

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
FACULDADE DE EDUCAÇÃO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO

MELISSA HICKMANN MÜLLER

**CUIDE DO SEU BEBÊ DO NOSSO JEITO:**  
*A CADERNETA DE SAÚDE DA CRIANÇA ou sobre um MODO de FAZER VIVER as*  
*CRIANÇAS e se EDUCAR as FAMÍLIAS.*

Porto Alegre  
2011

Melissa Hickmann Müller

**CUIDE DO SEU BEBÊ DO NOSSO JEITO:**  
*A CADERNETA DE SAÚDE DA CRIANÇA ou sobre UM MODO de FAZER VIVER*  
*as CRIANÇAS e se EDUCAR as FAMÍLIAS.*

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação da Faculdade de Educação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, para obtenção do título de Mestre em Educação.

Orientadora:  
Prof<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Leni Vieira Dornelles

Linha de Pesquisa: Estudo sobre Infâncias.

Porto Alegre  
2011

#### CIP - Catalogação na Publicação

Müller, Melissa Hickmann

CUIDE DO SEU BEBÊ DO NOSSO JEITO: A Caderneta de Saúde da Criança ou sobre um modo de Fazer Viver as Crianças e se Educar as Famílias / Melissa Hickmann Müller. -- 2011.

91 f.

Orientadora: Leni Vieira Dornelles.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Educação, Programa de Pós-Graduação em Educação, Porto Alegre, BR-RS, 2011.

1. Infâncias. 2. Famílias. 3. Políticas públicas. 4. Educação e saúde. 5. Caderneta de Saúde da Criança. I. Dornelles, Leni Vieira, orient. II. Título.

Melissa Hickmann Müller

**CUIDE DO SEU BEBÊ DO NOSSO JEITO:**

*A Caderneta de Saúde da Criança ou Sobre um Modo de Fazer Viver as Crianças e se Educar as Famílias.*

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação da Faculdade de Educação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, para obtenção do título de Mestre em Educação.

Aprovada em 29 de agosto de 2011.

Orientadora:

---

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Leni Vieira Dornelles

Banca Examinadora:

---

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Mariene Jaeger Riffel

---

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Nair Iracema Silveira dos Santos

---

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Susana Vieira da Cunha Rangel

## **AGRADECIMENTOS**

Chegar ao fim desta escrita provoca, em mim, uma mistura de sentimentos, muito desejo de alcançar este momento e, ao mesmo tempo, o necessário finalizar... Representa o caminho que percorri, as leituras, a pesquisa, a escrita, enfim, investimento de vida. Expressa encontrar-me comigo mesma, responsabilizar-me, colocar-me. Mostra-me. Com toda a intensidade que isto significa! Os que leem este trabalho encontrarão partes do meu corpo-pensamento, escritos e inscritos.

Assim, esta produção só se fez possível pelas parcerias intelectuais e afetivas que se estabeleceram ao longo do caminho. Assim quero agradecer a estas pessoas que estiveram comigo:

À querida Professora Leni, minha orientadora, que confiou no meu trabalho, pela sua aposta, possibilidade de conhecimento e desafio.

As professoras da Banca Avaliadora deste trabalho, Susana, Mariene e Nair, que abriram tantas janelas para a escrita.

Ao meu pai, à minha mãe e ao meu irmão, que estiveram presentes e acompanharam meu trajeto com paciência e incentivo.

Aos colegas de orientação, que dividiram comigo muitos bons momentos desde que nos encontramos. Aos colegas de trabalho, tanto da Secretaria Municipal de Educação de São Leopoldo, como do EDUCAS que foram parceiros, contribuindo muito em vários momentos.

Ao Edu, que ficou ao meu lado, me apoiando, se interessando ou apenas me ouvindo: obrigada por compreender as escolhas que tenho feito e podermos conviver.

