

Saúde Pública e Saúde Coletiva: condições de emergência no cuidado da saúde da criança

Collective and Public Health: the emergence of public policies for children

Lutiane de Lara; Neuza Maria de Fátima Guareschi; Simone Maria Hüning

URI – Santiago-RS; PPGSI UFRGS; Universidade Federal de Alagoas (UFAL)

RESUMO:

Neste artigo, são problematizadas algumas condições de emergência das políticas públicas de saúde voltadas para a criança, que surgem como uma forma de retomar os regimes de verdade que sustentaram, em diferentes épocas, o cuidado com a saúde da criança. Essas condições de emergência dizem respeito aos modos como a criança se tornou alvo das estratégias de governo das condutas, ou seja, de biopoder. Coloca-se em evidência a construção de uma saúde pública direcionada ao cuidado da criança, bem como os efeitos dessas práticas, para posteriormente problematizar o processo contemporâneo de construção do Sistema Único de Saúde.

Palavras-chave: Saúde Pública da Criança; biopoder; Saúde Coletiva.

ABSTRACT:

In this paper, we have problematized some conditions of emergence of health public policies for children, which appear as a way to resume truth regimes that have supported children's health care along different time periods. This process concerns the ways children have become the target of strategies of conduct governing, i.e. a bio-politics. We have evidenced both the construction of a kind of public health directed towards children care and the effects of these practices, also problematizing the contemporary process of construction of Sistema Único de Saúde.

Key-words: children public health; biopower; collective health.

Introdução

A noção de biopoder 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. O biopoder é um tipo de exercício de poder cujo alvo é o governo das pessoas. O biopoder dá visibilidade para os processos que vinculam práticas de saúde e governo na produção dos sujeitos e, em particular, da criança enquanto tal. Nesse sentido, tomamos 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 se tornam sujeitos.

O processo de emergência das políticas de investimento na vida, um biopoder sobre a vida das crianças, é efeito da construção das estruturas de Estado moderno. 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 (FOUCAULT, 2005).

Inicialmente, entre os séculos XVII e XVIII, o poder baseou-se em estratégias disciplinares, que consistiam em procedimentos e técnicas de racionalização centrados no corpo individual visando a distribuir racionalmente os 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 tecnologia do poder disciplinar age sobre os corpos e rege os indivíduos, vigiando-os, treinando-os, utilizando-os e punindo-os quando necessário (FOUCAULT, 2003). O poder disciplinar desenvolveu-se com força nos colégios, nos quartéis militares, nos espaços hospitalares, nas prisões etc. O colégio tornou-se um aparelho onde as crianças deveriam aprender através da disciplina o conhecimento para tornarem-se adultos produtivos e aptos a cuidarem de si e de sua saúde (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: 74).

A partir da segunda metade do século XVIII, desenvolveu-se outra tecnologia de poder, que não excluía a técnica disciplinar, mas a integrava e modificava. Esse poder não mais atingiria apenas o corpo individual, 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 colocou-se 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, dirigindo-se ao conjunto das pessoas enquanto população. Esta foi governada por processos relativos à vida, como os nascimentos, a mortalidade, o nível da saúde, a duração da vida e a longevidade, submetendo os indivíduos a uma série de intervenções e controles reguladores. Nessa estratégia do poder a vida passou a ser gerida em todos seus âmbitos, garantida, sustentada, reforçada e multiplicada ao longo de todo o 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). Esse poder não impunha suas regras às pessoas, mas utilizava mais táticas do que leis para chegar 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 como ser vivo (FOUCAULT, 2005).

A biopolítica criaria 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: 21).

Desse modo, os sujeitos-criança, a infância, seriam produzidos por esse dispositivo que os infantiliza. O exercício do biopoder estaria voltado para produzir a vida e ditar as características dos sujeitos-criança que, se antes da emergência do Estado moderno eram adultos em miniatura, agora passariam a constituir uma etapa bastante distinta do desenvolvimento humano. Seriam “o outro do adulto”, como uma fase da vida que antecede o momento crucial: a fase adulta. Desta forma, o dispositivo do infantil produzirá a experiência do infantil tomando a noção de adulto como norma e referência, estabelecendo a 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 aquilo por que todos precisam passar e do que têm que se livrar para alcançar a razão: “não seja criança, aja racionalmente”.

