuidados e atenção específica. Essa especificidade conferida à saúde da criança evidencia que o Ministério da Saúde considera a infância uma fase do desenvolvimento humano com características delimitadas e claras. A criança é investida pelo SUS como um momento específico de atenção à saúde, com vistas a dar um enfoque adequado às necessidades decorrentes das características relativas ao momento de vida em que as crianças se encontram. Mais adiante é apresentada a “Caderneta de Saúde da Criança – Passaporte de Cidadania”.

A caderneta de saúde da criança

Parabéns! Acaba de nascer um cidadão brasileiro. Esta é a Caderneta de Saúde da Criança, um documento importante para acompanhar a saúde, o crescimento e o desenvolvimento de seu filho ou filha. Ela irá ajudar a sua família e os profissionais de saúde nos cuidados com a criança e contém informações sobre: - A saúde de seu bebê no momento do nascimento. - O crescimento e o desenvolvimento de sua criança na infância. - As vacinas do Calendário Básico de Vacinação, que protegem as crianças de muitas doenças (Brasil, 2007, p. 5).

O ponto de partida para a problematização do cuidado à saúde da criança realizado pelas práticas do Sistema Único de Saúde foi a “Caderneta de Saúde da Criança: Passaporte de cidadania” (Brasil, 2007). É a partir desse material que se partiu para compreender *como são produzidos os cuidados de saúde das crianças no Sistema Único de Saúde e que infância esses cuidados produzem*.

A escolha por esse material e, não outro, deu-se porque ele vem sendo disponibilizado nas maternidades a todas as crianças nascidas no Brasil, de acordo com o Ministério da Saúde se constitui em um importante instrumento para o crescimento e desenvolvimento da criança (Brasil, 2008). Trata-se de um documento de domínio público produzido pelo SUS e utilizado como manual de orientação dos cuidados que devem ser dirigidos às crianças pelos profissionais de saúde e, principalmente, pelos pais. Além dos pais e profissionais, muitos dos

discursos produzidos pela Caderneta passam a ser incorporados por pessoas que não estão diretamente envolvidas com a educação e o cuidado de crianças, mas que os tomam como referências do que seja uma atenção adequada para as mesmas.

A Caderneta é um documento que começou a ser distribuído a partir de janeiro de 2005, após uma ampla revisão do “Cartão da Criança”. O Cartão da Criança era um documento utilizado para registrar as informações de saúde das crianças até sete anos de idade, distribuído pelos estados somente aos serviços públicos de saúde. Trazia espaços para a identificação, acompanhamento do desenvolvimento, calendário básico de vacinação e um gráfico de peso por idade que permitia a vigilância do crescimento da criança.

Após a primeira grande revisão, em 2005, que inclusive modificou o nome de “Cartão da Criança” para “Caderneta de Saúde da Criança”, passou a ter duas versões, uma para meninos e outra para meninas, por entender que a diferença de sexo denota diferenças de desenvolvimento, crescimento e saúde, ambas com 34 páginas. Passou a incluir novas curvas de crescimento desenvolvidas pela OMS - Organização Mundial de Saúde, passou a acompanhar as crianças até os dez anos; e passou a ser repassada diretamente aos municípios pelo Ministério da Saúde. A nova proposta de documento tem como eixo de atenção à saúde da criança o crescimento e o desenvolvimento saudável, de forma a tornar a atenção às patologias uma intercorrência nesse percurso (Brasil, 2008). Esta modificação amplia o campo de práticas que o documento passou a acompanhar, tornando possível intervir através de um viés de atenção integral à saúde da criança e deslocando o foco das práticas apenas do aspecto curativo.

No ano de 2006, foi realizada a última atualização da Caderneta, passando esta de 34 para 84 páginas. A revisão do documento lhe cunhou o nome de “Caderneta de Saúde da Criança: passaporte de cidadania”, de acordo com a descrição presente no portal do Ministério da Saúde:

seu conteúdo foi bastante diversificado, acrescentando-se mais informações e orientações. Destacam-se as orientações sobre os cuidados com o bebê nos primeiros dias de vida, o desenvolvimento afetivo, o tratamento da doença diarréica, o Registro Civil, a identificação de sinais de perigo, entre outros. A parte do aleitamento materno ganhou mais espaço para as orientações, assim como as orientações de prevenção de acidentes (Brasil, 2008).

A Caderneta está disponível no portal do Ministério da Saúde como um documento inserido nas práticas de saúde direcionadas à criança, mais especificamente na “Atenção à Saúde” como uma ação programática estratégica – “Saúde da Criança”. Interessou-me analisar a Caderneta não em tudo que ela contém, mas no que tange ao modo como o SUS organiza as intervenções e práticas de cuidado à saúde da criança, com o intuito de tornar visíveis os efeitos da produção da saúde da criança na infância contemporânea. Para que seja possível realizar tal problematização considera-se importante realizar algumas andanças pelo passado para melhor conhecermos os sistemas de aceitabilidade que tornaram viável a vinculação entre saúde coletiva e saúde da criança. Com isso, nas próximas páginas procurou-se responder a segunda questão dessa dissertação, isto é, procurar elucidar *as condições de possibilidade para o aparecimento da criança como objeto das políticas públicas de saúde*.

SAÚDE DA CRIANÇA E BIOPOLÍTICA

Neste capítulo são colocadas em evidência as condições de emergência das políticas públicas de saúde voltadas para a criança como uma forma de retomar os regimes de verdade que sustentaram, em diferentes épocas, o cuidado com a saúde da criança. A andadura pelas condições de emergência levou para os modos como a criança se tornou alvo das estratégias de governo das condutas. Nessa linha, foi realizada a problematização das estratégias de governo nas instituições modernas como algo fundamental para se visibilizar quais são os elos entre as racionalidades que articulam o discurso verdadeiro e os mecanismos de assujeitamento que se fazem presentes na construção das práticas de atenção à saúde das crianças.

Para isso, a noção de biopolítica como estratégia de governo das populações e dos indivíduos, de Foucault, é importante para apontar como a vida, a saúde e os modos de viver foram colocados como uma preocupação e alvo de investimento das práticas do Estado. A biopolítica é um modo de produção de governo das pessoas, uma crítica ao governo exercido pelo poder pastoral. A biopolítica dá visibilidade para aos processos que vinculam práticas de saúde e governo na produção dos sujeitos criança. Nesse sentido, tomo as intervenções sobre a saúde das crianças como um conjunto de práticas que instituíram e instituem modos de ser sujeito, ou seja, os modos pelos quais os seres-humanos tornam-se sujeitos.

Falar de governo em Foucault não é se dirigir especificamente à instituição “governo” como sinônimo de Estado, mas sim à prática de dirigir a conduta das pessoas. O governo de que fala Foucault pode ser exercido por diversas instituições como a escola, a família, a justiça, a saúde, a mídia, a religião e, inclusive, o governo estatal. O governo configura-se como um domínio de relações estratégicas entre indivíduos e grupos. Têm como foco central o governo da conduta das pessoas, o que conformará um conjunto de instituições, procedimentos, análises, reflexões, cálculos e táticas que permitem exercer formas específicas e complexas de poder sobre a população (Foucault, 2005).

Durante a Idade Média, entre os séculos V e XV, a infância não era considerada uma etapa do desenvolvimento como é atualmente. À medida que as crianças tivessem condições de viver sem os cuidados dos adultos eram misturadas aos demais. A Idade Média entendia as crianças como adultos em

miniatura, não havia qualquer distinção de fase, vestimenta e práticas direcionadas a elas. A infância era uma época de passagem e quando as crianças morriam não havia um sentimento de perda, porque os índices de mortalidade e natalidade eram muito altos, sendo, portanto, consideradas mortes eventuais. Como registra Ariès (1981), por volta dos séculos XV a XVI, apareceu um sentimento mais próximo da infância moderna que ligava as crianças à religião. As crianças eram associadas a figuras bíblicas e a anjos, passando a possuir uma alma imortal como a dos adultos, já como indício de uma cristianização dos costumes. Nessa época, o soberano governava as sociedades medievais preocupado com a conservação e expansão de seu principado em termos territoriais e não diretamente com o governo das pessoas que viviam em seu interior. O governo das pessoas se restringia à obediência dessas leis, prevalecendo a vontade do soberano em detrimento de qualquer outra forma de governo (Foucault, 2006).

Com o início das estruturas de Estado moderno, essa preocupação se altera e o foco de interesse passa a ser o que está dentro do território e da sociedade, ou seja, o governo das pessoas e das coisas. A queda das estruturas feudais e, posteriormente, a Reforma e a Contra-Reforma, entre os séculos XVI a XVIII, possibilitaram que a infância fosse identificada como uma etapa da vida e, portanto, digna de cuidados específicos. Tal mudança se deveu em parte porque o Estado moderno integrou, numa forma política, uma tecnologia de poder originada no modelo de poder pastoral, exercido pelas pastorais católicas e protestantes de governo das pessoas. O poder pastoral entendia o governo das almas e das condutas ligadas à religião como um problema do pastor que deve velar pela vida de todos e de cada um, de forma a reunir os indivíduos que se encontravam dispersos. As pessoas deveriam ser governadas e deixar-se governar para que pudessem ser conduzidas à salvação da alma. Essa integração do poder pastoral às estruturas do Estado moderno teria expandido o problema do governo das pessoas a toda a sociedade, criando novas tecnologias de governo. Já não se trata de dirigir as pessoas para a salvação após a morte, mas assegurá-la nessa vida, de forma a assumir a saúde, o bem-estar e a segurança como preocupações de governo (Foucault, 2006).

A ampliação das estruturas do poder pastoral representou um avanço do poder do Estado em direção a uma organização que individualiza e totaliza ao mesmo tempo os sujeitos. Inicialmente, esse poder iria individualizar os sujeitos

através de estratégias disciplinares. Posteriormente, agregaria estratégias que os totalizariam ou massificariam através de intervenções baseadas em fenômenos que dizem respeito a toda a população – nascimento, morte e doença. Nesse sentido, o Estado moderno ocidental construiu estratégias de poder muito fortes ao unir um poder político que é totalizador, preocupado com os interesses do conjunto das pessoas e, ao mesmo tempo, um poder individualizador. Essa preocupação com o *como governar* os indivíduos gerou uma multiplicação das formas de governo. A saber: o governo das crianças, dos pobres, das famílias, das casas, do exército, das cidades, dos Estados, do próprio corpo e do espírito (Foucault, 2005).

O poder, que inicialmente se baseou em estratégias disciplinares, entre os séculos XVII e XVIII, construiu uma série de técnicas centradas basicamente no corpo individual. Eram procedimentos de poder centrados “no seu adestramento, na ampliação de suas aptidões, na extorsão de suas forças, no crescimento paralelo de sua utilidade e docilidade, na sua integração em sistemas de controle eficazes econômicos” (Foucault, 2003, p. 131), caracterizando a anátomo-política do corpo humano. A anátomo-política consistia em procedimentos e técnicas de racionalização centradas no corpo individual que visavam distribuir racionalmente estes corpos no espaço, separando-os, alinhando-os, colocando-os em série e sob vigilância de forma a organizá-los em um campo de visibilidade. A anátomo-política, como tecnologia do poder disciplinar, age sobre os corpos e rege os indivíduos, vigiando-os, treinando-os, utilizando-os e punindo-os quando necessário. São técnicas de racionalização e de economia de um poder que deve agir de maneira menos onerosa possível através de um sistema de vigilância, de hierarquias, de inspeções, de escriturações e de relatórios (Foucault, 2003).

A “anatomia-política” se desenvolveu inicialmente com força nos colégios, depois nas escolas primárias, nos espaços hospitalares, nas prisões etc. O colégio se tornou um aparelho onde as crianças deveriam aprender a disciplina e o conhecimento para se tornar um adulto produtivo e apto a cuidar de si e de sua saúde. O poder disciplinar teve efeitos de adestramentos dos indivíduos para utilizar e potencializar suas forças (Foucault, 2003). Aos poucos as funções pedagógicas e de vigilância foram aproximando-se e geraram um mecanismo de poder que integrou um “ensino específico, aquisição de conhecimentos por meio

de exercício da atividade pedagógica e uma observação recíproca hierarquizada” (Kohan, 2003, p. 74).

A partir da segunda metade do século XVIII, desenvolveu-se outra tecnologia de poder que não excluía a técnica disciplinar, mas que a integrava e a modificava. Não mais apenas o corpo individual atingiria esse poder, mas a vida dos homens, o homem enquanto ser vivo e espécie. Esse poder tomaria a população e não apenas o indivíduo como alvo de governo e como sujeito de necessidades. A racionalidade do governo passou a abarcar os processos disciplinares dos corpos e os processos regulamentares da vida e se colocou como regime de verdade que instituiu modos de ser e estar no mundo; uma biopolítica da população.

A biopolítica centrou-se no corpo-espécie como ser vivo e como suporte dos processos biológicos que se dirigiu ao conjunto das pessoas enquanto população. Foi, portanto, afetada por processos relativos à vida, como os nascimentos, a mortalidade, o nível da saúde, a duração da vida e a longevidade, submetendo tais processos a uma série de intervenções e controles reguladores. A vida passou a ser gerida em todos seus âmbitos, garantida, sustentada, reforçada e multiplicada ao longo de todo seu desenvolvimento. A morte, por ser o momento em que a vida escapa, tornou-se o limite de intervenção do poder. O governo teria como tarefa “fazer” as pessoas viverem e “deixá-las” morrer de acordo com padrões e regras específicas (Foucault, 2003).

Como o território deixa de ser a preocupação central das práticas do governante, a população e conseqüentemente a vida passam a ser foco do investimento do poder, que se estenderão a todos os domínios da vida dos sujeitos. Esse poder não impunha suas regras às pessoas, mas utilizava mais táticas do que leis que levariam aos fins desejados. Assim, preocupou-se mais com a intensificação e maximização dos processos de governo do que com as regras (Foucault, 2006). O século XIX seria característico do que Foucault chamou de uma estatização do biológico, ou seja, uma tomada do poder sobre o homem enquanto ser vivo (Foucault, 2005).

A biopolítica como tecnologia de poder iria inaugurar um modo de governo baseado em mecanismos de regulamentação e não apenas de disciplina. Um poder sobre a “população enquanto tal, sobre o homem enquanto ser vivo, um poder contínuo, científico, que é o poder de fazer viver” (Foucault, 2005, p. 294). A

intervenção desse poder na população procuraria controlar as contingências dos fenômenos inerentes à vida de forma a controlar a probabilidade desses fenômenos para compensar seus efeitos. O poder exercido pela biopolítica seria cada vez menos o poder de fazer morrer e cada vez mais o poder para fazer viver no “como” da vida para otimizá-la ao máximo (Foucault, 2005).

A biopolítica, ao agregar as práticas disciplinares aos mecanismos de regulamentação, vai intervir entre o disciplinar e o regulamentador, de forma a controlar a ordem disciplinar do corpo e os acontecimentos aleatórios de uma multiplicidade biológica. A esse elemento que circula entre a disciplina e a regulamentação Foucault chamou de norma. “A norma é tanto o que se pode aplicar a um corpo que se quer disciplinar quanto a uma população que se quer regulamentar” (Foucault, 2005, p. 302).

A biopolítica, através de suas estratégias ligadas à norma e à regulamentação, criariam condições de agenciar o dispositivo do infantil, o infantil como uma qualidade, um estado, uma propriedade, como um modo de ser criança. O infantil passou a ser classificado, denominado, identificado, dito e medido pela razão, pelo discurso da verdade e pelas tecnologias do poder. A biopolítica, capaz de causar a vida, poderia investir na produção da infantilidade “por procedimentos de poder disciplinares; por fazer a anátomo-política do corpo infantil; e, através de intervenções e controles reguladores sobre a população, por realizar a biopolítica de uma população agora dividida em infantil e adulta” (Corazza, 2000, p. 21).