## RESUMO

Esta Dissertação dedicou-se a problematizar as políticas governamentais do campo da saúde, as quais tomam como campo de intervenção a criança e a família. Desta forma, realiza uma análise do documento denominado Caderneta de Saúde da Criança. A construção da pesquisa e a formulação das indagações desta Dissertação de Mestrado buscaram sustentação teórica nos estudos realizados por Michel Foucault e/ou outros autores que trabalham dentro de uma perspectiva do pós-estruturalismo, bem como se inscreve dentro da Linha de Pesquisa Estudos sobre Infâncias. Buscando problematizar alguns dos enunciados sobre a saúde, educação e direitos da criança presentes no material de investigação desta Dissertação, a pesquisa objetivou analisar como tais políticas se tornam produtoras de verdades, configurando identidades tanto sobre infâncias quanto sobre suas famílias, por meio de múltiplos discursos. Através deste estudo, percebeu-se que tais discursividades, presentes na Caderneta de Saúde da Criança, podem ser compreendidas como ações de educação da família quanto ao manejo com a criança, de forma a garantir que esta administração sobre suas vidas constitua-se em um modo de 'fazer viver' essa criança, investindo efetivamente em seu cuidado, gerência e proteção.

Palavras-chaves: Infâncias. Famílias. Políticas públicas. Educação e saúde. Caderneta de Saúde da Criança

## ABSTRACT

This Dissertation aims at problematizing government policies in the health field that take both the family and their children as a field for intervention. It carries out the analysis of a document called Child Health Card. The theoretical support for both the construction of this research and the formulation of questions of this Master's Dissertation are the studies by Michel Foucault and or other authors that work from the post-structuralist perspective. This work is linked to the Research Line called Studies of Childhoods. In an attempt to problematize some utterances about children's health, education and rights that are found in the investigation material of this Dissertation, the aim is to analyze how such policies have become truth producers, shaping identities of childhoods and families by means of multiple discourses. Through this study, one may notice that the discursivities found in the Child Health Card may be understood as actions for family education as to their ways of dealing with children, so as to make sure that this management of their lives becomes a way of "making these children live" by effectively investing in their care, management and protection.

Key Words: Childhoods. Families. Public policies. Education and health. Child Health Card.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Diferentes Impressos do Ministério da Saúde sobre a Saúde da Criança ....	16
Figura 2 - Capa da Caderneta de Saúde da Criança .....	17
Figura 3 - Gráficos da Caderneta de Saúde da Criança .....	19
Figura 4 - Imagens da Caderneta de Saúde da Criança .....	21
Figura 5 - Imagem da Caderneta de Saúde da Criança .....	22
Figura 6 - Imagem da Caderneta de Saúde da Criança .....	22
Figura 7- Capas das Cadernetas de Saúde da Criança em vigência .....	23
Figura 8 – Capa da Caderneta de Saúde da Criança .....	32
Figura 9 – Imagem da Caderneta de Saúde da Criança .....	49
Figura 10 – Imagem da Caderneta de Saúde da Criança .....	52
Figura 11– Imagem da Caderneta de Saúde da Criança .....	52
Figura 12- Imagens da Caderneta de Saúde da Criança .....	54
Figura 13 – Imagens da Caderneta de Saúde da Criança .....	57