Higienismo: saberes sobre a saúde da criança

Em função da importância atribuída à vida, a medicina, como parte das estratégias de biopoder, passaria a ser responsável pelo crescimento e desenvolvimento saudável das crianças, assim como seria responsável pela vida do restante da população. Foucault diz que os motores dessa transformação foram a preservação, a manutenção e a conservação da força de trabalho, o que, em função do crescimento demográfico do século XVIII, exigiu a assimilação das pessoas no 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: 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, organizaram-se em torno do disciplinamento dos corpos e da constituição das intervenções sobre os sujeitos, desdobrando-se 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 perspectiva da população como um problema político direcionaria as estratégias de governo para a família. Esta, por sua vez, passaria a ser alvo de campanhas para diminuição da mortalidade infantil, incentivo ao casamento, vacinações e inoculações – campanhas estas construídas a partir de dados provenientes das estatísticas das regularidades da população (nascimentos, mortes, número de doenças, regularidades de acidentes, etc.) (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 propiciam que as famílias aos poucos se organizem em torno das crianças, atribuindo-lhes importância. Na vida privada da família, a criança 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; 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: 277).

A preocupação com a educação das crianças é considerada por Ariès (1981) um grande acontecimento na construção da noção de infância na 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 e profissões seriam criadas para dar conta dessa nova fase que se definia.

A medicina passou a ter forte influência nos rumos que marcariam as intervenções estatais. 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 sociopolíticas e econômicas que aconteceram no Brasil devido ao desenvolvimento das indústrias, que acarretou um inchaço das cidades. Este aumento acelerado e sem planejamento causou 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, estábulos, 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 baseava-se no positivismo, nas teorias evolucionistas e eugênicas, que compreendiam que a ciência, através de seus conhecimentos, poderia promover o desenvolvimento e a 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” – algo possível com um povo saudável e educado para o trabalho. As teorias evolucionistas influenciaram o 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. As classes pobres, por sua vez, eram tidas como população em que se precisava investir para que se desenvolvessem. “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: 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: 218). As crianças eram exploradas pelas indústrias, que as contratavam com salários inferiores aos dos adultos. Os salários dos meninos eram inferiores aos salários das mulheres adultas. As precárias condições trabalhistas intensificavam-se com as más condições do ambiente de trabalho a que eram expostas as crianças, desde o ar impregnado de partículas nocivas até a alta exposição a acidentes.

Aos poucos, os higienistas foram considerando insalubres e inadequadas as condições de trabalho impostas às crianças. Por consequência, foram denunciando tal situação, principalmente considerando 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). O discurso médico-higienista, ao denunciar as condições de vida das crianças, tornou-se um importante mecanismo de investimento a serviço da vida alicerçado na cientificidade. Salienta-se, nesse sentido, que os efeitos do biopoder não podem ser considerados a partir de uma dinâmica de positivo ou negativo: o biopoder não barra a vida, mas se encarrega dela, intensificando-a e a maximizando; é, portanto, produtivo.

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-la e moralizá-la. Houve toda uma série de investimentos nas características biológicas da população no sentido de potencializá-las, assegurando a sujeição dos corpos para, principalmente, aumentar sua utilidade de acordo com as necessidades do Estado. Uma das consequências 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 seriam definidas 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 a 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 foram inventadas 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: 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. O investimento do saber médico na criança foi uma forma de diminuir a mortalidade infantil através de intervenções de formação moral, física e intelectual das crianças, de maneira 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 inspirada 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 consequência, produtoras de crianças delinquentes e abandonadas. A criação da noção de família desestruturada localizou na família burguesa o modelo de *locus* produtor de indivíduos normais, saudáveis e produtivos. O Estado passou a intervir na criança para conter o abandono e a delinquência como forma de refrear o avanço da imoralidade na sociedade. Estas intervenções visavam a 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 (PASSETTI, 2004).

Nesse contexto, surge outra dicotomização no entendimento da criança: a criança das famílias pobres e “desestruturadas”, que perambulava livremente pelas ruas da cidade e/ou que era identificada como delinquente, ligada a instituições como o presídio, o orfanato e o asilo, passou a ser identificada como “menor”. Já a criança das famílias abastadas e tidas como “normais”, porque seguiam os preceitos morais, passou a ser considerada parâmetro de normalidade infantil, ou seja, a criança (BULCÃO, 2002). Resulta desse modo de subjetivação proveniente da dicotomia família desestruturada/estruturada um sujeito “menor” e outro “criança”. Essa dicotomização legitimaria as práticas de internação (em abrigos, lares, orfanatos) das crianças

provenientes de famílias desestruturadas como uma forma de separá-las dos maus hábitos de suas famílias.