Assim, a criança, a infância e o infantil seriam produzidos por esse dispositivo que os infantiliza. O poder estaria voltado para produzir a vida e ditar as características desses sujeitos que, se antes eram adultos em miniatura, agora passariam a ser uma etapa bastante distinta do desenvolvimento humano. Seria “o outro do adulto”, como uma fase da vida que antecede o momento crucial: a fase adulta. O dispositivo do infantil produzirá a criança e o infantil envolta na dicotomização criança/adulto. A criança seria como a planta que precisa ser regada e adubada para que cresça e seja saudável e produtiva. A infância seria, ao mesmo tempo, uma fase que carece de investimentos, mas também, e pelo mesmo motivo, uma fase de passagem, de incompletude que antecede o momento pleno de crescimento, raciocínio e desenvolvimento que será alcançado na fase adulta. Seria identificada, romanticamente, como a fase áurea da vida, mas seria também

àquilo de que todos precisam passar e se livrar para que se consiga alcançar a razão: “*não seja criança, aja racionalmente*”.

Em função da importância atribuída à vida, a medicina passaria a ser responsável pelo crescimento e desenvolvimento saudável das crianças, assim como seria responsável pela vida do restante da população. O Estado, para tanto, organizou um conjunto de regulamentos e de instituições múltiplas que recebeu o nome de polícia médica. A polícia médica tinha a função de garantir a “ordem, o crescimento canalizado das riquezas e as condições de manutenção da saúde em geral” (Foucault, 2004, p. 196). Foucault diz que o motor dessa transformação foi a preservação, a manutenção e a conservação da força de trabalho, que em função do crescimento demográfico do século XVIII exigiu a assimilação dessas pessoas ao aparelho de produção. Assim, surge a população como problema político que passou a ser quantificada e analisada para que se pudesse intervir de forma a operar transformações. Toda uma tecnologia da população surge disso:

estimativas demográficas, cálculo da pirâmide das idades, das diferentes esperanças de vida, das taxas de morbidade, estudo do papel que desempenham um em relação ao outro o crescimento das riquezas e da população, diversas incitações ao casamento e à natalidade, desenvolvimento da educação e da formação profissional (Foucault, 2004, p. 198).

A medicina recebeu a função de higiene pública e medicalizadora da população e foi investida de poder para falar sobre a vida, a saúde, os modos de bem viver (Foucault, 2004). As práticas de saúde, a partir do século XIX, se organizaram em torno do disciplinamento dos corpos e da constituição das intervenções sobre os sujeitos que se desdobrou em um conjunto de normatizações e preceitos a serem seguidos e aplicados em âmbito individual, ligando a saúde à esfera moral. Essa função, posteriormente, foi compartilhada com as demais profissões da área da saúde como psicologia, nutrição, enfermagem, farmácia, etc. “A medicina é um saber-poder que incide ao mesmo tempo sobre o corpo e sobre a população, sobre o organismo e sobre os processos biológicos e que vai, portanto, ter efeitos disciplinares e efeitos regulamentadores” (Foucault, 2005, p. 302).

A perspectiva da população, como um problema político, direcionaria as estratégias de governo para a família e esta, por sua vez, passaria a ser alvo de campanhas para diminuição da mortalidade infantil, para o incentivo ao casamento, para as vacinações, para inoculações construídas a partir dos dados

provenientes das estatísticas das regularidades da população (nascimentos, mortes, número de doenças, regularidades de acidentes, etc.). Essas campanhas visavam desenvolver e aumentar o poder do Estado (Foucault, 2006).

Em consonância com esse processo, a construção da família moderna, a expansão dos colégios, a criação das classes sociais, o aumento da natalidade e a baixa mortalidade propiciaram condições para a intensificação dos sentimentos, práticas e idéias sobre a infância (Ariès, 1981). A família vai aos poucos se organizando em torno das crianças e vai atribuindo-lhes importância. Na vida privada da família, ela vai ser paparicada e os adultos já começariam a brincar e a se distrair com as crianças. Fora da família, a infância passaria a ser entendida como imperfeita, leviana e frágil, o que fez com que devesse ser conhecida, disciplinada e corrigida. A criança passou então a ser escolarizada para que fosse disciplinada e, para isso, foi preciso tirá-la do convívio dos adultos. “Passou-se a admitir que a criança não estava madura para a vida e que era preciso submetê-la a um regime especial, a uma espécie de quarentena antes de deixá-la unir-se aos adultos” (Ariès, 1981, p. 277). A preocupação com a educação das crianças é considerada por Ariès (1981) um grande acontecimento na construção da noção de infância da modernidade e para o início de uma moralização da sociedade. A saúde da criança, nesse mesmo sentido, passou a ser merecedora de intervenções e de uma série de práticas específicas de saúde: cuidados com a gravidez, preocupações com o parto, com os primeiros dias de vida, com a alimentação diferenciada para cada etapa da infância, vacinação, etc. Investir na saúde da criança passou a significar investir no adulto que estaria por vir – uma série de leis, manifestos, estatutos, regras, instituições, profissões seriam criadas para dar conta dessa nova fase que se definia.

Saúde da criança no Brasil

Os rumos percorridos até aqui por esse “cavalo” anunciam que a saúde da criança foi possível quando o Estado passou a investir na vida da população e, por isso, passou a investir naqueles que antes eram adultos pequenos, mas que agora passaram a ser crianças. É neste sentido que segue a escrita, quando traz a problematização das condições de possibilidade para o aparecimento da criança como objeto das políticas públicas de saúde no Brasil. Esse período corresponde à

construção de políticas públicas de saúde no Brasil e ocorre a partir de meados da proclamação da República até a institucionalização do SUS. Mais especificamente, o período em que a saúde passa a ser uma política pública e assume características de saúde pública.

A escolha do corte histórico – Proclamação da República até os antecedentes do SUS – se deve ao entendimento de que a República representa um marco político para a construção do Estado moderno no Brasil. No entanto, se compreende que toda tentativa de traçar uma linha divisora não é mais do que um corte arbitrário num conjunto indefinidamente móvel (Foucault, 2007). Ou seja, embora se tenha realizado um corte na história dos modos de intervenção na saúde da criança, é preciso ter em mente que esse processo não pode ser estagnado “dentro” desse percurso temporal. Pois a história não cessa de se fazer e de acontecer para além de nossas delimitações espaço-temporais. Foram trazidos para a discussão alguns acontecimentos que durante este período foram conformando a criança como objeto das políticas de saúde. Assim, é sabido que outros fatores estão em jogo, mas não tenho pretensão de abarcá-los.

O atravessamento histórico 1889 a 1988, como período de construção da Saúde Pública no Brasil, é, também, e não por acaso, o período de desenvolvimento do racionalismo no Brasil. O racionalismo, como forma de dar a conhecer o mundo, a partir do século XVII, marcou o desaparecimento das similitudes (magia, superstições e crenças) como forma de conhecer as coisas e inaugurou a natureza da ordem científica alterando o modo como às pessoas passaram a conhecer as coisas e a si mesmas (Foucault, 2007). A racionalidade, a partir do Estado moderno, passaria a orientar o conjunto da conduta humana e não apenas os aspectos que dizem respeito à produção de conhecimento. Passou-se a fazer a racionalização da gestão do indivíduo através da biopolítica, como forma de controle sobre a vida da população. A biopolítica, como um controle contínuo sobre a vida, conduziria a uma ampliação do saber sobre a população que vincularia saber e poder na produção de modos de existência na modernidade.

Hoje, o controle é menos severo e mais refinado, sem ser, contudo, menos aterrorizador. Durante todo o percurso de nossa vida, todos nós somos capturados em diversos sistemas autoritários; logo no início na escola, depois em nosso trabalho e até em nosso lazer. Cada indivíduo, considerado separadamente, é normatizado e transformado em um caso controlado por um IBM (Foucault, 2006, p. 307).

O racionalismo entra nas estruturas do Estado ao corresponder aos anseios decorrentes das mudanças despertadas em função da proclamação da República. Nessa época, o Brasil vivia a necessidade de fazer o país crescer e progredir para romper com o atraso, a ignorância e a barbárie que se considerava viver durante o Império. Nesse momento, era preciso emancipar-se e criar uma identidade nacional. Era preciso, também, reformular as bases econômicas e sociais que ainda estavam baseadas no modelo escravista de exploração da mão-de-obra. Era, portanto, necessário investir na “produção” de trabalhadores livres, era preciso educar e dar assistência à saúde dos trabalhadores em potencial. Foi preciso, para tanto, modificar as estruturas de saúde existentes no Brasil Colônia, pois até o momento a população estava à mercê de métodos “precários” como a realização de sangrias e purgações que levava à morte muitas pessoas. E, também de práticas mágicas e místicas que eram acessadas pela grande maioria da população.

A necessidade de produzir mão-de-obra qualificada para atuar nas novas estruturas empregatícias deflagrou um processo de investimento do Estado na vida da população. Foi preciso investir na saúde das pessoas e na construção de uma política de saúde que garantisse as necessidades emergentes. Diante disso, a saúde passou a ser uma preocupação do Estado quando a vida das pessoas, em especial a vida produtiva, passou a ser uma necessidade ao desenvolvimento das estruturas produtivas capitalistas, conformando uma biopolítica da população. É nesse contexto que a criança passa a ter importância para o Estado e deixa de ser objeto de interesse apenas da família e da Igreja para tornar-se uma questão de cunho social e de competência administrativa do Estado (Rizzini, 2008).

É assim que a saúde passa a ser uma prática do Estado e inicia suas configurações de uma saúde pública. Ela se fundamentaria no discurso racionalista e cientificista e, portanto, em uma noção de verdade sobre a saúde da população. O conceito de saúde que utilizou compreendeu saúde como decorrência de processos biológicos e esquemas binários e se pautou em intervenções técnicas que procuravam moldar e reformar os sujeitos de acordo com modelos previamente definidos como normal/anormal e saudável/doentio. Essa racionalidade organizou as intervenções em saúde a partir de modelos dicotômicos individual e coletivo, privado e público, biológico e social, curativo e preventivo, saúde e doença, normal e patológico, envolvendo o meio ambiente, as

coisas, a população, os modos de ser num sistema de classificação, divisões e definições de fronteiras.

A criança, nessa linha, seria identificada dentro desses modelos dicotômicos: é criança aquele sujeito que ainda não é um adulto e que, portanto, precisa de investimento. A infância como uma etapa da vida foi definida minuciosamente em suas características baseadas naquilo que daria condições de resultar em um adulto bem desenvolvido fisicamente, cognitivamente e psiquicamente, saudável, racional, bem sucedido, apto ao trabalho e adepto dos valores morais da sociedade. Toda uma série de saberes foi desenvolvida a partir da identificação da criança normal e da criança anormal, conhecimentos baseados em quantificações e médias estatísticas (crescimento normal e crescimento anormal, desenvolvimento na média e desenvolvimento fora da média). As crianças consideradas fora dessas médias passaram a ser anormais e, portanto, necessitadas de intervenções que as aproximasse ao máximo da normalidade infantil. A saúde pública teria se construído e construído, na mesma medida, um modo de ser criança e tornado patologia todo o restante.

De práticas caritativas a práticas filantrópicas

Inicialmente as práticas ligadas às instituições eram direcionadas à criança pobre dessa época e restringiam-se basicamente à entrega das crianças para a “Roda dos Expostos”. De 1726 a 1950, a Roda foi uma instituição e uma prática onde se abandonavam às crianças sem que fosse identificada a pessoa que as deixavam. Era de cunho religioso, mantida por doações e subsídios das câmaras municipais. A “Roda dos Expostos” era uma forma de assistência caritativa e tinha como principal preocupação o batismo das crianças como garantia de salvar-lhes a alma. A grande maioria das crianças morria logo após o abandono, de frio, fome ou comidas por animais antes de serem recolhidas. As que eram encontradas, e não recebiam a proteção das câmaras municipais ou da “Roda dos Expostos”, eram acolhidas pelas famílias que as criavam por compaixão ou caridade como forma de salvarem suas almas (Marcílio, 2003).

Os médicos higienistas e demais moralistas, diante do altíssimo índice de mortalidade das crianças que viviam nessas casas, se horrorizaram e começaram a investir na saúde dessas crianças. Estes, a partir de argumentos baseados na moral

e nos conhecimentos adquiridos pela ciência médica, eram contrários à permanência das Rodas. Argumentavam que a existência dela era uma prática imoral, pois incentivava uniões ilícitas que resultavam em filhos ilegítimos que seriam depois descartados nas Rodas. Além disso, que era uma forma de os pais se livrarem do encargo de criar seus filhos, pois esta prática gerava um amontoamento de crianças nos asilos (Marcílio, 2003). Corazza (2000) ressalta que as Rodas passaram a representar um problema perante as teorias de evolução e progresso do país por acobertar a união fora do matrimônio e por facilitar à procriação de mestiços, sendo então uma ameaça à melhoria da raça. Dessa forma, o movimento iniciado pelos moralistas e higienistas teve a adesão dos juristas que começavam a formular novas leis para proteger as crianças abandonadas e para corrigir o problema da adolescência infratora.

O viés caritativo de assistência às crianças pobres presente na “Roda dos Expostos” foi aos poucos sendo modificado com o desenvolvimento e fortalecimento da filantropia no Brasil. O começo da filantropia surgiu em decorrência da laicização do Estado a partir do período pós-república. Consistia em parcerias entre filantropos e o Estado para realizarem práticas assistencialistas aos pobres. O desenvolvimento da filantropia no Brasil está associado à emergência da sociedade liberal no contexto de desenvolvimento do capitalismo como expressão do sentido moderno de humanitarismo.

A filantropia entrou em cena para atender às demandas impostas pela instituição de uma nova ordem política, econômica e social. A força da filantropia resultou da urgência em ajustar as bases do Estado liberal, na lógica capitalista, à realidade da sociedade moderna, uma espécie de ajuste entre liberdade e ordem; mercado livre e trabalho (Rizzini, 2008, p. 94).

O humanismo surgiu na transição da Idade Média para a Idade Moderna como forma de tirar “Deus” do centro dos entendimentos sobre o mundo e sobre as pessoas para colocar o “homem” como ponto de partida para as explicações. Está diretamente ligado à perda do poderio dos senhores feudais e suas explicações divinas sobre o modo de divisão social existente na época. O humanismo, como uma forma de pensar o homem baseada no positivismo, coloca o homem no centro das explicações e como capaz de racionalidade. A filantropia em seu sentido moderno teria, como diz a etimologia da palavra, um viés de amor à humanidade, aliando práticas de governo público-privado a conhecimento sobre o homem.

A partir desse tipo de parceria, o médico Arthur Moncorvo Filho, em 1899, criou o “Instituto de Proteção e Assistência à Infância”, que realizava atendimentos médicos de forma filantrópica e outras atividades de assistência às crianças realizadas pelas esposas dos associados. Até 1921, Moncorvo Filho, teria organizado 21 institutos desse gênero no Brasil. Também por iniciativa de Moncorvo Filho, cria-se em 1919, o Departamento Nacional da Criança, órgão responsável pela assistência às mães e as crianças e adolescentes com auxílios privados e públicos. A proposta de Moncorvo era tornar o Departamento um órgão público de cuidado à infância, pois ele acreditava que o poder público deveria assumir o papel reservado aos pais das crianças pobres para protegê-las da miséria e delinqüência (Wadsworth, 1999).