## SUMÁRIO

<b>1 A PRIMEIRA DOSE</b> .....	8
<b>2 CONHECENDO A CADERNETA DE SAÚDE DA CRIANÇA</b> .....	16
2.1 A CADERNETA DE SAÚDE DA CRIANÇA DENTRO DO CENÁRIO DAS POLÍTICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA.....	23
2.2 O DISCURSO DA INTEGRALIDADE EM SAÚDE .....	29
<b>3 O PASSAPORTE PARA UMA VIAGEM: A CRIANÇA COMO CIDADÃ</b> .....	32
<b>4 A QUADRICULAÇÃO DO CORPO INFANTIL: VIGIANDO O DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA</b> .....	37
<b>5 A FAMÍLIA E O GOVERNO DOS INFANTIS</b> .....	44
5.1 A “FAMÍLIA-MÃE” .....	47
5.2 CENÁRIOS DE FAMÍLIAS .....	55
<b>6 HIGIENIZANDO O CORPO PARA GERENCIAR O RISCO</b> .....	59
6.1 A ALIANÇA FAMÍLIA E ESPECIALISTA NOS CUIDADOS A CRIANÇA.....	62
6.2 DO USO DO SAL À TROCA DAS FRALDAS: A PRODUÇÃO DO RISCO .....	67
<b>7 AS NOTAS DA MINHA CADERNETA</b> .....	74
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	77
<b>ANEXO</b> .....	86
<b>ANEXO A – Portaria nº 1058/ GM</b> .....	86
<b>ANEXO B – Portaria nº 964/ GM</b> .....	87
<b>ANEXO C – Resolução MERCOSUL/GMC nº 04/05</b> .....	88

## 1. A PRIMEIRA DOSE

Esta dissertação começa muito antes da notícia de aprovação da seleção de Mestrado desta Universidade. Acredito que nossa escrita tem sempre uma história que se entrecruza com a nossa própria história de vida. Sempre falamos de um lugar, do lugar de onde nosso olhar alcança para pensar, dizer/escrever e problematizar as verdades que são possíveis de serem percebidas naquele recorte de tempo-vida.

Do meu lugar de psicóloga<sup>1</sup> que sempre esteve mergulhada nas questões que atravessam a escola, juntamente como minha trajetória de professora de educação infantil<sup>2</sup>, é que vai sendo gestada esta cria. Em face destas diferentes identidades por mim ocupadas, e que me produzem como professora-psicóloga-pesquisadora, é que me proponho a falar de infâncias e famílias. Infâncias que inquietam, desassossegam, e que nos escapam<sup>3</sup>. Foram necessárias algumas rupturas, não como as que rompem e que nos impedem de ficar à face, mas como fissuras, pequenas rachaduras nas certezas do conhecimento. Era na certeza do desenvolvimento de uma infância linear e estável, onde os desvios que se apresentassem ao longo do percurso deviam ser corrigidos, que este campo de saber *psi*<sup>4</sup> se propunha. Dois autores, Nardi e Silva (2004), nos lembram de que esta tendência adaptacionista na invenção da psicologia científica sublinhou um dos principais efeitos políticos deste campo, que é o aperfeiçoamento das técnicas de investimento do poder, a partir da modelização da experiência subjetiva em termos do que é considerado norma ou desvio, modelos de normalidade e anormalidade.

---

<sup>1</sup> Trabalho atualmente como Psicóloga em um Programa da Universidade do Vale do Rio dos Sinos denominado EDUCAS – Programa de Educação e Ação Social. Este Programa tem como foco de intervenção o trabalho com crianças narradas como não aprendentes e/ou com dificuldades de aprendizagem.

<sup>2</sup> Atuei como professora de educação infantil da rede municipal de São Leopoldo de 2001 até 2005. Atualmente, componho a Diretoria Pedagógica da Secretaria Municipal de Educação deste município, realizando o trabalho de supervisão das escolas municipais de educação infantil.

<sup>3</sup> Utilizo-me do termo infâncias que escapam fazendo uma alusão à discussão em torno das infâncias presente no livro “Infâncias que nos escapam: criança na rua à criança cyber”, da autora Leni Vieira Dornelles.

<sup>4</sup> Tomo aqui o campo de saber *psi* como um conjunto de saberes/verdades/práticas que compõem este campo (psicologia, psiquiatria, psicopedagogia) e que constituem modos de atuação profissional.

Assim, as discussões que questionavam o lugar normatizador e normalizador<sup>5</sup> da psicologia foram por mim sendo tomadas. Na busca de padrões de comportamento que perfizessem uma média sob a qual os sujeitos deviam estar inseridos, enquanto uma normatização, assim como pela normalização, que buscava garantir trazer esses sujeitos desviantes a padrões, para, enfim estarem submetidos a efeitos dos discursos da psicologia.