Práticas estatais de cuidado da criança

A criança passa a ser um problema do Estado, precisando 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 para 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. Em 1924, institucionaliza-se a data 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 título de 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 que diz respeito a 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, cujos princípios norteadores eram o racionalismo, a eugenia e o positivismo, foi claramente partidário da construção do enaltecimento de crianças brancas, limpas, sadias, educadas e de famílias estruturadas. A premiação da criança branca e saudável evidencia a eugenia como parâmetro do que deve ser incentivado na sociedade. Dessa forma, dever-se-ia evitar o cruzamento entre diferentes raças, com a separação dessas no contexto social, configurando um racismo de Estado.

Foucault diz que o racismo é um mecanismo fundamental da biopolítica. 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 estabelecer um corte biológico no conjunto da população, permitindo ao poder tratar a população como espécie e, assim, subdividi-la em raças. As teorias racistas associadas às práticas higienistas e eugênicas terão como argumento para o melhoramento da espécie humana o tratamento dos indivíduos degenerados e, em seu limite, a morte dos mesmos.

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. No Brasil, é fruto desse processo a promulgação do primeiro Código de Menores, em 1927, quando pela primeira vez o Estado se responsabiliza pela situação de abandono e se propõe a aplicar corretivos necessários para suprimir o comportamento delinquente das crianças (PASSETTI, 2004).

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. Nesse ano, são criados 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, definiu no texto que: “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).

Portanto, toma-se a criança como objeto de cuidados e garantias especiais por parte do Estado, rompendo com a fronteira entre público e privado. A criança e os

jovens passaram a ser responsabilidade do Estado como estratégia para garantir o futuro do mundo do público.

Saúde da criança e Direitos

Em função dos problemas sociais decorrentes da Segunda Guerra Mundial, a ONU (Organização das Nações Unidas) cria, em 1946, a UNICEF (United Nations International Child Emergency Fund) para socorrer milhares de crianças órfãs 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, considera o homem como um objeto natural, tornando-o sinônimo de direitos inalienáveis à essência do homem. Os direitos humanos privilegiaram um determinado padrão de ser humano e excluíram as demais manifestações de humano (COIMBRA, 2000). A declaração torna o *humano* possuidor de direitos, mas o encerra em um único modo de ser.

Em 1950, em Assembleia 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”, e esta passa a ser considerada, pela primeira vez na história, prioridade absoluta e sujeito de direitos em nível mundial. Na mesma esteira da “Declaração Universal dos Direitos Humanos”, a declaração dos direitos das crianças está calcada num modelo universalizante de infância, que considera determinados 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 no Brasil com o pretexto de acabar com as influências comunistas e com a corrupção. 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, com a censura, as informações sobre a saúde da população não podiam ser veiculadas.

Também em decorrência dos problemas sociais da Segunda Guerra e da instauração da Guerra Fria, foram criadas a Doutrina de Segurança Nacional (DSN) e a proposta de Desenvolvimento da Comunidade (DC) durante a ditadura militar no Brasil. A DSN e a DC foram base para a criação do projeto Casulo, primeiro programa de

educação infantil de massa implantado pela Legião Brasileira de Assistência, em 1977. A tese que sustentou a DSN e o DC esteve ligada à escolha do Brasil por este se aliar aos países do Ocidente, ser cristão e democrático, em contraposição ao 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, ou seja, uma forma de prevenir o destino de pobreza que estaria reservado às crianças. Os problemas sociais existentes foram atribuídos à não-adesão de regiões e de populações desintegradas do processo nacional de desenvolvimento.

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. Em 1983, a Divisão Nacional Materno Infantil (DINSAMI) elaborou o Programa de Assistência Integral da Mulher e da Criança (PAISMC) com o objetivo de reduzir a mortalidade materna e infantil, incrementando a cobertura e a capacidade resolutive da rede pública de serviços de saúde do país. Posteriormente, houve a separação do programa da mulher, passando, então, a ser denominado Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC) – hoje Núcleo de Atenção Integral à Saúde da Criança (NAISC). 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 quinquenal (1987/1991), prevendo a erradicação da paralisia infantil no país até 1990.