Moncorvo Filho, ao associar assistência infantil e necessidades da nação, evidenciava que o investimento na infância não acontecia única e exclusivamente em seu caráter humanitário, mas que investir na infância era investir no desenvolvimento do país. Para tanto, o principal alvo das intervenções eram as crianças das classes pobres que, de acordo, com o pensamento da época, viviam no foco dos fatores capazes de corromper a ordem e moral vigente. O propósito de assistência era maximizar a proteção à infância: ações de inspeção e regularização das amas de leite, estudo das condições de vidas das crianças pobres, proteção contra abuso e negligência para com os menores, inspecionar as escolas, fiscalizar o trabalho infantil. Incluía-se também atividades específicas de saúde da criança:

campanha de vacinação, disseminação de conhecimentos sobre doenças infantis, como a tuberculose; criação de institutos orientados para a assistência da criança, fundação de um hospital para menores carentes, manutenção do Dispensário Moncorvo e a criação de outras instituições semelhantes, além do estabelecimento de cooperação com os governos federal, estadual e municipal, visando a proteção dos jovens e apoio a todo tipo de iniciativa que pudesse maximizar a proteção à infância (Wadsworth, 1999, s/p).

A organização de assistência à infância de Moncorvo reforçava a estrutura social de divisão de gênero e hierarquias sociais, ao mesmo tempo em que reforçava a caridade e benevolência das Damas da sociedade – reforçando os papéis femininos de mãe cuidadora e instintos maternos (Wadsworth, 1999).

As práticas filantrópicas modificaram o viés de salvação das almas – base da preocupação religiosa – para se preocupar com a salvação do indivíduo, não mais a preocupação com a alma, mas com a salvação do futuro da criança para que se

tornassem adultos produtivos. Preocupava os beneficentes aguçarem as características de cada criança para se conseguir o melhor desenvolvimento. Não mais a religiosidade como razão do cuidado à infância, mas a ciência e as práticas decorrentes de seu conhecimento científico passariam a balizar as práticas de intervenção à saúde das crianças.

As reformas em prol da criança caracterizavam o movimento de adaptação das instituições às demandas do sistema capitalista emergente. Assim, a prática filantrópica de assistência à infância era carregada do interesse de salvá-las das más-influências que a sociedade poderia expô-las sob forma de prevenir que se tornassem viciosas e ociosas. A medicina social afinada com o interesse de salvar a criança tomou-a como objeto de intervenção a partir das noções de higiene como condição primordial para se atingir o progresso do país. “O termo sanear, extraído da medicina, era com frequência empregada no discurso sobre a transformação do país, para designar a necessidade de curar ou remediar os males que aqui grassavam” (Rizzini, 2008, p. 107). O Estado, através das ações filantrópicas, “tomou o controle” da sociedade de forma a desviá-la do imoralismo e da ociosidade, vinculando o discurso médico às necessidades do capitalismo emergente.

Higienismo: saberes sobre a saúde da criança

A medicina, neste contexto de capitalismo emergente que fomentava a preocupação do Estado com a saúde da população, passou a ter forte influência nos rumos que marcariam as intervenções estatais. Dentre as conseqüências dessa influência, entre os anos de 1890 a 1900, no Rio de Janeiro e nas principais cidades brasileiras, os médicos higienistas receberam incentivos do governo federal para ocupar cargos importantes na administração pública. O objetivo era resolver as situações de epidemias de varíola, febre amarela, peste bubônica, febre tifóide e cólera. Essas epidemias eram efeitos das transformações sócio-político e econômico que aconteceram no Brasil, devido ao desenvolvimento das indústrias que acarretaram um inchaço das cidades. Este aumento acelerado e sem planejamento acarretou problemas nas cidades que se encontravam despreparadas para receber as pessoas, problemas com saneamento básico, sujeira nas ruas e violência urbana.

A principal intervenção dos higienistas consistiu no saneamento das áreas indicadas pelos políticos através da vigilância de praticamente todos os espaços – fábricas, estúbulos, hospitais, bares e cemitérios. Tornou-se obrigatória a notificação em caso de doenças infecto-contagiosas e passou a ser proibido aos médicos não diplomados o exercício de práticas de saúde. Nessa época, foram criados os institutos de pesquisas epidemiológicas para assegurar a eficiência do trabalho dos higienistas e fiscais sanitários como, por exemplo, o laboratório de Manguinhos, que posteriormente, em 1908, viria a ser chamado de Instituto Oswaldo Cruz.

O pano de fundo para as intervenções higienistas e saneadoras da sociedade se baseava no positivismo, nas teorias evolucionistas e eugênicas, que compreendiam que a ciência, através de seus conhecimentos, poderia promover o desenvolvimento e modernização do país. A vinculação entre o positivismo e a construção do Estado moderno no Brasil pode ser vista no lema que a bandeira do Brasil carrega “Ordem e Progresso” do país como algo possível com um povo saudável e educado para o trabalho. As teorias evolucionistas influenciaram no modo como se identificaria a infância, e a população em geral, em escalas de evolução. Nesse sentido, a infância seria uma etapa que antecederia a vida adulta, identificada como parâmetro de ser humano. E as classes pobres, por sua vez, como população que precisam ser investidas para que se desenvolvam.

Dado o reconhecido atraso do Brasil e as incontáveis deficiências de sua gente, a missão que se tinha à frente era não só a de educar as crianças para uma nação “forte”, mas a de educar um “povo-criança” – um povo que se encontrava ainda em sua fase de infância (Rizzini, 2008, p. 87).

Em função do processo de industrialização, as crianças eram iniciadas precocemente nas atividades produtivas e também nas atividades ilegais como forma de garantir a sobrevivência. “Dessa maneira, o roubo, o furto, a prostituição e a mendicância tornaram-se instrumentos pelos quais estes menores proviam a própria sobrevivência e a de suas famílias” (Santos, 2004, p. 218). As crianças eram exploradas pelas indústrias que as contratavam com salários inferiores aos dos adultos. Os salários dos meninos eram superiores aos salários das mulheres adultas e com péssimas condições de trabalho, sendo alto o índice de acidentes de trabalho envolvendo as crianças. As péssimas condições trabalhistas se intensificavam com as más condições do ambiente de trabalho a que eram

expostas às crianças, desde o ar impregnado de partículas nocivas até a alta exposição a acidentes de trabalho.

Aos poucos, os higienistas foram considerando insalubres e inadequadas as condições de trabalho impostas às crianças. E, por conseqüência, foram denunciando-as, principalmente, os altos índices de crianças vítimas de tuberculose em função das péssimas condições a que eram expostas. Os higienistas chamavam atenção para as jornadas excessivas e, principalmente, para o esforço contínuo e intenso a que eram submetidos os organismos infantis ainda em desenvolvimento e muitas vezes frágeis (Moura, 2004).

Os higienistas através de suas práticas saneadoras buscavam intervir sobre os focos da doença e da desordem, que eram identificados basicamente nas camadas mais pobres da população. Diante disso, a pobreza passa a ser entendida como um problema social que impedia o progresso da sociedade, necessitando de intervenções de forma a normalizá-las e moralizá-las. Houve toda uma série de investimentos nas características biológicas da população, no sentido de potencializá-las e assegurar-lhes a sujeição dos corpos para, principalmente, aumentar sua utilidade de acordo com as necessidades do Estado. Uma das conseqüências disso foi o investimento forte na criança e na medicalização da família (Moura, 2004).

O investimento na criança, com o intuito de formar adultos saudáveis e aptos às características do sistema produtivo do país, gerou uma fragmentação no modo como a criança seria definida, a “criança normal” e a “criança anormal”. A partir dessa dicotomia, a medicina deveria intervir na criança através de um viés preventivista para promover uma pedagogização da população com vistas à prevenir o desenvolvimento anormal da criança. Teria, portanto, o encargo de instituir a ordem e impedir a degenerescência da espécie que o não regramento dos costumes poderia produzir. A anormalidade da criança – crianças defeituosas, crianças com dificuldade de aprendizagem e crianças delinquentes – seria caracterizada como tudo que foge da ordem dominante e que sai do controle da sociedade. Esse movimento consistiu em uma moralização da natureza e numa naturalização da moral (Lobo, 2000).

A família foi responsabilizada pela sobrevivência e evolução das crianças para garantir que esse período de desenvolvimento se tornasse útil. A criança foi identificada como um projeto em potencial, que era preciso moldar, moralizar e

civilizar para garantir o desenvolvimento da nação. Isso gerou uma intensificação na relação entre pais e filhos e uma série de práticas direcionadas à criança foi inventada em função de obrigações de saúde:

obrigações de ordem física (cuidados, contatos, higiene, limpeza, proximidade atenta); amamentação das crianças pelas mães; preocupação com um vestuário sadio; exercícios físicos para assegurar o bom desenvolvimento do organismo: corpo a corpo permanente e coercitivo entre os adultos e as crianças (Foucault, 2004, p. 199).

O processo de investimento na infância pelas práticas de poder incitou a construção de diferentes saberes especializados sobre as crianças. Muitas disciplinas passariam a produzir verdades sobre a criança: psicologia, pedagogia, direito, medicina, pediatria, etc. A produção de saberes sobre a criança, assim como a invenção da própria noção de infância, não deve ser entendida como evolução e progresso do conhecimento. Os saberes sobre a infância, assim como os demais saberes, tem sua gênese em relações de poder que estão implicados em diferentes práticas sociais que se fundam de acordo com as verdades que procura legitimar. Mas devemos ter claro que não há produção de saberes neutros, pois o saber é sempre político. Saber e poder constituem-se mutuamente, “não há relação de poder sem a constituição de um campo de saber, como também, reciprocamente, todo saber constitui novas relações de poder. Todo ponto de exercício do poder é, ao mesmo tempo, um lugar de formação de saber” (Machado, 2004, p. XXI). Por isso, os saberes sobre a criança, na medida em que afirmam verdades sobre ela, a classificam e delimitam segundo determinados modelos de sujeito.

A criança foi tomada pela medicina como forma de diminuir a mortalidade infantil através de intervenções de formação moral, física e intelectual das crianças, de forma a ditar regras e normas de preparo e aperfeiçoamento dos futuros “homens da sociedade”. A investida higienista na moralização da criança resultou na transformação da família que, organizada ainda nos moldes da estrutura colonial, precisou de intervenções para atingir os ideais higienistas. Impôs-se à família uma educação física, moral, intelectual e sexual inspiradas nos preceitos sanitários da época (Costa, 2004).

A intervenção dos higienistas nas famílias veio associada à noção de que famílias que não se adequassem aos moldes morais eram consideradas desestruturadas e, por conseqüência, produtoras de crianças delinquentes e abandonadas. O Estado passou a intervir na criança para conter o abandono e a

delinqüência, como forma de conter o avanço da imoralidade na sociedade. Estas intervenções visavam integrar os indivíduos na sociedade por meio de políticas públicas especiais destinadas às crianças das famílias desestruturadas, principalmente através do método da internação. Associou-se o tratamento médico a medidas jurídicas no combate ao indivíduo perigoso (Passeti, 2004).

Nesse contexto, surge outra dicotomização no entendimento da criança: as crianças das famílias pobres e “desestruturadas”, que perambulavam livremente pelas ruas da cidade e/ou que eram identificadas como delinqüentes, ligadas às instituições como o presídio, o orfanato e o asilo, passaram a ser identificadas como “menor”. E a criança das famílias abastadas e consideradas “normais”, porque seguiam os preceitos morais, passou a ser considerada parâmetro de normalidade infantil, ou seja, a criança (Bulcão, 2002).

Práticas estatais de cuidado da criança

A criança passa a ser um problema do Estado, que precisa de intervenções para que se garanta o futuro do país. É nesse contexto que se começa a instituir uma série de documentos, regulamentos e datas que vão oficializar a criança como um alvo de preocupação e investimentos. Os imigrantes que chegaram ao Brasil para atuar nos grandes centros urbanos contribuíram para chamar a atenção dos governantes ante os direitos humanos e, por conseguinte, das crianças. Nesse caminho, é criado, em 1923, o regulamento de proteção aos menores abandonados, através do decreto nº. 16.272, reconhecendo a situação de pobreza como geradora de crianças abandonadas. E, em 1924, institucionaliza-se o 12 de outubro como Dia Nacional da Criança, como efeito dos esforços de Moncorvo Filho e das Damas de Assistência, que organizaram um evento de celebração ao Dia da Criança. Esta celebração incluía “sessões grátis de filmes, jogos, exposições de escoteiros, paradas, partidas de futebol e missas. Um dos eventos mais importantes deste dia era o Concurso de Robustez” (Wadsworth, 1999, s/p). Esse Concurso de Robustez era realizado uma ou duas vezes por ano, as mães levavam seus filhos para concorrerem ao bebê mais saudável. Somente poderiam participar os bebês até um ano, que tivessem sido amamentados por pelo menos seis meses, e deveria ser apresentado o atestado de pobreza concedido pela polícia.

Os concursos apresentavam um ideal médico e racial para a saúde, vigor e beleza. O fato de todos os premiados serem brancos não era uma mera causalidade. Subjacente a toda esta discussão estava um silencioso discurso de respeito da raça. Na década de 1920, a noção de que a mistura de raças constituía um obstáculo ao desenvolvimento nacional e a crença de que o branqueamento da população era a única forma de eliminar as características indesejáveis, continuavam amplamente aceitas pelos grupos dominantes (Wadsworth, 1999, s/p).

O investimento na criança, em função de ter o racionalismo, a eugenia e positivismo como norteadores, foi claramente partidário da construção de crianças brancas, limpas, sadias, educadas e de famílias estruturadas. A premiação da criança branca e saudável coloca a eugenia como parâmetro do que deve ser incentivada na sociedade. Dessa forma, dever-se-ia evitar o cruzamento entre diferentes raças e a separação dessas no contexto social.

Ao desenvolver a noção de biopolítica, Foucault diz que o racismo é uma forma de mecanismo fundamental de poder. São as características assumidas como inferiores evolutivamente que introduzem o corte entre as pessoas que merecem e aquelas que não merecem viver, bem como as estratégias que serão utilizadas para se assegurar tais objetivos. O racismo é uma forma de corte do tipo biológico feita em uma sociedade que tem como alvo de investimento a espécie humana. Isso permite ao poder tratar a população como espécie e, assim, subdividir a espécie em raças. O racismo terá como argumento o fato de que quanto mais você matar e evitar os degenerados mais você fará um melhoramento da espécie.

...quanto mais as espécies inferiores tenderem a desaparecer, quanto mais os indivíduos anormais forem eliminados, menos degenerados haverá em relação à espécie, mais eu – não enquanto indivíduo mas enquanto espécie – viverei, mais forte serei, mais vigoroso serei, mais poderei proliferar”. A morte do outro não é simplesmente a minha vida, na medida em que seria minha segurança pessoal; a morte do outro, a morte da raça ruim, da raça inferior (ou do degenerado, ou do anormal), é o que vai deixar a vida em geral mais sadia; mais sadia e mais pura (Foucault, 2005b, p. 305)

O período posterior à primeira guerra mundial desencadeou uma série de acordos internacionais que estabeleceram novas regras de convivência entre os países membros da Sociedade das Nações. Deste processo, é fruto, no Brasil, a promulgação do primeiro Código de Menores, em 1927, onde pela primeira vez o Estado responsabiliza-se pela situação de abandono e propõe-se a aplicar

corretivos necessários para suprimir o comportamento delinqüente das crianças (Passeti, 2004).

O código emerge a partir da associação entre os discursos dos médicos higienistas – preocupados com a prevenção e com a produção de novas formas de controle da sociedade – e dos juristas da época, atentos ao grande número de crianças que perambulavam pelas ruas e inquietos com o aumento da criminalidade infantil (Bulcão & Nascimento, 2002, p. 55).

Em 1937, o então presidente Getúlio Vargas institui a Ditadura do Estado Novo com o Programa de Reconstrução Nacional, que pretendia articular educação, saúde e cultura como prioridades. Dentre outras coisas, centralizou o poder governamental na instância federal e bloqueou as reivindicações sociais. As reformas de 1937 já demarcavam uma posição particular da saúde da criança nas propostas para a política de saúde. Neste ano é criado o Instituto Nacional da Criança e a Divisão de Amparo à Maternidade e à Infância que, logo depois, em 1940, seria extinta com a criação do Departamento Nacional da Criança (DNCr). Em 1942, Vargas cria a LBA – Legião Brasileira de Assistência – instalando postos de puericultura em muitos municípios.