A partir destas problematizações buscava, após o final da graduação, em 2006, um espaço para discutir as discontinuidades desses pensamentos na relação com o campo da educação. Foi quando do ingresso no Curso de Especialização em Educação Infantil desta Universidade. Posso apontar este momento como um marco. Ao aproximar-me dos estudos sobre as infâncias, através do ingresso nesta Especialização, percorri caminhos incertos, porém tão provocadores que se transformaram num desafio fascinante. Com alguns professores do curso, pude pensar a infância e sua multiplicidade de possibilidades. Encontrei-me, novamente, com os estudos pós-estruturalistas, que tanto me acionam afetos e inquietações.

Assim, foi sendo tramada a construção desta Dissertação de Mestrado, no meu desafio de pensar, escrever e viver outras infâncias. Nesse caminho, tornou-se imprescindível o entendimento da existência polifônica dos infantis e a multiplicidade de infâncias presentes em espaços e tempos diferentes, divergentes e semelhantes, diferentemente do que nos indica a modernidade. Isso suscitou um questionamento: “Chega-se ao fim da infância ou se vive um borramento, um apagamento da infância moderna, da infância que a cada momento nos escapa? [...] É preciso que pelo menos se leve em consideração que existem muitas outras infâncias”. (DORNELLES, 2005, p.71).

Desta forma, entendo também como a autora, que os sujeitos são múltiplos e inventados, são produtos sociais e históricos. Ao universalizar e naturalizar apenas um tipo de infância, deixa-se de lado suas diferenças.

Interessou-me pensar e pesquisar este tema utilizando-me dos pensamentos por Michel Foucault e/ou outros autores que trabalham na perspectiva do pós-estruturalismo, por percebê-los como indispensáveis para o tipo de análise que realizei. Busco, também, aproximar-me das políticas governamentais do campo da

---

<sup>5</sup> Os conceitos normalização e normatização podem ser acessados no material: FONSECA, Marcio Alves “Normalização e direito” (2000).

saúde, que tomam como mote de intervenção a criança e a família. Além dos já citados, Foucault e Dornelles, entram em cena ao longo do trabalho outros autores como: Bujes (2002), Corazza (2000), Hickmann (2008) Veiga-Neto (2007) e Felipe (2000).

Percebo que, cada vez mais na contemporaneidade, tem havido um grande investimento na família, através de políticas e programas do Governo Federal, os quais, a partir de várias ações, buscam gerenciá-la de forma direta ou indireta. Trabalhos realizados neste Programa de Pós-graduação em Educação, como os de Klein<sup>6</sup> (2003), Meyer<sup>7</sup> (2000), Riffel<sup>8</sup> (2005), analisam algumas políticas governamentais e, também, dão indícios de que é preciso atentar-se para a variedade e multiplicidade de ações que incidem sobre a população infantil, nas quais o controle sobre o comportamento da criança é alvo de investimentos. Tais recorrências são extremamente relevantes. Nesse ponto, Foucault (2006) é cogente, para pensarmos os apontamentos levantados, quando informa que é preciso agir diretamente sobre a população, gerenciando a vida dos indivíduos; a família por sua vez, torna-se então um instrumento para governo das populações.

Segundo Dornelles (2005), quando se age sobre os infantis, se exerce maior poder sobre suas vidas e, para melhor conduzi-los, é necessário que se saiba mais sobre eles. Dessa forma, torna-se relevante estudá-los nas minúcias. Esta constatação conecta-se e estende-se, também, para os discursos sobre família. Cabe citar que algumas políticas que tomam como endereçamento a família, ou fazem uma interlocução com esta instituição, são, por exemplo, Bolsa Família, Rede Cegonha, Campanhas de Vacinação, Campanha de Aleitamento Materno, Programa Mais Educação, Programa Saúde na Escola<sup>9</sup>.