A saúde da criança, em meados da década de 1980, atingiria um nível de aperfeiçoamento das práticas de cuidado destinadas às criança que estava associado a um conjunto de leis, regulamentos e lógicas de intervenção para garantir o desenvolvimento do capitalismo. A base para isso eram práticas que reforçavam um modo de ser criança que universalizava a infância como efeito de uma tecnologia política. Tal tecnologia toma os traços biológicos da população como elementos da gestão do Estado e dos indivíduos – a biopolítica.

A criança da saúde pública é aquela que precisa ser investida de práticas para que se atinja um fim determinado – tornar-se o adulto produtivo e saneado. A saúde pública, nesse sentido, organizou-se 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 (BIRMAN, 1991). 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 polos: um globalizador e quantitativo, que concerniu à população, e outro analítico, que concerniu ao indivíduo (FOUCAULT, 1995).

A partir disso, na modernidade, a saúde pública se constrói por um conjunto de práticas que enunciam “a verdade” do sujeito-criança e o ligam a uma determinada identidade. Produz-se, dessa maneira, o sujeito infantil, ao mesmo tempo em que se 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 se devem receber maiores cuidados, porque essa fase é importante para a garantia de um futuro saudável da criança e, em última instância, da sociedade. O modo de subjetivação da criança caminha, portanto, em direção à produção de um sujeito de direito. Desta forma, a criança passou 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 país 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 investiam 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. Oferecer os melhores níveis de saúde passou a ser a mais importante meta social 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.

No mesmo viés da proposta de saúde da Alma-Ata, foi formado um movimento chamado de medicina integral, que intensificou a crítica à prática médica privatista,

universalizante e biológico-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 em aceitar práticas que consideram apenas o aparelho ou sistema biológico e o foco centrado na doença. Nos anos 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, criam-se a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO) e o Centro Brasileiro de Estudos da Saúde (CEBES). Esses movimentos deram subsídio para o desenvolvimento da reforma sanitária, que formulou críticas à medicalização da sociedade, 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 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 de saberes 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).

Na perspectiva da saúde coletiva, 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. 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.

Os direitos da criança foram estabelecidos e reafirmados com a criação do Estatuto da Criança e do Adolescente (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 lhe atribui todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana. 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).

O processo de construção do SUS, como modelo crítico da saúde pública e próximo dos conhecimentos produzidos pelo campo da saúde coletiva, realiza críticas ao conceito de saúde utilizado pela saúde pública. Portanto, a saúde coletiva, como um campo de conhecimento e de práticas, contribui para recolocar a saúde como um problema a ser reconhecido e que necessita de intervenções e políticas públicas que deem 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.

As crianças, neste sentido, passaram a possuir 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. 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 priorizam 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.

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: 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.

A saúde da criança recebe o recém-nascido numa rede de cuidados e de atenção à saúde que o vai aos poucos 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 constituindo e atribuindo características a essas crianças recém-chegadas, tanto em relação ao que seus corpos evidenciam quanto à inscrição destas em determinada família, país, cidade e meio social.

A saúde coletiva, como movimento de crítica à 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 procura abarcar diferentes modos de manifestação de como ser humano. A saúde pública e a saúde coletiva são baseadas em noções antagônicas de humano, o que acaba repercutindo numa disputa de racionalidades no campo da saúde da criança.

Portanto, não podemos naturalizar os cuidados que direcionamos a nós mesmos; 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 verdade em torno da criança e de técnicas para produzi-la que acaba por instituir práticas que constituem e transformam a experiência de si. Ao se conhecerem 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 mesmas.

Assim, os cuidados à saúde da criança produzem saberes e práticas que não necessariamente abarcam as diferentes formas possíveis de as crianças construírem-se como sujeitos, mas podem 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 rígidos – os cuidados precisam ser entendidos numa dinâmica flexível que necessita estar em constante modificação. Isso não necessariamente implica 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 e ela está imersa em 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.

A construção do SUS pode ser uma condição de abertura à multiplicidade de produção de sujeitos com base em práticas de governo mais plurais, o que pode configurar uma crítica ao governo operado pelas políticas de saúde direcionadas às crianças. É preciso que estejamos sempre atentos às práticas que congelam a existência em noções rígidas de como lidar com nós mesmos.

Essa amplitude de práticas que a saúde coletiva possibilita não desconsidera que as práticas de saúde da criança sejam 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 as 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 saúde da criança, 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 em 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 (FOUCAULT, 2005).