A segunda Constituição do governo Vargas, de 1937, toma a criança como objeto de cuidados e garantias especiais por parte do Estado, rompendo com a fronteira entre público e privado assegurada pelo pensamento liberal. A criança e os jovens passaram a ser responsabilidade do Estado, que incluía o futuro no mundo do público:

Art.127: A infância e a juventude devem ser objeto de cuidados e garantias especiais por parte do Estado, que tomará todas as medidas destinadas a assegurar-lhes condições físicas e morais de vida sã e de harmonioso desenvolvimento das suas faculdades. O abandono moral, intelectual ou físico da infância e da juventude importará falta grave dos responsáveis por sua guarda ou educação, e cria para o Estado o dever de provê-las de conforto e dos cuidados indispensáveis à sua preservação física e moral (Brasil, 1937).

O eugenismo, como teoria para explicar as causas das doenças e pobreza brasileira, prevalecia na era Vargas como influencia fascista e nazista. No entanto, em 1942, essa perspectiva mudou porque o Brasil, ao ser pressionado pelos Estados Unidos, juntou-se aos Aliados na Segunda Guerra Mundial, declarando guerra às forças do Eixo Alemanha, Itália e Japão. Houve, assim, uma rápida alteração do teor dos conselhos sanitários e o povo americano passou a ser modelo das intervenções em saúde. Destacam-se as intervenções sanitárias norte-americanas nos Vales do Amazonas e do Rio Doce, no intuito de garantir o

provimento de matérias-primas cruciais aos esforços militares dos Estados Unidos.

Saúde da criança e Direitos

Em função dos problemas sociais decorrentes da Segunda Guerra Mundial, a ONU cria, em 1946, a UNICEF - United Nations International Child Emergency Fund para socorrer milhares de crianças órfãos vítimas da guerra. Em 1948, foi assinada a “Declaração Universal dos Direitos Humanos” como documento que reconheceu dignidade a todos os membros da família humana e seus direitos iguais e alienáveis. A “Declaração Universal dos Direitos Humanos”, na mesma linha que os ideais proferidos pela Revolução Francesa em 1789, consideram o homem como um objeto natural, tornando-o sinônimo de direitos alienáveis à essência do homem. Os direitos humanos privilegiaram um determinado padrão de ser humano e foi excludente das demais manifestações de humano (Coimbra, 2000). A declaração torna o *humano* possuidor de direitos, mas o encerra em um único modo de ser humano.

Em 1950, em Assembléia da ONU, as ações da UNICEF foram estendidas a quase todos os países do mundo. Em 1959, a ONU aprova a “Declaração Universal dos Direitos da Criança”, a criança passa a ser considerada, pela primeira vez na história, prioridade absoluta e sujeito de Direitos em nível mundial. Na mesma esteira que a “Declaração Universal dos Direitos Humanos”, a declaração dos direitos das crianças está calcada num modelo universalizante de infância que considera infância determinadas modos de ser infante, tornando anormal todas as demais formas de sê-lo.

Em 1964, os militares, através do golpe de Estado, assumem o poder do país com o pretexto de acabarem com as influências comunistas e com a corrupção. Impuseram um regime ditatorial e puniram as pessoas consideradas ligadas ao comunismo internacional. Durante a ditadura militar, especialmente entre 1968 e 1974, conhecido como o período do Milagre Econômico, o Brasil foi elevado a 8º potência econômica capitalista. Esse milagre aconteceu devido à modernização da estrutura produtiva nacional e à inibição das conquistas salariais obtidas na década de 1950. O “Milagre Econômico”, apesar das modernizações,

gerou uma ilusão de desenvolvimento nacional, pois o poder de compra do salário mínimo foi reduzido.

A saúde era utilizada como “propaganda” pelos militares como forma de divulgar as conquistas da ditadura. No entanto, nesse período, houve uma crescente redução do orçamento do Ministério da Saúde e uma grande restrição de suas funções. Os problemas de saúde da população aumentaram em decorrência do escasso investimento em distribuição de água tratada e de coleta de esgoto, mas as informações sobre a saúde da população não eram permitidas pela censura de serem veiculadas.

Também em decorrência dos problemas sociais da Segunda Guerra e da instauração da Guerra Fria, durante a ditadura militar no Brasil, foi criada a DSN - Doutrina de Segurança Nacional - e a proposta de DC - Desenvolvimento da Comunidade. A DSN e a DC foram base para a criação do projeto Casulo, primeiro programa de educação infantil de massa implantado pela LBA - Legião Brasileira de Assistência - em 1977. A tese que sustentou a DSN e o DC esteve ligada à escolha do Brasil por aliar-se aos países do Ocidente, cristão e democrático, contra o expansionismo soviético comunista. A pobreza para os ditadores poderia representar uma ameaça, pois o povo poderia aderir aos interesses comunistas. Por isso, iniciativas como o projeto Casulo são parte das estratégias de combate ao comunismo no Brasil. Os problemas sociais existentes foram atribuídos a não adesão de regiões e de populações desintegradas do processo nacional de desenvolvimento.

Desta concepção de sociedade, a existência de desigualdades sociais é explicada através de processos de causação circular: os pobres estariam, por insuficiência, desintegrados do processo de desenvolvimento. Para pôr fim a esta desintegração seria necessário atuar, de forma integrada (nas áreas da saúde, alimentação, educação), principalmente junto às crianças, prevenindo-as do destino que a pobreza lhes reserva (Rosemberg, 2003, pp. 146-7).

Em 1977, foi definida pelo Ministério da Saúde a vacinação obrigatória para menores de um ano de idade em todo o Brasil e foi aprovado o modelo de Caderneta de Vacinação. Esse documento já nasce definindo o que nortearia a prática de vacinação da criança através do registro e cumprimento da ação de saúde. Em 1983, a DINSAMI - Divisão Nacional Materno Infantil - elaborou o PAISMC - Programa de Assistência Integral da Mulher e da Criança - com o objetivo de reduzir a morbimortalidade da materna e infantil, incrementando a

cobertura e a capacidade resolutiva da rede pública de serviços de saúde do país. Posteriormente, houve a separação do programa da mulher, passando, então, a ser denominado PAISC - Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança – hoje NAISC - Núcleo de Atenção Integral à Saúde da Criança. Em 1986, foi criada a Campanha Zé Gotinha, personagem símbolo da erradicação da poliomielite. Um ano depois foi assinado pelo Presidente da República o plano de ação quinzenal (1987/1991), prevendo a erradicação da paralisia infantil no país até 1990.

A saúde da criança, em meados da década de 80, atingiria um nível de aperfeiçoamento das práticas de cuidado à saúde da criança que estava associado a um conjunto de leis, regulamentos e lógicas de intervenção para garantir o desenvolvimento do capitalismo. No entanto, se baseavam em práticas que reforçavam um modo de ser criança que universalizam a infância como efeito de uma tecnologia política que toma os traços biológicos da população como elementos da gestão do Estado e dos indivíduos, a biopolítica.

A criança da saúde pública é aquela criança que precisa ser investida de práticas que se atinja um fim determinado – tornar-se o adulto produtivo e saneado. A saúde pública, nesse sentido, se organizou como um regime de verdade que prescreveu modos universalizantes e práticas sanitárias que não consideravam a ordem simbólica e histórica ao analisar as condições de vida e saúde das populações. Assim, os profissionais de saúde não consideravam a significação diferencial dos corpos, realizando-se, então, práticas de assepsia (Birman, 1991).

O campo da atenção e promoção da saúde produz saberes sobre a vida e estes passam a ter status de verdade. Assim, os sujeitos são envolvidos em uma rede de efeitos de poder e de verdades que os caracterizam historicamente e os produzem simultaneamente. Ou seja, de que existe um modo de ser criança e tudo que sai desse parâmetro é digno de intervenção. O Estado moderno, nesse sentido, articulou discursos “verdadeiros” sobre a vida das crianças e mecanismos de assujeitamento na direção de produzir subjetividades individualizadas e totalizadas. Dessa maneira, o Estado moderno enfocou um desenvolvimento do saber sobre as pessoas em torno de dois pólos: um globalizador e quantitativo, que concerniu à população e outro analítico, que concerniu ao indivíduo (Foucault, 1995). Esse processo engendrou uma concepção de ser humano como um ‘eu’ onde as fronteiras do corpo delimitariam uma vida psíquica e na qual se

encontram as experiências de uma biografia individual. Os seres humanos passaram a relacionar-se consigo mesmos como seres psicológicos, equipados com um domínio interior e estruturado pela interação entre experiências particulares e as leis relativas ao desenvolvimento humano (Rose, 2001).

A partir disso, a saúde pública na modernidade se constrói por um conjunto de práticas que enunciam “a verdade” do sujeito criança e o liga a uma determinada identidade. Produz, dessa maneira, o sujeito infantil, ao mesmo tempo em que estabelece o adulto como parâmetro de normalidade, isto é, racional e moral, como meta do processo de assujeitamento da criança. A infância é considerada pela saúde pública como um período crucial do desenvolvimento humano em que deve receber maiores cuidados, porque esta fase é importante para a garantia de um futuro saudável. As crianças são consideradas sujeitos de direitos e sua educação – torná-la um adulto produtivo – passaram a ser uma questão do Estado.

Saúde Coletiva e saúde da criança

O final da década de 1970 demarcaria os primeiros esforços para a produção de outros modelos de atenção à saúde da população. Nesse período, se começou a questionar as bases teóricas, políticas e econômicas do fazer saúde no Brasil. O Brasil vivia os últimos anos da Ditadura Militar e estava sendo influenciado pelos movimentos internacionais que apontavam para outros modos de fazer saúde. Dentre esses movimentos, destaca-se a “Declaração de Alma-Ata, Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde”, de 1978, que estabeleceu como prioridade a proposta de atenção básica como uma crítica às intervenções em saúde que investem apenas na recuperação da saúde e na prevenção da doença. A saúde foi definida como completo bem-estar físico, mental e social e não apenas como ausência de doença ou enfermidade. A saúde foi assumida como um direito humano fundamental, e oferecer os melhores níveis de saúde passaram a ser a mais importante meta social mundial. Assumiu-se que a promoção e proteção da saúde dos povos são essenciais para o contínuo desenvolvimento econômico e social e contribui para a melhor qualidade de vida e para a paz mundial. As ações de saúde da criança, assim como as demais ações de saúde, passariam a ser consideradas em seu âmbito de cuidados primários de saúde. A saúde da criança

passaria a abarcar a infância em seu cotidiano – a infância nos seus processos de vida. Considerava-se cuidados primários de saúde:

Educação, no tocante a problemas prevalentes de saúde e aos métodos para sua prevenção e controle, promoção da distribuição de alimentos e da nutrição apropriada, previsão adequada de água de boa qualidade e saneamento básico, cuidados de saúde materno-infantil, inclusive planejamento familiar, imunização contra as doenças infecciosas, prevenção e controle de doenças localmente endêmicas, tratamento apropriado de doenças e lesões comuns e fornecimento de medicamentos essenciais (Alma-Ata, 1978, p. 2).

No mesmo viés da proposta de saúde da Alma-Ata, foi formado um movimento chamado medicina integral, que intensificou a crítica à prática médica privatista, universalizante e biológica centrada. Esse movimento questionava a postura fragmentária que os médicos tinham com seus pacientes e o fato de estarem inseridos em um sistema que privilegiava as especialidades médicas pautadas em sistemas anátomo-fisiológicos. A medicina integral pressupunha que a integralidade seria uma recusa dos médicos a reduzir práticas que consideram apenas o aparelho ou sistema biológico e o foco centrado na doença. Nos anos de 1970, o movimento de Saúde Coletiva no Brasil estendeu o movimento de crítica da medicina social às demais profissões da área da saúde (Mattos, 2001). Já na década de 70, cria-se a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – ABRASCO – e do Centro Brasileiro de Estudos da Saúde – CEBES. Movimentos estes que deram subsídio para o desenvolvimento da reforma sanitária, que formulou críticas à medicalização da sociedade e ao saber médico e à sua racionalidade.

A VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, representou o movimento de transformação do quadro da saúde no Brasil, pois possuiu caráter democrático e uma dinâmica processual. Esta conferência daria suporte para a elaboração da Constituição Federal de 1988, a qual incorporou a nova lógica referida pelos princípios da reforma sanitária e da saúde coletiva. A Saúde Coletiva é um campo científico produtor de saberes e conhecimentos acerca da saúde que influenciou e influencia o processo de construção do SUS. É um âmbito de práticas onde se realizam ações em diferentes organizações e instituições, de saúde ou não, por diferentes atores sociais. Não se constitui, assim, um paradigma científico, mas um campo científico que compõe as práticas de saúde do SUS em conjunto com os demais movimentos que disputam espaços na construção das políticas públicas de saúde (Paim & Almeida Filho, 1998). A saúde coletiva é um

campo de produção de conhecimentos que embasa as práticas do SUS e se distingue da saúde pública ao propor uma ruptura nos modos de fazer saúde (Birman, 1991).

Para a Constituição, saúde é resultante das políticas sociais e econômicas, como direito de cidadania e dever do Estado e como parte da seguridade social. As ações e serviços de saúde devem ser providos por um Sistema Único de Saúde, mas, ao mesmo tempo, deve ser consagrada a liberdade de iniciativa privada. Com a Constituição Federal, se institucionaliza o Sistema Único de Saúde – SUS, que veio a ser regulamentado pelas leis orgânicas 8.080 e 8.142, de 1990, como provedor das ações e serviços que dizem respeito à saúde definidos na Carta Magna. O SUS delinea-se como alternativa ética e política ao modelo de assistência à saúde, na medida em que se configura como um modelo de atenção integral à saúde da população. Saúde passa a ser direito dos cidadãos e seus serviços e ações devem ser providos de forma descentralizada e submetidos ao controle social.

Os direitos da criança foram estabelecidos e reafirmados com a criação do Estatuto da Criança e do Adolescente – o ECA – em 1990, que representou um importante passo na construção de uma proposta de proteção integral à criança. O ECA considera criança a pessoa até os doze anos incompletos e atribui a ela todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, “a fim de lhes facultar o desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social, em condições de liberdade e de dignidade”. A criança “têm direito à proteção à vida e à saúde, mediante a efetivação de políticas sociais públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso, em condições dignas de existência” (Lei 8.069, 1990, s/p).

O processo de construção do SUS, como modelo que se contrapõe à saúde pública e que se aproxima dos conhecimentos produzidos pelo campo da saúde coletiva, realiza críticas ao conceito de saúde utilizado pela saúde pública. E, portanto, a saúde coletiva, como um campo de conhecimento e de práticas, contribui para recolocar a saúde como um problema a ser conhecido e que necessita de intervenções e políticas públicas de saúde que dêem conta da crítica ao modelo de saúde pública. Este conceito de saúde não considera apenas a dimensão biológica, mas inclui as dimensões simbólica, ética e política, privilegiando-se sua composição de forma transdisciplinar. A aproximação das

ciências humanas, que vinha acontecendo desde 1920, ganha maior espaço, levando o SUS a voltar-se para os processos de produção de saúde, sejam eles formas de conhecimento ou tecnologias de cuidado, prevenção e manutenção da saúde. As práticas de atenção à saúde são orientadas pelo conceito de saúde, que entende como fatores determinantes à saúde as condições físicas, psicológicas e sociais, ou seja, os aspectos orgânicos, comportamentais e sociais constitutivos da forma de objetivar o ser humano em um ser biopsicossocial e que opera com um conceito de cidadania, dever e sujeito de direitos.