Podem-se relacionar tais ações e políticas com o que Foucault (2008) chama de dispositivos de segurança. A segurança que tem como função apoiar-se nos detalhes que não serão valorizados como bons ou ruins em si, mas sim, vão ser tomados como processos necessários e inevitáveis. “A finalidade do governo está nas coisas que ele dirige, deve ser buscada na perfeição, na maximização ou na

---

<sup>6</sup> Klein (2003) analisa o programa governamental Bolsa Escola.

<sup>7</sup> Meyer (2000) faz análise dos materiais do Programa Nacional de incentivo ao aleitamento materno (PNIAM).

<sup>8</sup> Riffel (2005), ao analisar documentos do Ministério da Saúde sobre a política de humanização do parto, contribui para pesquisas que elegem, como objeto de análise, programas governamentais.

<sup>9</sup> Para mais informações sobre as políticas citadas - tanto do Ministério da Educação como do Ministério da Saúde - do Governo Federal, podem ser consultadas as *home pages* de tais Ministérios.

intensificação dos processos que dirige, e os instrumentos do governo, em vez de serem leis vão ser diversas táticas” (FOUCAULT, 2008, p.132). Opera nos corpos e na vida, funciona e produz verdades, objetiva e subjetiva os sujeitos, de tal forma que os infantis não escapam disto. Cabe ressaltar, segundo Veiga-Neto (2007, p. 62) que ”mesmo estudando minuciosamente o funcionamento do poder, a rigor esse não é o objeto de Foucault, o poder entra em pauta como um operador capaz de explicar como nos subjetivamos imersos em suas redes”.

Nesse contexto, esta Dissertação examina os discursos sobre famílias que são tramados na rede discursiva da Caderneta de Saúde da Criança. A problematização de alguns enunciados sobre a saúde da criança levou à análise de como tais políticas se tornam produtoras de verdades, configurando significados tanto sobre infâncias quanto sobre suas famílias, por meio de múltiplos discursos. É enfatizado, por Bujes (2005), que os significados não estão dados para sempre, sendo passageiros por serem constituídos por uma trama cotidiana da história. Assim, os “significados não correspondem a uma qualidade essencial do objeto que temos que desvelar; a essência das coisas nada mais é do que uma invenção humana” (BUJES, 2005, p. 186). Contudo, não se pode perder de vista que esta gestão sobre a vida de família e crianças descritas nesses documentos é um modo de fazer viver, como nos lembra Foucault (2002).

Debruçada sobre este problema de pesquisa, retomo neste trabalho a noção de família “desajustada”, visto que esta emerge da noção de família nuclear burguesa. Esse modelo nuclear familiar, em muitas situações, não corresponde aos diversos modos de ser família que encontramos na contemporaneidade, daí a ideia de desajuste: este afastamento e distanciamento entre um modelo tido como “ideal familiar” e as famílias que temos, como enfatiza Fonseca (2004) ao dizer que:

O fato da família nuclear assumir tal importância em determinadas circunstâncias históricas não significa que seja ‘natural’, muito menos ‘universal’. Pelo contrário torna-se evidente que a tão prezada noção de família nuclear é uma construção social que imaginamos como universal, justamente, porque faz sentido em nosso contexto histórico (FONSECA, 2004, p.188).

Percebo, então, que família vem sendo produzida pelos inúmeros discursos que a atravessam e por estratégias para governá-la. Da mesma forma, dentro dessa lógica de produção de sentidos sobre a família, vai se compondo um sujeito infantil, a quem se precisa garantir que não represente um risco. Para tanto, é necessário

gerenciar esta família e ensiná-la a como se ocupar da “sua criança”, de tal modo que possa ser entendida como um instrumento de segurança. Para que a criança seja protegida, é necessário que se fabrique uma família que proteja sua criança. Ensiná-la de forma a constituir algum modo de ‘fazer viver’ esse infantil. Daí porque se investe tanto naqueles que deverão cuidá-la, o que nos lembra Giddens (2002): se inventa em torno dela um “casulo protetor”, contra as ameaças que passam pela sua saúde física e moral e os perigos futuros, caso não se venha a efetivamente investir em seu cuidado e proteção.