Referências:

- ALMA ATA. 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, Philippe. *História Social da Criança e da Família*. Rio de Janeiro: LTC, 1981
- BIRMAN, Joel. A Physis da Saúde Coletiva. *Physis – Revista de Saúde Coletiva*, 1(1), 7-12, 1991
- BRASIL. *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. *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. 1988 Recuperado em 29 de janeiro de 2009, de www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm.
- BULCÃO, Irene. A produção de infâncias desiguais: uma viagem na gênese dos conceitos “criança” e “menor”. In Nascimento, Maria Lívia do (org). *Pivetes: a produção de infâncias desiguais* (61-73). Niterói: Intertexto; Rio de Janeiro: Oficina do Autor, 2002
- BULCÃO, Irene; Nascimento, Maria Lívia do. O Estado protetor e a “proteção por proximidade”. In Nascimento, Maria Lívia do (org). *Pivetes: a produção de infâncias desiguais* (52-60). Niterói: Intertexto; Rio de Janeiro: Oficina do Autor, 2002
- COIMBRA, Cecília Maria Bouças. Psicologia, Direitos Humanos e Neoliberalismo. *Revista Psicologia Política da Sociedade Brasileira de Psicologia Política*, 1(1), 139-148, 2000
- CORAZZA, Sandra Mara. *História da infância sem fim*. Ijuí: Editora UNIJUÍ, 2000
- COSTA, Jurandir Freire. *Ordem médica e norma familiar* (5a ed). Rio de Janeiro: Edições Graal, 2004
- FOUCAULT, Michel. Michel Foucault entrevistado por Hubert L. Dreyfus e Paul Rabinow. In Dreyfus, Hubert L.; Rabinow, Paul. *Michel Foucault: uma trajetória filosófica: (para além do estruturalismo e da hermenêutica)* (251-90). Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995
- FOUCAULT, Michel. *História da sexualidade I: a vontade de saber*. São Paulo: Edições Graal, 2003
- FOUCAULT, Michel. *Vigiar e punir: história da violência nas prisões*. Petrópolis: Vozes, 2004
- FOUCAULT, Michel. 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, 2005
- FOUCAULT, Michel. A governamentalidade. In Foucault, Michel. *1926-1984. Estratégia, poder-saber* (282-305). Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006
- KOHAN, Walter O. *Infância. Entre educação e filosofia*. Belo Horizonte: Autêntica, 2003

- LARROSA, J. Tecnologias do Eu e Educação. In Silva, T. T. (Org.). *O Sujeito da Educação: Estudos Foucaultianos* (35-86). Petrópolis: Vozes, 1994
- LEI n 8.069, de 13 de julho de 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, Lilia. A criança anormal no Brasil: uma história genealógica. In Rizzini, Irene (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, 2000
- MATTOS, Ruben Araujo de. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In Pinheiro, Roseni; Mattos, Ruben Araujo de (orgs). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde* (39-64). Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2001
- MERHY, E. E. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo* (2a ed.). São Paulo: Hucitec, 2002
- MOURA, Esmeralda Blanco Bolsonaro de. Crianças operárias na recém-industrializada São Paulo. In Del Priori, Mary (org). *História das crianças no Brasil* (259-288). São Paulo: Contexto, 2004
- PAIM, Jairnilson Silva; Almeida Filho, Naomar da. *A crise da saúde pública e a utopia da saúde coletiva*. Salvador: Casa da Qualidade Editora, 2000
- PASSETTI, Edson. Crianças carentes e políticas públicas. In Del Priori, Mary (org). *História das crianças no Brasil* (347-375). São Paulo: Contexto, 2004
- RIZZINI, Irene. *O século perdido: raízes históricas das políticas públicas para a infância no Brasil*. São Paulo: Cortez, 2008
- ROSE, Nikolas. Como se deve fazer a história do eu? *Educação & Realidade*, 26 (1), 33-55. 2001
- WADSWORTH, James E. Moncorvo Filho e o problema da infância: modelos institucionais e ideológicos da assistência à infância no Brasil. *Revista Brasileira de História*, 19 (37), 1999

Lutiane de Lara, Mestre em Psicologia PPGP-PUCRS, Professora da URI-Santiago -RS
E-mail: lutianelara@yahoo.com.br

Neuza Maria de Fátima Guareschi - Professora pesquisadora PPGSI-UFRGS.
Coordenadora do Grupo de Pesquisa Estudos Culturais e Modos de Subjetivação

Simone Maria Hüning, Doutora em Psicologia PPGP PUCRS. Professora UFAL