O campo das políticas públicas de saúde, contemporaneamente, assim como os demais campos, é atravessado e constituído por diferentes influências teóricas e políticas que disputam poder na produção de saberes hegemônicos. Tal disputa está imersa em diferentes contextos políticos que extrapolam a academia como, por exemplo, a posição dominante dos governos dos estados, das condições econômicas, dos valores hegemônicos da sociedade, etc. O percurso histórico realizado anteriormente evidencia como a saúde foi se compondo a partir das condições de possibilidade que a sociedade lhe permitiu e, nessa medida, compondo a sociedade.

A saúde coletiva, como movimento de crítica a saúde pública, propõe um fazer saúde que considera outros modos de ser criança, buscando não privilegiar a produção de uma infância. No entanto, as racionalidades da saúde pública ainda se encontram presentes nas construções de saúde atuais como uma prática coexistente, o que gera um paradoxo: a saúde pública privilegia a infância universal e a saúde coletiva procurando abarcar diferentes modos de manifestação de como ser humano. A saúde pública e a saúde coletiva são baseadas em noções antagônicas de humano que acabam repercutindo numa disputa de racionalidades no campo da saúde da criança. É nesse viés de antagonismo e paradoxo, existente entre a saúde pública e a saúde coletiva, como propostas que constroem o SUS, que o trote retoma a “Caderneta de Saúde da Criança: passaporte de cidadania” para trazer novamente a questão de *como são produzidos os cuidados de saúde das crianças no Sistema Único de Saúde – SUS – e que infância esses cuidados produzem.*

PARABÉNS! ACABA DE NASCER UM CIDADÃO BRASILEIRO.

Esta é a Caderneta de Saúde da Criança, um documento importante para acompanhar a saúde, o crescimento e o desenvolvimento de seu filho ou filha.

Ela irá ajudar a sua família e os profissionais de saúde nos cuidados com a criança e contém informações sobre:

- A saúde de seu bebê no momento do nascimento.
- O crescimento e o desenvolvimento de sua criança na infância.
- As vacinas do Calendário Básico de Vacinação, que protegem as crianças de muitas doenças.

▶ Leve sempre a criança com a Caderneta de Saúde aos serviços de saúde e em todas as campanhas de vacinação.

▶ Converse com o profissional de saúde, tire suas dúvidas e peça orientações para que seu filho ou filha cresça e se desenvolva bem.



SOLICITE AO PROFISSIONAL DE SAÚDE QUE PREENCHA A CADERNETA DE SAÚDE.

ESSE É UM DIREITO DA FAMÍLIA E DA CRIANÇA.

PASSAPORTE DE CIDADANIA

O título do documento “Caderneta da Saúde da Criança: passaporte de cidadania” me levou a problematizar os possíveis efeitos e repercussões que a Caderneta tem na produção da infância das políticas públicas de saúde. Ao fragmentar o nome em duas partes, tem-se “Caderneta de Saúde da Criança” e, após os dois pontos, “passaporte de cidadania”. O uso dos dois pontos nos remete à explicação, ao esclarecimento da idéia anunciada, ou seja, a que a Caderneta é um documento que leva as crianças a tornarem-se cidadãs. Passaporte é uma certidão de identidade internacional, válida em todo o mundo, e que as pessoas usam para que possam circular por outros países que não os de sua nacionalidade. A Caderneta, concebida como passaporte, também pode ser entendida nesse sentido, pois ao mesmo tempo em que confere às crianças uma identidade que lhes permite transitar pelo país, confere a elas o título de cidadãs. É o que dá legitimidade para que as crianças possam sentir-se inseridas como habitantes da cidade e como indivíduos no gozo dos direitos do Estado, pelo menos no que diz respeito aos direitos concernentes a saúde, ao “cidadão da saúde” ou o cidadão das políticas públicas de saúde. Isso pressupõe que os procedimentos e as prescrições de saúde, colocados ao longo da Caderneta, conduziram a criança à posição de cidadã, podendo ser até mesmo compreendidos como uma garantia de cidadania. Quando um documento de saúde direcionado às crianças se propõe a ser passaporte de cidadania oferecendo um modelo para o que seria a “criança cidadã”, tornam-se visíveis alguns efeitos de verdade na produção da infância pelas políticas de saúde do SUS. Um desses efeitos de verdade diz respeito a que o *status* de cidadania é algo que se consegue mediante a filiação às práticas de saúde institucionalizadas nos serviços de saúde do SUS. Assim sendo, não se trata de um *status* natural, mas inscrito nas práticas de cuidado da saúde das crianças presentes na Caderneta. A criança do SUS se conforma, assim, como a criança cidadã, desde que sigam as orientações da Caderneta, do estatuto de saúde do Estado, desde que aceite esse modo de governo.

Para compreender os efeitos da afirmação de que a Caderneta produz cidadania, torna-se relevante problematizar inicialmente como as políticas públicas de saúde constroem uma infância de direitos. Posteriormente, se

trabalhará na perspectiva de que a Caderneta é um acompanhamento da trajetória, do percurso, da vida da criança, que ao mesmo tempo em que monitora seu desenvolvimento, forja e atesta sua identidade, na medida em que funciona como um documento de identidade da criança.

Uma criança de direitos

Daqui pra adiante, serão descritos os saberes que abriram as condições de possibilidade para que se articulasse saúde da criança e direitos, objetivando evidenciar quais as repercussões do vínculo entre saúde e cidadania na formação da identidade do infante cidadão.

CRIANÇA: UMA PESSOA EM DESENVOLVIMENTO E COM DIREITOS

Cada criança é um ser único, que deve ser entendido, cuidado e respeitado.

No início da vida, as crianças comunicam-se pelo choro. Há vários motivos que podem trazer desconforto como: fome, frio, calor, dor, cólicas ou insegurança.

É importante que os pais procurem entender o que pode estar acontecendo para resolver cada situação, cuidando, conversando.

Os bebês são muito sensíveis e, desde o nascimento, são capazes de diferenciar um tom de voz carinhoso de um tom agressivo.

Aos poucos, tanto os pais quanto os bebês vão se entendendo e se reconhecendo nas suas necessidades e jeitos de ser.

À medida que a criança cresce, é importante que aprenda o que pode e o que não pode fazer e a identificar as situações de perigo.

Por isso os limites precisam ser ensinados com clareza e carinho. Você precisa saber que terá de explicar e repetir as orientações tantas vezes quanto forem necessárias, até a criança entender o perigo que corre.

A birra e a desobediência devem ser encaradas como uma atitude de confronto da criança que faz parte do seu desenvolvimento. A maioria das crianças apresenta esse comportamento. Isso não quer dizer que ela seja nervosa. No entanto, é importante que você não ceda aos seus caprichos.

Para ensiná-la, você **NÃO DEVE** fazer com que a criança experimente a dor ou o perigo, como colocar o dedinho dela no ferro quente para ela sentir dor e aprender que pode se queimar.



71

Desde o lançamento da noção de saúde, em 1947, pela OMS - Organização Mundial de Saúde, foram sendo traçados os contornos que possibilitariam inscrever na Caderneta a realização do projeto de constituição da criança cidadã. Que saberes trouxe no seu bojo essa noção? Que saúde seria o estado de mais completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de enfermidade, contrapondo-se à noção de saúde como ausência de doença vigente na saúde pública até então. Essa noção de saúde foi defendida na VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986. Essa conferência aportou importantes subsídios para o texto da Constituição Federal de 1988 relativo à saúde da população. De acordo

com essa Constituição, a saúde passa a ser um direito e um dever do Estado, que deve ser garantido por políticas sociais e econômicas que visem um modo específico de saúde.

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (Brasil, 1988, s/p).

A lei orgânica do SUS, por sua vez, se valeu dos mesmos direitos garantidos por essa Constituição para elaborar o conceito de saúde que orienta suas práticas atualmente. Entretanto, é a partir da repercussão que o alargamento dos direitos humanos passa a exercer na saúde que se possibilita ampliar este conceito. Essa ampliação do conceito de saúde é parte de um processo mais amplo que redefiniu os modos de compreensão e investimento do Estado na vida da população.

Ocorre que na primeira formulação da “Declaração Universal dos Direitos Humanos”, de 1789, se compreendia direitos humanos como direitos civis e políticos como formas de promoção da cidadania. Esses direitos compreendiam a tolerância religiosa, o direito de viver sob o amparo da lei e a luta contra a tortura.

Naquele momento, esses direitos davam conta da necessidade de rompimento com o modo de governo absolutista, pois vivia-se em um contexto de desenvolvimento dos Estados modernos e, por sua vez, do capitalismo. A construção do Estado moderno tornou a vida o foco dos investimentos do Estado e não mais o território, como no absolutismo. A vida das pessoas deixou de ser um arbítrio do soberano para estar no centro das preocupações e investimentos. Nesse rumo se cria um campo vasto para dar conta do homem como sujeito de direitos: democracia representativa, cidadania e liberdade de expressão. Essa política da vida, como uma estratégia de biopolítica, tornou possível que se especifique, se produza conhecimentos e se criem instituições para potencializar a vida humana.

Já na “Declaração dos Direitos Humanos Universais” de 1947, num contexto pós-guerra, os “Direitos Humanos” deixaram de dizer respeito apenas aos direitos civis e políticos. Agrega também os direitos econômicos, sociais, culturais, tais como os direitos ao trabalho, à educação, à saúde, à habitação. Enfim, os direitos humanos passam a considerar os diferentes aspectos da vida humana e as condições de vida das pessoas.

Isso gerou um movimento internacional que colocou as condições de vida da humanidade em evidência. E, nesse sentido, as discussões relativas aos direitos

humanos se opõem ao capitalismo e às más condições de vida decorrentes das desigualdades provocadas por esse sistema. Depois da “Declaração Universal dos Direitos Humanos” foram realizadas várias convenções pela ONU que colocaram em questão as minorias. Aqui começam a se configurar ações e políticas que se voltam especificamente para a infância, como um segmento diferenciado do restante da população e merecedor de atenção especial. Dentre esses movimentos, é importante salientar a Conferência sobre os direitos da criança, de 1989, que apontou as crianças como grupo vulnerável e como alvo de preocupação internacional (Valadares, 2008) e começa a constituir a idéia de uma criança cidadã, ou pelo menos, de que as crianças são portadoras de direitos civis.

O bem-estar da população passou a relacionar-se a outros fatores como forma de evidenciar uma complexificação do humano. Eles estariam ligados ao trabalho, à casa, à escola, ao lazer, à família, assim como à alimentação, à água, ao saneamento, à cultura, à diversão, ao transporte, entre outras formas de tornar-se humano. Cidadania, nesse contexto, é poder usufruir do arsenal de práticas que garantam boas condições de vida. No que concerne às crianças, essas práticas do bem viver passaram a abarcar informar-se sobre a saúde da criança, observar o peso e altura ideais; fazer o teste do pezinho e do APGAR (avaliação da frequência cardíaca, respiração, musculatura, reflexos e cor da pele); bem como vaciná-la, alimentá-la adequadamente, amamentar com leite materno, criá-la com afeto, oferecer um ambiente saudável, garantir-lhe o acesso à escola sem sofrer agressão para aprender, ser higienizada. Todas essas ações e práticas são descritas na Caderneta.

A Declaração dos Direitos Humanos ao dissertar sobre os direitos da criança teria afirmado a criança como humano, mas é na Declaração dos Direitos da Criança, de 1959, que a criança passa ser considerada humana não apenas no âmbito geral dos direitos humanos, mas na especificidade da infância. A Declaração Direitos da Criança teria sido um importante instrumento na produção da criança ao criar um âmbito específico onde a criança seria produzida. Os direitos da criança afirmariam que as crianças são sujeitos de características específicas e em momento específico da vida que precisam, portanto, que tenham respeitados e garantidos direitos que dêem conta dessa especificidade. Os direitos da criança funcionam, assim, como mecanismos subjetivadores que assujeitam a criança e as produzem como sujeitos infantis.

Nas políticas públicas de saúde a especificidade do infantil produz uma política específica para a saúde da criança e articula a saúde como um direito da criança que envolve os demais direitos relativos às condições de vida. Portanto, na Caderneta a saúde é um direito que vincula direitos diversos:

SÃO DIREITOS DA CRIANÇA

- Ser registrada gratuitamente.
- Ser amamentada.
- Realizar o teste do pezinho.
- Ter acesso a serviços de saúde de qualidade.
- Ter acesso à escola pública e gratuita perto do lugar onde mora.
- Receber gratuitamente as vacinas indicadas no calendário básico de vacinação.
- Ter acesso à alimentação adequada e ser acompanhada em seu crescimento e desenvolvimento.
- Ser acompanhada pelos pais durante a internação em hospitais.
- Viver num lugar limpo, ensolarado e arejado.
- Ter oportunidade de brincar e aprender.
- Viver em ambiente afetivo e sem violência.



A família, a comunidade e o governo, juntos, devem ajudar a garantir esses direitos.

8

São direitos que dizem respeito a diferentes aspectos: registro civil, alimentação, exames, acesso à saúde, acesso à escola, vacinação, ambiente, lazer e afeto. Isso produz uma ruptura com o modelo de saúde que considera que a saúde da criança envolve apenas os aspectos relacionados com o desenvolvimento e crescimento físico da criança. A ampliação dos direitos humanos e a especificidade conferida pela Declaração dos Direitos da Criança amarram a saúde a todos os fatores que dizem respeito à existência e ao momento de vida que estão passando essas crianças.

Direitos universais e produção de identidade

De acordo com Deleuze, a discussão de direitos humanos teria criado uma falsa ilusão de que todas as pessoas teriam condições de participação e de que o humanismo é uma realidade no mundo capitalista. A única coisa de universal no

capitalismo é o mercado e, portanto, é uma fábrica incessante de riquezas e misérias. O Estado Democrático de Direito não considera as pessoas iguais perante a lei porque está comprometido com a fabricação da miséria humana para ser possível sustentar a produção de riquezas.

A vergonha é não termos nenhum meio seguro para preservar, e principalmente para alcançar devires, inclusive em nós mesmos. Como um grupo se transformará, como recairá na história, eis o que nos impõe um perpétuo “cuidado”. Já não dispomos da imagem de um proletário a quem bastaria tomar consciência (Deleuze, 1992, p. 213).

De acordo com Coimbra (2000), os direitos humanos teriam sido erguidos sobre uma noção de humano como sujeito universal ligado a uma essência e, portanto, como um objeto natural. Isso cria uma armadilha ao fundar uma noção universalizável de humano que vai considerar humanos apenas aqueles que estiverem de acordo com essas características.

(...) sempre estiveram fora desses direitos à vida e à dignidade os segmentos pauperizados e percebidos como “marginais”: os “deficientes” de todos os tipos, os “desviantes”, os miseráveis, dentre muitos outros. A estes, efetivamente, os direitos humanos sempre foram – e, continuam sendo – negados, pois tais parcelas têm sido produzidas para serem vistas como “sub-humanas”, como não pertencentes ao gênero humano (Coimbra, 2000, p. 142).

Um caminho apontado por Coimbra é compreender direitos humanos não a partir de uma essência humana imutável e universal, mas a partir de outras construções que afirmem as diferentes formas de manifestação do humano. Uma forma de afirmar “direitos locais, descontínuos, fragmentários, processuais, em constante movimento e devir, provisórios e múltiplos como as forças que se encontram no mundo” (Coimbra, 2000, p. 142).

Essa crítica em relação aos direitos humanos universais pode ser tomada como referência para a problematização das políticas de atenção à saúde da criança, ao nos questionarmos em que medida a “Caderneta de Saúde da Criança: passaporte de cidadania” permite que se articule diferentes modos de ser criança nas práticas de saúde do SUS. Para responder a essa questão retomo a afirmação trabalhada acima de que a Caderneta é um documento que forja a identidade da criança a partir de uma concepção particular de infância e ao mesmo tempo afirma sua identidade como sujeito portador de direitos civis.