Ao descrever e problematizar os múltiplos discursos de verdade que produzem crianças e famílias nos programas governamentais citados anteriormente, tomei a Caderneta de Saúde da Criança enquanto material empírico para esta pesquisa. A razão dessa escolha se deu por dois motivos. O primeiro, por considerar a Caderneta de Saúde da Criança um potente instrumento de subjetivação oferecido a todas as crianças brasileiras antes de saírem da maternidade, ou por ocasião da primeira consulta na unidade de saúde. O segundo motivo da escolha é por seu ineditismo de análise acadêmica.

Nesse documento são apresentadas várias práticas “adequadas” para a família alimentar, educar, cuidar, higienizar seu filho. Há, ainda, várias informações a serem seguidas pelas famílias para tornar o ambiente da criança mais saudável, ensinando a cuidar do bebê desde seus primeiros dias de vida e sugestões sobre o que a família deve atentar ao acompanhar o desenvolvimento da criança. Aqui, cabe lembrar que, segundo Foucault (2008), a família é percebida como parte no interior de uma população e como elemento imprescindível para que esta população seja governada. Dessa forma, ela se torna instrumento privilegiado para o governo das populações e não modelo ideal/imaginário para o bom governo.

Venho estudando que os discursos sobre a família circulam e se conectam com outros discursos, também atravessados por narrativas que adquirem estatuto de verdade na medida em que são apresentados em um “documento oficial”. Sobre a constituição destes regimes de verdade Marshall (2008) faz uso de Foucault mostrando que este não está preocupado com um tipo particular de verdade, mas está, sim, interessado nos regimes de discurso/prática, ou poder/saber, que permitem que afirmações possam ser empregadas como verdadeiras, ou seja, adquiram estatuto de verdade.

Problematizando essas informações, busquei perceber se esse documento

poderia estar propondo um modo de regulação da maneira como os pais e relacionam e convivem com seus filhos. Ou ainda, em que medida os discursos que circulam na Caderneta de Saúde da Criança constituem modos de governar famílias e corpos infantis, gerenciando o risco. Atenta às insistências, recorrências, invizibilidades, fortalecimentos e descontinuidades presentes nos enunciados da Caderneta de Saúde da Criança é que busquei realizar os tensionamentos desta pesquisa e questionar-me se os saberes e poderes instauravam um lugar autorizado para o especialista orientar a família a adotar comportamentos que garantiriam a infância saudável.

Percebi, então, que na Caderneta de Saúde da Criança a família se constitui como responsável/colaboradora no processo vigilante do desenvolvimento das crianças, tornando-se, dessa forma, um modo econômico de gerenciamento de risco e de governo. Marshall (2008, p.29) mostra como “a governamentalidade está dirigida a assegurar a correta distribuição das “coisas” de forma a levar a um fim conveniente para cada uma das coisas que devem ser governadas”. Nessa ordem discursiva, a família:

Não é mais um modelo; é um segmento, um segmento simplesmente privilegiado porque, quando se quiser obter alguma coisa da população quanto ao comportamento sexual, quanto a demografia, ao número de filhos, quanto ao consumo, é pela família que se terá que efetivamente de passar (FOUCAULT, 2008, p. 139).

No conjunto dessa família, as crianças são alvos privilegiados das operações que administram corpos e visam à gestão calculista: tornam-se objeto de operações políticas, de intervenções econômicas, de campanhas ideológicas de moralização e de educação, de uma intervenção calculada (BUJES, 2000). Assim, o corpo do infantil é submetido e investido de diferentes cuidados e regulações, para que possa constituir-se enquanto um corpo econômico e produtivo. Coloca-se em funcionamento um montante de tecnologias que têm a intenção de objetivá-lo enquanto corpo saudável; mecanismos de segurança que operam estratégias de controle, com práticas cujo efeito potente objetivam e subjetivam. Ou seja, o sujeito é transformado em objeto para que possa ser investido e, simultaneamente, subjetivado por tais investimentos.

Mais um conceito acionado nesse momento: o de governamentalidade. Segundo Foucault (2008), o termo deve ser compreendido como um conjunto de instituições, procedimentos, táticas, análises e reflexões que permitem exercer uma

forma bem específica e complexa de poder, o qual tem como alvo principal a população, que toma como instrumento técnico essencial os dispositivos de segurança e como principal forma de saber a economia política.

Assim, entendo que a Caderneta de Saúde da Criança vem para propor suas ações, para “dispor as coisas, isto é, utilizar mais táticas do que lei, ou utilizar ao máximo a leis como táticas. Fazer por vários meios, com que determinados fins possam ser atingidos” (FOUCAULT, 2006c, p. 293).

Portanto, dispor leis que regem a vida de famílias e crianças regulamentando, esquadrinhando e enlaçando os assuntos da esfera da saúde e família, tece uma verdadeira rede discursiva que, em seu dinamismo, se complementa e interdepende, afetando e sendo afetado. Bujes (2005) declara que é necessário discutir sobre os “modos de funcionamento do poder: as suas estratégias, os seus mecanismos, as suas táticas, as tecnologias que engendra, as aliança que celebra, os arranjos sutis que faz funcionar” (BUJES, 2005, p. 91).

Quero salientar que não cabe à pesquisa, dentro da perspectiva na qual me insiro, avaliar se estes investimentos são bons ou ruins, imprimindo-os de juízo de valor. Cabe, sim, analisar o que tais discursividades engendram e como são inventadas suas verdades. Conectados a estes discursos, descrevo os efeitos pretendidos na produção dos modos de ser sujeito, nos jeitos de ser família e infância na Caderneta de Saúde da Criança. Desse modo, as análises aqui apresentadas não têm a intenção de eleger, ou apontar, o que é mais correto, ou o caminho mais seguro para as práticas apresentadas pela Caderneta, mas, sim, analisar como o poder nelas se engendra e as faz funcionar.

Nesse sentido, para a realização desta investigação, tomei tanto as imagens como as proposições escritas na Caderneta de Saúde da Criança como textos, como um conjunto de enunciados buscando neles seus discursos. Como adverte Fischer (2001), os discursos devem ser entendidos como “acontecimento, como algo que irrompe num certo tempo e em certo lugar” (FISCHER, 2001, p. 202), sendo esse emaranhado de enunciados pertencentes a certa formação discursiva. Torna-se importante pensar o discurso com o cuidado de:

[...] desprender-se de um longo e eficaz aprendizado que ainda nos faz olhar os discursos apenas como um conjunto de signos, como significantes que se referem a determinados conteúdos, carregando tal ou qual significado, quase sempre oculto, dissimulado, distorcido, intencionalmente deturpado, cheio de reais intenções, conteúdos e representações, escondidos nos e pelos textos, não imediatamente



visíveis. É como se no interior de cada discurso, ou num tempo anterior a ele, se pudesse encontrar, intocada, a verdade, desperta então pelo estudioso (FISCHER, 2001, p. 198).

Face ao exposto, apresento brevemente os sete capítulos desta Dissertação. No capítulo *Conhecendo a Caderneta de Saúde da Criança*, apresento, de forma detalhada, o material empírico que serviu para análise deste trabalho. Ainda neste capítulo, a Caderneta é apresentada dentro do cenário das políticas públicas de atenção à saúde da criança e sua interface com o discurso de integralidade em saúde.

Com o título *O Passaporte para uma Viagem: A Criança como Cidadã*, o capítulo problematiza as questões relacionadas à infância de direitos e à idealização da Caderneta de Saúde da Criança como garantia para que esse infantil seja produzido como cidadão, com direitos à assistência e à proteção.