A pretensão do Ministério é que a Caderneta de Saúde da Criança possa se constituir como um documento da criança, por isso, é identificado como passaporte de cidadania. Para que isso seja

viabilizado, será elaborado um projeto de Lei para aprovação no congresso nacional (Brasil, 2008, s/p).

A pretensão do Ministério da Saúde de tornar a Caderneta um documento de identificação da criança não deve ser entendida apenas como um documento que colhe as informações das crianças, mas como um documento que também produz as informações da criança e, portanto, produz os modos de ser criança. A Caderneta identifica a criança desde suas características gerais relativas ao detalhamento das informações como o nome, a data de nascimento, o local de nascimento, o nome do pai, o nome da mãe, o endereço, a unidade básica de saúde de referência da criança e sua raça/cor e etc. Até a descrição de práticas de saúde direcionadas às crianças que constituem e transformam o modo como os pais ou cuidadores vão cuidar e se direcionar a elas e, também, como as demais pessoas vão interpelar e produzir a infância. Práticas como incentivo ao aleitamento materno, vacinação, instruções de como manusear a criança nos primeiros dias de vida, exames, procedimentos de saúde, etc., criam um arsenal de técnicas que irão ao longo do desenvolvimento da criança conformar o modo como esse sujeito se constituirá, se conhecerá e se cuidará. A saúde, dessa forma, organiza uma série de saberes que ditam os modos como os pais e os profissionais de saúde, mas também os adultos, de um modo geral e as próprias crianças, devem agir entre si e em relação à infância.

ESTE É O MEU PÉ!



ESTE É O DEDO DA MINHA MÃE!



2

IDENTIFICAÇÃO



Nome da criança: _____
 Data de nascimento: ____/____/____ Local de nascimento: _____
 Nome da mãe: _____
 Nome do pai: _____
 Endereço: _____
 Ponto de referência: _____ Telefone: _____
 Bairro: _____ CEP: _____
 Cidade: _____ Estado: _____
 Raça/cor: () Branca () Preta () Amarela
 () Parda () Indígena
 Unidade Básica de Referência: _____
 Nº da Declaração de Nascimento Vivo: _____
 Nº do Registro Civil de Nascimento: _____
 Nº do Cartão do SUS: _____

3

O cronograma de visitas de rotina proposto pelo Ministério da Saúde para as crianças que não foram classificadas como de alto risco é o seguinte:

1º mês 2º mês 4º mês 6º mês 9º mês 12º mês 18º mês 24º mês

A partir dos 2 anos de idade, as consultas de rotina podem ser anuais, próximas ao mês de aniversário.

Em todas as consultas de rotina, o profissional de saúde deve avaliar e orientar sobre:

- aleitamento materno;
- alimentação complementar;
- peso, comprimento ou altura, perímetro cefálico (até 2 anos);
- vacinas;
- desenvolvimento;
- cuidados de saúde;
- prevenção de acidentes;
- identificação de alterações na saúde.

É importante que o profissional de saúde anote as informações de cada consulta na Caderneta de Saúde da Criança, nos espaços próprios para isso.

Você pode acompanhar o crescimento e o desenvolvimento da sua criança pelo gráfico de peso e de altura e anotar o que ela já faz na parte de desenvolvimento.

22

DEZ PASSOS PARA UMA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL PARA CRIANÇAS MENORES DE 2 ANOS

- PASSO 1 – Dar somente leite materno até os 6 meses, sem oferecer água, chás ou quaisquer outros alimentos.
- PASSO 2 – A partir dos 6 meses, oferecer, de forma lenta e gradual, outros alimentos, mantendo o leite materno até os 2 anos de idade ou mais.
- PASSO 3 – A partir dos 6 meses, dar alimentos complementares (cereais, tubérculos, carnes, leguminosas, frutas e legumes) no mínimo três vezes ao dia.
- PASSO 4 – A alimentação complementar deve ser oferecida de acordo com os horários de refeição da família, em intervalos regulares e de forma a respeitar o apetite da criança.
- PASSO 5 – A alimentação complementar deve ser espessa desde o início e oferecida de colher; começar com consistência pastosa (papas/purês) e, gradativamente, aumentar a sua consistência até chegar à alimentação da família.

23

A saúde da criança, por meio das práticas da Caderneta, recebe o recém-nascido numa rede de cuidados e de atenção à saúde que vai aos poucos o inserindo nos padrões e regulamentos da sociedade. Dessa forma, as práticas de atenção e cuidado da saúde constroem e modificam a experiência que os indivíduos têm de si, através de mecanismos que colocam em funcionamento um tipo de relação do sujeito consigo mesmo que produzem e transformam a experiência de si. O resultado do processo de fabricação em que se cruzam os

discursos que definem a verdade do sujeito, as práticas que regulam seu comportamento e as formas de subjetividade constituem uma interioridade (Larrosa, 1994). São elementos que vão identificando e atribuindo características a essas crianças recém chegadas, tanto em relação ao que seus corpos evidenciam quanto à inscrição desta em determinada família, país, cidade e meio social. A infância, por ser considerada pela política pública de saúde a primeira etapa da vida, é o momento em que a pessoa recebe suas primeiras atribuições que a identifica e, assim, lhe confere uma identidade ou identidades.

Hall (2000) compreende a noção de identidade em pelo menos três pontos de vista: o sujeito do iluminismo, o sujeito sociológico e o sujeito pós-moderno. Essas definições, embora destoantes entre si e construídas em diferentes momentos, são coexistentes na produção dos modos como atualmente os seres humanos se constituem e compreendem a si mesmos. É partindo dessa diferenciação que faz Hall que procuro entender de que maneira a Caderneta dá conta da produção de uma ou de todas essas noções de identidades.

Na primeira das noções apresentada por Hall (2000), o sujeito se constitui como indivíduo totalmente centrado, unificado, dotado de razão, consciência e ação. Sua interioridade representará sua identidade ao longo de sua existência. O núcleo interior do sujeito emerge ao nascer e, com ele, se desenvolve sem, com isso, alterar sua essência. É uma concepção individualista e tem como referência o sujeito masculino. O sujeito do iluminismo é característico dos primeiros momentos da modernidade, pois rompe com a idéia do lugar da divindade na sociedade. Diversos movimentos possibilitaram esse rompimento. A Reforma, e mais pontualmente o Protestantismo, tirou de cena a Igreja na mediação entre o homem e Deus e libertou a consciência individual das instituições religiosas. O humanismo renascentista pos o homem na posição de centro do mundo. As revoluções científicas que conduziram o homem ao lugar de questionador, inquiridor e decifrador da natureza. Em suma, o Iluminismo fundou o Homem racional, científico e liberado dos dogmas religiosos.

A segunda noção, *o sujeito sociológico*, em decorrência do avanço da modernidade, se afasta dessa compreensão iluminista do caráter autônomo e auto-suficiente do núcleo interior do sujeito. À medida que as sociedades modernas se tornaram mais complexa, o sujeito foi sendo absorvido pelas novas estruturas produtivas e pela máquina estatal, exigindo um modo de relação consigo mais

social e coletiva. Por conta disso, compreende que o sujeito é formado na interação com as pessoas que mediam os valores, sentidos e símbolos do mundo em que habita. A identidade é, então, formada na interação entre o eu e a sociedade, mas ainda tem um núcleo ou essência interior que é seu “eu real”. No entanto, a identidade ainda liga o sujeito a uma estrutura, de forma a tornar o sujeito predizível e unificado, sendo possível falar de uma identidade do sujeito (Hall, 2000).

Dois eventos teriam contribuído para essa mudança. A primeira delas, a invenção da biologia darwiniana, se caracterizava pela idéia de um sujeito biologizado. A razão baseava-se na natureza e a mente era fruto de um desenvolvimento físico do cérebro. E a segunda, o surgimento das ciências sociais, repercutiu em diferentes desenlaces. O sujeito permaneceu a figura central dos entendimentos e o dualismo cartesiano, característico do sujeito do iluminismo, manteve-se institucionalizado na psicologia e nas demais ciências humanas. A sociologia, por sua vez, realizou uma crítica ao individualismo racional, dizendo que o sujeito está imerso em processos de grupo e normas coletivas, o que subjazia a qualquer contrato entre sujeitos individuais (Hall, 2000).

Nessa concepção, o ser humano é construído como um “eu”, uma entidade naturalmente singular e distinta. As fronteiras do corpo delimitariam uma vida interior da psique na qual estão inscritas as experiências de uma biografia individual. Os seres humanos, nas sociedades modernas, se compreendem como seres psicológicos “a se interrogarem e a se narrarem em termos de uma ‘vida psicológica interior’ que guarda os segredos de sua identidade, que eles devem descobrir e preencher e que é o padrão em relação ao qual o viver de uma vida ‘autêntica’ deve ser julgado” (Rose, 2001, p. 34). É nesse sentido que, na modernidade, a identidade vai se constituir não como uma condição privada das pessoas, mas como o que se torna público e elaborado publicamente. Como uma condição civil e, portanto, matéria de direito e de tutela estatal. No entanto, o sujeito sociológico teria proposto alterações ao modelo do sujeito do iluminismo, privilegiando o contexto social na constituição da subjetividade e reforçando a dicotomia entre mente e corpo, através do desenvolvimento da biologia (Hall, 2000).

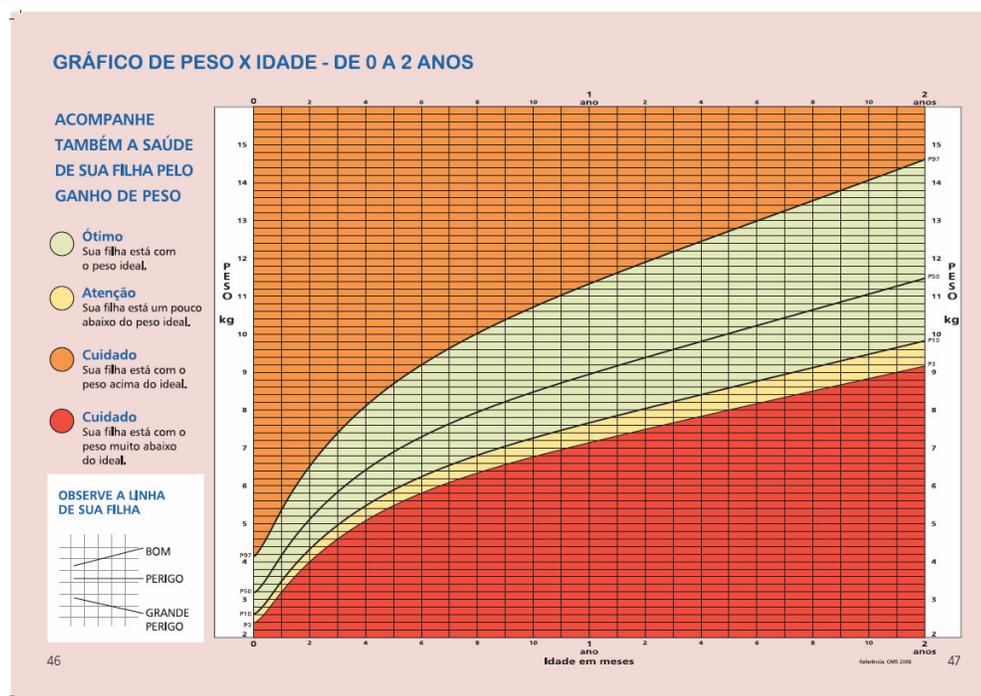
As ações de saúde pública, por se fundarem em ciências positivas e por se pautarem em noções onde a biologia é utilizada como modelo central para explicar e intervir na relação entre saúde e doença, filiam-se ao modo como os sujeitos são explicados como espécie biológica. Ou seja, como seres divididos em corpo e mente, vinculando-se às identidades sociológicas. E, neste sentido, fixam os sujeitos em identidades rígidas. Essas técnicas de fixação estão presentes na organização e na lógica das práticas de saúde da Caderneta de Saúde da Criança. Essas tecnologias funcionam como uma *linha vertical* que atravessa a construção da Caderneta a partir de uma lógica linear e gradativa de cuidados e ações de saúde que vão investindo na criança ao longo de seu crescimento e desenvolvimento.

Essa lógica pauta, inicialmente, a classificação das práticas de atenção integral à saúde da criança desde o nascimento até a idade de 10 anos. Logo em seguida, define, a partir dos padrões existentes em cada idade, que práticas são mais apropriadas e adequadas a um desenvolvimento saudável do infante. Esse entendimento se conecta às classificações e divisões que a modernidade desenvolveu para explicar como os seres humanos se desenvolvem de acordo com a idade cronológica – infância, adolescência, idade adulta e velhice. A partir da predominância de padrões de desempenho que se dá em cada fase, um padrão é alçado à condição de normalidade e, baseando-se nele, constroem-se as intervenções na saúde da criança. É assim que a Caderneta organiza as ações, ou seja, em acordo com as necessidades consideradas predominantes em cada momento do desenvolvimento da criança.

Portanto, os saberes que estão presentes na Caderneta conformam e produzem os modos como a criança, ao ser investida por práticas de saúde, acabam por se relacionar consigo e com o mundo de acordo com as prescrições de saúde. Isso direcionará a criança a se identificar pelas características de cada idade, por possuir ou não uma patologia, por organizar suas tarefas diárias a partir de algumas práticas de higiene e alimentação, como ter horários para o banho, para a higiene bucal, para as refeições. Irá definir, a partir dos conhecimentos cognitivos, o momento adequado para aprender a ler, a escrever, etc. As práticas de saúde ao definirem os parâmetros de normalidade e prescreverem as rotinas às crianças, criam disfunções e anormalidades no comportamento infantil. A criança

que não estiverem dentro desses parâmetros e regulamentações precisará maiores investimentos para aproximá-las ao máximo da “normal”.

Ainda como parte da *linha vertical* presente na Caderneta, estão os gráficos de crescimento: gráfico de altura por idade, gráfico de perímetro encefálico; gráficos de peso por idade. Eles avaliam o crescimento através das seguintes classificações: “ótimo, sua filha está com peso ideal; atenção, sua filha está um pouco abaixo do peso ideal; cuidado, sua filha está com peso acima do ideal; cuidado, sua filha está com o peso muito abaixo do ideal”. O desenho que resulta do preenchimento do gráfico indica se o peso está bom, em perigo ou em grande perigo. São gráficos diferentes para meninos e meninas, porque são construídos a partir de indicadores que consideram que o sexo altera a resposta da altura e do peso de acordo com a idade. Abaixo, pode ser visualizado um dos gráficos referidos e que está presente na Caderneta.



Na mesma linha, o desenvolvimento, na Caderneta, é trabalhado através de uma série de instruções imperativas feitas aos pais de como devem ajudar no desenvolvimento de seus filhos. “Desenvolver-se com afeto” e “desenvolver-se com segurança”, instruindo-os diferentemente de acordo com a idade da criança. As práticas de cuidado da Caderneta ao realizar essas instruções evidenciam que a saúde, através das ciências que a embasam, está no “lugar” da verdade. As políticas públicas de saúde criam, assim, um campo de generalizações sobre o que

é o afeto e a segurança, sobre quais são as necessidades de afeto e de segurança da criança em cada idade de seu desenvolvimento e sobre como os pais devem agir em função dessas informações. O desenvolvimento da criança é dividido de acordo com a idade e em cada uma dessas divisões são descritos os principais fatores que a criança estará exposta. Por exemplo, “Deixe que seu filho ou filha tenha contato com outras crianças e tente responder as suas perguntas, explicando o que ele perguntar. Nessa idade, ele está muito interessado no mundo e nas crianças à sua volta” (Brasil, 2007, p. 38). Entre 3 a 6 anos a criança será colocada em contato com outras crianças e, portanto, os pais devem instruir e responderem as demandas trazidas por seus filhos agindo conforme o prescrito.

O mesmo acontece com as prescrições relativas ao desenvolvimento com segurança, “Para atravessar a rua, a criança deve estar de mãos dadas com um adulto. (...) Para evitar queimaduras e ferimentos graves, nunca deixe que brinque com fogueiras e fogos de artifícios. (...) No carro, a criança continua a ir no banco de trás, com assento adequado e cinto de segurança, até atingir 1,45 m de altura” (Brasil, 2007, pp. 38-9). É definido em cada fase do desenvolvimento o considerado perigoso para a criança e, a partir disso, quais devem ser as práticas de cuidado que garantirá segurança à criança. São práticas que fundam universalismos sobre os sentimentos e necessidades de segurança das crianças, porque desconsideram o contexto sócio-cultural que geram diferentes realidades e, portanto, diferentes formas das pessoas se relacionarem com os sentimentos e com a segurança das crianças.

3 a 6 anos
Veste-se sozinha.
Idade: _____
Fala de forma clara e compreensível.
Idade: _____
Pergunta muito "por que?".
Idade: _____
O que mais ela faz? _____

Desenvolvendo-se com afeto

- Deixe que seu filho ou filha tenha contato com outras crianças e tente responder a suas perguntas, explicando o que ele perguntar. Nessa idade, ele está muito interessado no mundo e nas crianças à sua volta.
- A criança brinca muito de faz-de-conta. Verifique se sabe a diferença entre a realidade e a fantasia.

Desenvolvendo-se com segurança

- Embora mais confiante e capaz de fazer muitas coisas, a criança ainda precisa de supervisão. Converse e explique sempre as situações de perigo.
- Todos os cuidados anteriores devem ser mantidos.
- Para atravessar a rua, a criança deve estar de mão dada com um adulto.
- Mesmo que saiba nadar, não é seguro deixar a criança sozinha em piscinas, lagos, rios ou mar.
- Mantenha-a sob observação constante em parques, supermercados, lojas e outros locais públicos.
- No carro, continue a colocá-la no banco de trás, com assento adequado e cinto de segurança.
- Produtos inflamáveis (álcool e fósforos), facas, armas de fogo, remédios e venenos devem estar totalmente fora do alcance das crianças.



38

6 a 10 anos
Deve estar na escola, aprendendo a ler e a escrever.
A criança tem interesse por grupos de amigos e por atividades independentes da família.
Idade: _____
O que mais ela faz? _____

Desenvolvendo-se com afeto

- Não inibam a manifestação de idéias próprias e pensamentos independentes porque, nessa fase, a criança está ensaiando pensar por si mesmo.
- Surgem os primeiros sinais da puberdade. Seu filho ou filha precisará demonstrar que não necessita dos pais do mesmo modo como necessitava quando era criança pequena. Buscará outras pessoas como modelo e referência.
- É importante aceitar esse momento, sem abrir mão de educá-la.

Desenvolvendo-se com segurança

- Quase independente, aumenta a necessidade de medidas de proteção e de supervisão nas atividades fora de casa. Explique sempre os riscos que pode correr no dia-a-dia.
- Todos os cuidados anteriores devem ser mantidos.
- Nunca deixe que a criança brinque nas lajes que não tenham muros de proteção.
- Para evitar queimaduras e ferimentos graves, nunca deixe que brinque com fogueiras e fogos de artifícios.
- Não deixe que solte pipa (arraia, papagaio) em locais com fios elétricos, pois pode levar um choque de alta-tensão.
- No carro, a criança continua a ir no banco de trás, com assento adequado e cinto de segurança, até atingir 1,45 m de altura.
- Usar capacete sempre que for andar de bicicleta ou de moto.
- Deve atravessar a rua acompanhada de um adulto, mas já está no momento de você ensinar a ela os hábitos de segurança no trânsito.



39

Esse modo de organização é herança das práticas de saúde anteriores à construção do SUS. Isso denota que essas práticas não se extinguiram, mas continuam coexistindo na concepção que orienta as práticas contidas na Caderneta. O perigo é tomar tais orientações como parâmetros absolutos para todas as intervenções em saúde, pois essas generalizações sobre a vida das pessoas não consideram os fatores contingenciais relativos à vida em movimento.

A Caderneta é atravessada pela identidade sociológica e, portanto, pelas lógicas que organizam e produzem as práticas de saúde pública. No entanto, a saúde da criança é construída também pelas lógicas e entendimentos da saúde coletiva. A saúde coletiva, como forte influência nas práticas de saúde do SUS, é uma possibilidade para a não absolutização das práticas em saúde. A saúde coletiva, por sua crítica ao modelo de saúde pública, está pautada na concepção de identidade pós-moderna. A identidade na pós-modernidade vai de encontro a um sujeito fragmentado, composto não de uma identidade, mas de várias e, que muitas vezes, são contraditórias ou não-resolvidas entre si. Esse processo é decorrente das mudanças institucionais, estruturais e paradigmáticas, que recolocam questões epistemológicas e odontológicas da compreensão do sujeito, tornando inviável a construção da identidade sob uma forma fixa e permanente e a interpela a tornar-se móvel. Somos atravessados a cada momento por uma

multiplicidade desconcertante e cambiante de identidades possíveis que passam a nos identificar mesmo que temporariamente. O processo de identificação torna-se mais provisório, variável e problemático. “Se sentimos que temos uma identidade unificada desde o nascimento até a morte é apenas porque construímos uma cômoda estória sobre nós mesmos ou uma confortadora ‘narrativa do eu’” (Hall, 2000, p. 13). A identidade do ser humano não é, portanto, a base eterna da história e da cultura humanas, mas um artefato cultural.

A saúde coletiva, por procurar dar conta dessa multiplicidade e provisoriidade de identidades que nos identificam, é uma *linha horizontal* que traz para a saúde da criança condições de outros modos de produção de viver e de se relacionar consigo e com os outros. A saúde coletiva é fruto das reivindicações de mudança do movimento sanitário e, por isso, pode ser uma possibilidade de considerar que diferentes formas de ser criança podem ser contempladas nas práticas de saúde. Ela propõe uma crítica ao projeto médico-naturalista e nega que os discursos biológicos detenham o monopólio do campo da saúde. A problemática da saúde deve incluir as dimensões simbólica, ética e política, privilegiando-se diferentes modos de produção de sujeitos (Birman, 1991). As práticas de atenção à saúde são orientadas pelo conceito de saúde, que entende como fatores determinantes à saúde as condições físicas, psicológicas e sociais, ou seja, os aspectos orgânicos, comportamentais e sociais constitutivos da forma de objetivar o ser humano em um ser biopsicossocial.

A integralidade, como uma das diretrizes do SUS, propõe dar conta de um conceito de saúde que consiga abarcar os diferentes modos de ser sujeito, portanto, a possibilidade de produção não de uma identidade para a infância, mas de várias. Orientar-se pela atenção integral implica uma recusa ao reducionismo, uma recusa à objetivação dos sujeitos e uma abertura ao diálogo. Portanto, a noção de integralidade acompanha a ruptura com o modelo de ciência baseada no cientificismo positivista ao negar a visão reducionista que o biologicismo traz ao entendimento do problema vivido pelo paciente. O profissional da saúde deve estar sensibilizado para escutar o conjunto de necessidades de ações e serviços de saúde que um usuário traz como demanda (Mattos, 2001).

Este entendimento amplia as intervenções da atenção à saúde das crianças e criam uma série de intervenções sobre elas, como cuidados relativos ao ambiente em que vivem, à alimentação, ao afeto e à segurança. Na Caderneta, a diversidade

de cuidados de que fala o conceito de saúde aparece na amplitude das intervenções que indica aos pais e profissionais de saúde as práticas de atenção à saúde da criança. Tais como o ambiente saudável, a alimentação/amamentação saudável, a saúde bucal, observe o que o seu filho ou filha já consegue fazer, desenvolva-o com afeto e segurança de acordo com as exigências da idade, saúde ocular, saúde auditiva, perímetro encefálico, vacinação (Brasil, 2007).

PROCURE TORNAR O AMBIENTE DA CRIANÇA MAIS SAUDÁVEL

- O bebê precisa de tranquilidade. Evite levá-lo a lugares onde haja muita gente e muito barulho, como supermercados e shoppings.
- Não deixe que fumem dentro de casa. A fumaça faz mal para a criança. Se os pais fumam, não devem pegar o bebê logo após terem fumado.
- Agasalhe a criança e deixe sempre as janelas abertas para arejar a casa. Evite usar produtos de limpeza com cheiro muito forte.
- Proteja a criança dos animais. Mesmo os que são de casa podem ter reações imprevisíveis.
- Não deixe os animais dormirem no mesmo ambiente que a criança.



Para que seu filho ou filha cresça e se desenvolva adequadamente, é fundamental fazer o acompanhamento de saúde na unidade de saúde em que foi feita a matrícula.

O acompanhamento de saúde na Unidade Básica de Saúde é importante para avaliar se o crescimento e o desenvolvimento de sua criança estão correndo adequadamente.

Nessas consultas de rotina você pode esclarecer suas dúvidas sobre a saúde do seu filho ou filha.

Os profissionais de saúde, nessas consultas, poderão também orientá-la sobre os cuidados necessários para que o seu filho ou filha tenha boa saúde.

21

OS PRIMEIROS DIAS DE VIDA

Observando, cuidando e conhecendo.

- O bebê deve ser bem acolhido para se sentir protegido.
- Não tenha medo de pegá-lo no colo, aproxime-o do seu corpo, apoiando seu pescoço e sua cabeça. Converse, cante, acaricie, embale, abrace, brinque com sua criança.
- No início da vida, o bebê dorme bastante. Para garantir um sono tranquilo e sem risco de sufocação, ele não deve dormir com outra pessoa na cama. É bom que o berço fique em lugar tranquilo e arejado.
- O bebê nunca deve dormir de barriga para baixo (de bruços). Recomenda-se que ele durma de barriga para cima. Cuide para que a boca e o nariz não fiquem cobertos. Para aquecê-lo, é preferível agasalhá-lo com mais roupas do que cobri-lo com muitas cobertas.
- Nos primeiros dias, o bebê pode perder um pouco de peso, mas, por volta do décimo dia, já recupera seu peso de nascimento.
- O banho deve ser dado desde os primeiros dias numa banheira ou numa bacia com água morna e sabonete neutro. Para evitar queimaduras no bebê, sempre verifique a temperatura da água antes de colocá-lo no banho.



19

Ao longo do desenvolvimento, a Caderneta estimula que os pais e as crianças se entendam e isso faça com que eles reconheçam as necessidades e jeitos de ser da criança. A infância é compreendida como uma importante etapa do desenvolvimento e que possui peculiaridades de acordo com a idade e o contexto em que vivem. Elas são identificadas como sujeitos que possuem sentimentos e que precisam se desenvolver com afeto. “As crianças são sensíveis e, desde, o nascimento, são capazes de diferenciar um tom de voz carinhoso de um tom agressivo” (Brasil, 2007, p. 36).

No entanto, para que não seja realizada uma discussão estanque dos efeitos da Caderneta na produção da saúde da criança é preciso levar em conta que não se trata de um juízo de valor ou de uma divisão entre as práticas que pertencem à saúde coletiva e as que pertencem à saúde pública. Não se procura afirmar que as

práticas de saúde pública sejam ruins e que as de saúde coletiva sejam boas. Mas que ambas tratam de modos de governo da população como estratégias biopolíticas que, ao investirem na vida, regulamentam e normatizam a vida dos sujeitos. Portanto, a saúde coletiva não é aqui analisada como um campo capaz de “salvar” a infância das práticas de governo, mas procurar apontar que condições a saúde coletiva pode oferecer para que diferentes governos do infantil possam ser engendrados. Modos de governos mais plurais que sejam menos prescritivos e possibilitem potencializar diferentes formas de as crianças e os cuidadores se relacionarem com sua saúde. Desta maneira, a diversidade de práticas de saúde que a noção de integralidade traz, a partir da saúde coletiva, pode ser compreendida também como uma ampliação do controle exercido pelo governo biopolítico através da sofisticação das práticas de saúde mesmo sendo considerada uma linha horizontal.

Essa gama diversificada de práticas que se preocupam com a integralidade das ações pode ser identificada como um manual de como ser pai e de como ser filho e estar ditando as formas mais adequadas de cuidar da saúde da criança. A Caderneta estaria seguindo a tendência de criar manuais de como ser pai, mãe, filho, empreendedor, ser professor ou ser qualquer coisa na sociedade atual. A Caderneta quando tomada como um discurso de verdade produz discursos especializados sobre a criança e se coloca acima dos demais saberes que estão presentes na sociedade sobre a saúde da criança. Esses manuais, e, em especial a Caderneta, pode ser de grande ajuda para orientar os pais ou cuidadores sobre como cuidar da saúde da criança, mas pode desqualificar o cuidador ao desconsiderar os conhecimentos e intuições que eles trazem. Isso estaria baseado em um a priori de que os pais não têm condições de cuidar dos seus filhos.

Essa amplitude de práticas que a saúde coletiva possibilita na construção da Caderneta não desconsidera que as práticas de saúde da criança seja uma estratégia de governo que produz os indivíduos nas relações de poder. O SUS é uma política que investe na vida e produz o modo como às pessoas cuidam de si e lidam com sua saúde, como política que se tornou central na vida das pessoas. Mas considera que essas estratégias ocorrem em um campo múltiplo que irá articular o saudável a fatores que antes não eram considerados como existenciais, psicológicos e ou sociais. Isso possibilita uma diversificação nos modos como o poder irá produzir os sujeitos. Pode-se dizer então que a Caderneta, ao possuir um

conceito de saúde ampliado, possibilita que a complexidade, diversidade e amplitude da produção de vida possam ter maiores condições de pautar os efeitos das intervenções de saúde de forma a não, necessariamente, privilegiar um modo de se produzir a infância, mas uma multiplicidade de modos. Nesse sentido, a construção do SUS pode ser uma condição de abertura à multiplicidade de produção de sujeitos e de saúde, embora não se veja livre de algumas contradições.

A saúde coletiva é um movimento que dita modos de existência e que elenca verdades científicas sobre a vida da população, mas representa também uma possibilidade de escolha sobre os modos como esperamos que sejam essas verdades. E, portanto, pode ser um lugar interessante para estarmos a todo o momento nos indagando sobre o modo como queremos ser governados. Com isso, não estamos querendo dizer que possamos atingir um momento que nos colocaremos fora de estratégias de governo, mas que podemos nos colocar em uma posição onde é possível saber como somos governados e, assim escolhermos outros modos, que não os colocados, de sermos governados.

A saúde coletiva ao trazer para o SUS uma nova proposta de sistema de saúde e, principalmente, de conceito de saúde e da política de atenção de modo geral consegue fazer algumas resistências às práticas universalizantes que acabam por fixar os indivíduos em determinados modos de ser e estar no mundo. O que não exclui, como descrito acima, que a saúde pública não esteja imersa nas práticas oficiais do SUS. A nova proposta de saúde do SUS, ao trazer para o campo da saúde diferentes aspectos que não apenas os fatores relacionados ao adoecimento, está ligada a modos de percepção de identidades cambiantes e abertas aos diferentes movimentos que o viver coloca às pessoas. Assim como está vinculada, ao mesmo tempo, a identidade sociológica que acaba conferindo às práticas de saúde um terreno que fixa os sujeitos em um modo de ser de acordo com verdades estabelecidas. Portanto, a Caderneta de Saúde da Criança: passaporte de cidadania fixa e faz a infância circular por diferentes modos de compreensão de sujeitos, ao mesmo tempo.

Saúde e cidadania

“Não sou um artista e não sou um cientista. Sou alguém que procura tratar a realidade através das coisas que estão sempre – ou ao menos, com frequência – afastadas da realidade” (Foucault, 2006, p. 320).

A discussão sobre a “Caderneta de saúde da criança: passaporte de cidadania”, realizada a partir de duas noções, direitos e identidade, evidenciou como a Caderneta articula saúde, criança e cidadania. Diante disso, a questão inicial dessa dissertação, *como são produzidos os cuidados de saúde para as crianças no Sistema Único de Saúde?*, vai ao encontro da infância cidadã. O SUS, como o resultado do atravessamento de diferentes práticas de saúde, produz os cuidados à saúde da criança a partir de um conceito de saúde que compreende a infância como uma fase da vida que carece de investimentos que a produza como cidadã. A infância da saúde coletiva é uma infância de direitos. Ela decorre de todo um processo histórico que tornou a infância uma fase da vida que necessita de cuidados de saúde. Mais tarde, esses cuidados de saúde se complexificaram e ampliaram os fatores envolvidos na produção da infância cidadã.

Portanto, o SUS, ao atrelar a saúde à cidadania, traz a preocupação do Estado moderno de garantir que os sujeitos atinjam o *status* de cidadania. Esse *status*, a partir dos movimentos dos Direitos Humanos, carrega direitos civis e políticos, mas inclui direitos econômicos, sociais, culturais e ambientais decorrentes do processo de ampliação dos fatores que compõem o bem-estar do humano. O SUS, através da Caderneta, procura articular suas práticas ao exercício dos direitos políticos, civis, econômicos, sociais, culturais e ambientais do infante. No entanto, é preciso não perdemos de vista que a Caderneta, inscrita nas estratégias de governo da biopolítica, nos coloca em constante vigília dos processos de regulamentação da existência a que estamos sujeitos. Não podemos naturalizar os cuidados que direcionamos a nós mesmos, mas devemos entendê-los como parte de um poder que quantifica, mede, avalia, hierarquiza e distribui os indivíduos em torno da normalização da vida. Em suma, qualifica e amplia os fatores envolvidos na produção de sujeitos. A saúde cria um campo de verdades em torno da criança e de técnicas para produzi-la que acaba por instituir práticas que constitui e transforma a experiência de si. Ao conhecer essas diferentes maneiras, pode-se não aceitar esse conhecimento ingenuamente, mas como “jogos

de verdade” específicos relacionados a técnicas que as pessoas utilizam para entender a si mesmos.

Assim, os cuidados à saúde da criança produzem saberes e práticas que não necessariamente abarcam as diferentes formas possíveis das crianças construírem-se como sujeitos, mas pode privilegiar apenas um modelo de infância. Trata-se de estarmos atentos aos perigos de colocarmos os cuidados de saúde direcionados às crianças como verdades que sustentam práticas com padrões imutáveis e rígidas, mas entendê-los numa dinâmica flexível que precisa estar em constante modificação. O que implica em não necessariamente considerarmos como possível uma verdade sobre as práticas de cuidado à saúde da criança; não há um modelo certo e outro errado, a saúde coletiva não é a resposta, mas ela está imersa nos diferentes jogos que produzem os modos de ser no contemporâneo.

As práticas de cuidado com a saúde da criança são parte de um terreno movediço e instável, característico da coexistência de várias lógicas. Na medida em que permitem práticas de cuidado vinculadas às problematizações e ampliações propostas pela saúde coletiva, possibilitam abarcar e produzir diferentes modos de produção de sujeitos; são construídas por práticas de saúde previamente estabelecida por um parâmetro de sujeito normal.

A construção do SUS pode ser uma condição de abertura à multiplicidade de produção de sujeitos baseados em práticas de governo mais plurais o que pode configurar uma crítica ao governo. No entanto, é preciso estar sempre atentos às práticas que congelam a existência em noções rígidas de como lidar com nós mesmos. A Caderneta é, ao mesmo tempo, um documento que possibilita o investimento e produção de diferentes infâncias, e um documento que fixa a infância em modos pré-determinados de como ser criança. Questionar e resistir aos efeitos da Caderneta é estar sempre atento ao que elas produzem. Não podemos nos apegar à ingênua idéia de que a saúde coletiva representa uma evolução em saúde que nos garanta práticas sempre flexíveis, ou seja, não há salvação. Mas devemos estar cientes de que estamos sempre a mercê de perigos, pois as armadilhas estão em constante mutação. Por isso, devemos sempre nos indagar se os conhecimentos e práticas conseguem privilegiar as diferentes manifestações de existir e os diferentes modos de viver a saúde e a infância. Levar, portanto, em conta outros fatores que não apenas o saber científico para resolver os perigos, como por exemplo, os saberes locais e, principalmente, o

próprio conhecimento que o usuário dos serviços de saúde tem de si. No caso da criança, considerar o que elas e seus cuidadores produzem de conhecimento.

Confianzas

se sienta a la mesa y escribe

«con este poema no tomarás el poder» dice
«con estos versos no harás la Revolución» dice
«ni con miles de versos harás la Revolución» dice

y más: esos versos no han de servirle para
que peones, maestros, hacheros vivan mejor
coman mejor o él mismo coma viva mejor
ni para enamorar a una le servirán

no ganará plata con ellos
no entrará al cine gratis con ellos
no le darán ropa por ellos
no conseguirá tabaco o vino por ellos

ni papagayos, ni bufandas, ni barcos,
ni toros, ni paraguas conseguirá por ellos
si por ellos fuera a la lluvia lo mojará
no alcanzará perdón o gracia por ellos

«con este poema no tomarás el poder» dice
«con estos versos no harás la Revolución» dice
«ni con miles de versos harás la Revolución» dice
se sienta a la mesa y escribe

(Gotan Project
Composição: Juan Gelman)

SE SIENTA A LA MESA Y ESCRIBE

Um dos principais fatores do ato de escrever um trabalho acadêmico, acredito, é ter presente que escrever é sempre um ato de fixação e estagnação de realidades e pensamentos e, portanto, tende a erguer-se como uma verdade. O exercício daquele que escreve deve ser procurar driblar o efeito de congelamento de idéias e de palavras que a escrita produz e procurar abarcar a presença da constante do movimento e a negativa de estabelecer verdades, certezas e soluções para a temática da qual se ocupa. Elas seriam infinitamente provisórias, insustentáveis e estagnantes. A música *João e Maria*, que abre esta dissertação, ao retratar uma brincadeira de criança, utiliza o verbo *ser* conjugando-o no Pretérito Imperfeito, recurso comumente utilizado pelas crianças para atuarem conformadas por um determinado modo de ser nas brincadeiras. Agora eu era o herói remete à instantaneidade que o elogio à diferença e à condição de circularidade necessitam. Não foi a verdade sobre a saúde da criança ou sobre a saúde coletiva que me moveu na escrita desta dissertação. Foi a construção de diferentes linhas de problematização da infância vinculadas às práticas de saúde coletiva. Foi o anseio de versar sobre esses temas na busca de uma pluralidade de significados. Olhar para eles de outros ângulos, ver quais foram os percursos desenhados para que hoje seja possível falar de saúde da criança dos modos como falamos. Foi querer elucidar que linhas, caminhos, fatos e escolhas foram conformando essas práticas, afim de que fosse possível indagar, posteriormente, que outros trajetos e que outras escolhas poderiam ser traçados. A atitude crítica que permeia o processo de escrita dessa dissertação não reside em negar o fato de ser governado, mas na gama de possibilidades de modos de governo que se possa inventar para ser governado. Com estes versos, não se quis tomar o poder nem fazer a revolução, no sentido de livrar a criança de ser governada, uma vez que a pauta que sustentam as notas dessa canção deixa claro que sempre seremos governados. Já que esses versos não evitarão que nos molhemos com os respingos da chuva de (re)significação dessas palavras, que pelo menos possamos escolher sob que cargas d'água queremos nos encharcar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alma Ata. (1978). Declaração de Alma-Ata. Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde. 6-12 de setembro de 1978. Recuperado em 29 de janeiro, 2009, de www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Alma-Ata.pdf.
- Ariès, P. (1981). *História Social da Criança e da Família* (2a ed). Rio de Janeiro: LTC.
- Birman, J. (1991). A Physis da Saúde Coletiva. *Physis – Revista de Saúde Coletiva*, 1(1), 7-12.
- Brasil. (1937). *Constituição dos Estados Unidos do Brasil*. 10 de novembro de 1937. Recuperado em 29 de janeiro, 2009, de www.planalto.gov.br/CCIVIL/Constituicao/Constitui%C3%A7ao37.htm.
- Brasil. (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. Recuperado em 29 de janeiro de 2009, de www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm.
- Brasil. (2007). Ministério da Saúde. Caderneta da Saúde da Criança. 2ª Tiragem. 3a ed. Recuperado em 01 de julho, 2008, de www.saude.mg.gov.br/publicacoes/linha-guia/linhas-guia/Atencao%20a%20Saude%20da%20Crianca.pdf.
- Brasil. (2008). Portal do Ministério da Saúde. Recuperado em 01 de julho, 2008, de www.portal.saude.gov.br/saude.
- Brasil. (2009). Ministério da Saúde. Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil. Recuperado em 29 de janeiro, 2009, de http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/publicacoes/agenda_compro_crianca.pdf.
- Bulcão, I. (2002). A produção de infâncias desiguais: uma viagem na gênese dos conceitos “criança” e “menor”. In Nascimento, M. L. do (org). *Pivetes: a produção de infâncias desiguais* (61-73). Niterói: Intertexto; Rio de Janeiro: Oficina do Autor.
- Bulcão, I.; Nascimento, M. L. do. (2002). O Estado protetor e a “proteção por proximidade”. In Nascimento, M. L. do (org). *Pivetes: a produção de infâncias desiguais* (52-60). Niterói: Intertexto; Rio de Janeiro: Oficina do Autor.
- Calvino, I. (2006). *Fábulas italianas*. São Paulo: Companhia das Letras.
- Coimbra, C. M. B. (2000). Psicologia, Direitos Humanos e Neoliberalismo. *Revista Psicologia Política da Sociedade Brasileira de Psicologia Política*, 1(1), 139-148.
- Corazza, S. M. (2000). *História da infância sem fim*. Ijuí: Editora UNIJUÍ.

Costa, J. F. (2004). *Ordem médica e norma familiar* (5a ed). Rio de Janeiro: Edições Graal.

Cruz, L.; Hillehseim, B.; Guareschi, N. M. F. (2005). Infância e políticas públicas: um olhar sobre as práticas psi. *Psicologia & Sociedade*, 17 (3), 42-9.

Deleuze, G. (1992). *Conversações*. Rio de Janeiro: Editora 34.

Foucault, M. (1995). Michel Foucault entrevistado por Hubert L. Dreyfus e Paul Rabinow. In Dreyfes, H. L.; Rabinow, P. *Michel Foucault: uma trajetória filosófica: (para além do estruturalismo e da hermenêutica)* (251-90). Rio de Janeiro: Forense Universitária.

Foucault, M. (2003). *História da sexualidade I: a vontade de saber* (15a ed). São Paulo: Edições Graal.

Foucault, M. (2004). *Vigiar e punir: história da violência nas prisões* (28a ed). Petrópolis: Vozes.

Foucault, M. (2005). O que é a crítica? [Crítica e Aufklärung]. Relatório da sessão de 27 de maio de 1978. In Britto, F. L. *Crítica e modernidade em Foucault: uma tradução de "Qu'est-ce que la critique? [Critique et Aufklärung], de Michel Foucault* (35-63). Dissertação de mestrado, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Foucault, M. (2005b). *Em defesa da sociedade: curso no Collège de France (1975-1976)*. São Paulo: Martins Fontes.

Foucault, M. (2006). A governamentalidade. In Foucault, M. *1926-1984. Estratégia, poder-saber* (2a ed, 282-305). Rio de Janeiro: Forense Universitária.

Foucault, M. (2007). *As palavras e as coisas: uma arqueologia das ciências humanas* (9a ed). São Paulo: Martins Fontes.

Hillesheim, B. (2008). *Entre a literatura e o infantil: uma infância*. Porto Alegre: Abrapso Sul.

Hall, S. (2000). *A identidade cultural na pós-modernidade* (4a ed). Rio de Janeiro: DP&A Editora.

Kohan, W. O. (2003). *Infância. Entre educação e filosofia*. Belo Horizonte: Autêntica.

Larrosa, J. (1994). Tecnologias do Eu e Educação. In Silva, T. T. (Org.). *O Sujeito da Educação: Estudos Foucaultianos* (35-86). Petrópolis: Vozes.

Lei n 8.069, de 13 de julho de 1990. (1990). Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). Recuperado em 29 de janeiro, 2008, de www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8069.htm

- Lobo, L. (2000). A criança anormal no Brasil: uma história genealógica. In Rizzini, I. (org.). *Crianças desvalidas, indígenas e negras no Brasil: Cenas da Colônia, do Império e da República* (86-118). Rio de Janeiro: Editora Universitária Santa Úrsula.
- Machado, R. (2004). Por uma genealogia do poder. In Foucault, M. *Microfísica do Poder* (19a ed, VII-XXIII). Rio de Janeiro: Edições Graal.
- Marcílio, M. L. (2003). A roda dos expostos e a criança abandonada na História do Brasil. 1726-1950. In Freitas, M. C. (org). *História Social da Infância no Brasil* (5a ed., 53-79). São Paulo: Cortez.
- Mattos, R. A. de. (2001). Os sentidos da integralidade: a algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In Pinheiro, R.; Mattos, R. A. de. (orgs). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde* (3a ed., 39-64). Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO.
- Merhy, E. E. (2002). *Saúde: a cartografia do trabalho vivo* (2a ed.). São Paulo: Hucitec.
- Moura, E. B. B. de. (2004). Crianças operárias na recém-industrializada São Paulo. In Del Priori, M. (org). *História das crianças no Brasil* (4a ed., 259-288). São Paulo: Contexto.
- Paim, J.; Almeida Filho, N. (2000). *A crise da saúde pública e a utopia da saúde coletiva*. Salvador: Casa da Qualidade Editora.
- Passetti, E. (2004). Crianças carentes e políticas públicas. In Del Priori, M. (org). *História das crianças no Brasil* (4a ed., 347-375). São Paulo: Contexto.
- Rizzini, I. (2008). *O século perdido: raízes históricas das políticas públicas para a infância no Brasil* (2a ed. rev). São Paulo: Cortez.
- Rose, N. (2001). Como se deve fazer a história do eu? *Educação & Realidade*, 26 (1), 33-55.
- Rosemberg, F. (2003). *A LBA, o Projeto Casulo e a Doutrina de Segurança Nacional*. In Freitas, M. C. (org). *História Social da Infância no Brasil* (5a ed., 141-61). São Paulo: Cortez.
- Valadares, T. (2008). Conferência conjuntura nacional: desafios aos direitos humanos. In CFP (Conselho Federal de Psicologia). *Psicologia e direitos humanos: desafios contemporâneos* (21-38). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Wadsworth, J. E. (1999). Moncorvo Filho e o problema da infância: modelos institucionais e ideológicos da assistência à infância no Brasil. *Revista Brasileira de História*, 19 (37).

DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO (CIP)

L318s

Lara, Lutiane de.

Saúde pública e saúde coletiva: investindo na criança para produção de cidadania / Lutiane de Lara. — Porto Alegre, 2009. 80 f.

Diss. (Mestrado) - Fac. de Psicologia. Programa de Pós-graduação em Psicologia. Área de Psicologia Social. PUCRS, 2009.

Orientador: Dr^a. Neuza Maria de Fátima Guareschi.

1. Saúde Coletiva. 2. Psicologia Social. 3. Sistema Único de Saúde – Políticas Públicas - Crianças. 4. Políticas Públicas de Saúde - Crianças. 5. Saúde da Criança – Políticas Públicas.
I. Título. II. Guareschi, Neuza Maria de Fátima.

CDD: 614.0981

Alessandra Pinto Fagundes
Bibliotecária
CRB10/1244