Já no capítulo *A Quadriculação do Corpo Infantil: Vigiar o Desenvolvimento da Criança*, busco, problematizar, apoiada nos discursos da psicologia do desenvolvimento, as narrativas que são majoritariamente construídas sob esta égide, presentes na Caderneta de Saúde da Criança.

No capítulo *A Família e o Governo dos infantis*, trago para discussão o tema da família e os modos como esta vem se constituindo até a contemporaneidade, bem como seu caráter histórico-descontínuo. Alguns autores são cruciais para essa intenção, como é o caso de Donzelot (2001) e Costa (1989), que apontam, em suas obras, como a família, ao longo da história, pode ser percebida um tanto quanto nociva para os infantis, precisando ser policiada e/ou higienizada. Em muitos momentos, a família “desajustada” é vista como um risco para o desenvolvimento da criança e é necessário que esta seja normatizada para que possa ser normalizada.

Em *Higienizando o Corpo para Gerenciar o Risco*, é abordada a aliança que se estabelece entre a família e especialista nos cuidados com as crianças, bem como são discutidos conceitos como risco, prevenção, intervenção precoce e minimização de danos, procurando compreender essas conceituações operando como marcadores de uma política que busca gerenciar o risco social e produzir vida.

No último capítulo, denominado *As notas da minha Caderneta*, apresento algumas considerações finais que foram possibilitadas por esse desafio de escrita e investigação e que estampam a minha Caderneta de Pesquisa.

## 2. CONHECENDO A CADERNETA DE SAÚDE DA CRIANÇA

Pretendo nesta seção, reafirmar aos leitores(as) o documento que se constitui no referencial de análise desta Dissertação de Mestrado, ou seja, a Caderneta de Saúde da Criança e, dessa forma, apresentá-lo de maneira detalhada.

Ao longo dos tempos, no Brasil, os registros sobre a saúde da criança brasileira passaram por diversos formatos e apresentações, desde o Cartão de Vacinas, que continha o registro das vacinas realizadas pela criança até o que se conhece hoje: um pequeno livreto que contém, além das tradicionais marcações de vacinas, ilustrações, informações e orientações, tanto para as famílias como para os profissionais da saúde que manipulam este material, denominado Caderneta de Saúde da Criança. Os diferentes modos de registros já disponibilizados pelo Ministério da Saúde podem ser lembrados pela imagem:



Fig. 1 – Diferentes Impressos do Ministério da Saúde sobre a Saúde da Criança

A Caderneta de Saúde da Criança foi criada por meio da portaria do Ministério da Saúde nº 1058/GM<sup>10</sup>, de 4 de julho de 2005, com a intenção de informar e capturar dados das crianças em um único documento. Com isso, pretendia facilitar a continuidade de atendimento oferecido às crianças em qualquer parte do país. Assim, em fevereiro de 2005, a primeira versão da Caderneta de Saúde da Criança foi inventada como um documento com ampliação de informações não contidas no cartão de vacinas. Tendo vinte e três páginas, já contava com espaço para inclusão de informações sobre o crescimento e recomendações para o cuidado da criança

<sup>10</sup> O documento citado encontra-se na seção Anexo, bem como demais legislações relevantes para este estudo: Portaria nº 964/ GM e Resolução MERCOSUL/GMC nº 04/05

nos primeiros anos de vida. Porém, em 2007, foi apresentada “a nova versão da caderneta”, com oitenta e duas páginas, no intuito de complementar a gama de informações necessárias aos pais e aos profissionais da saúde no trato com a criança. E, assim se apresenta:



Fig. 2 – Capa da Caderneta de Saúde da Criança

E ainda,

Desde segunda-feira [5/02/2007], toda criança de zero a 10 anos tem o direito de contar a história de sua saúde a qualquer profissional de pediatria, onde quer que esteja. Nessa data, o Ministério da Saúde lançou, no Salão Vermelho da Prefeitura de Campinas, a nova *Caderneta de Saúde da Criança*. Ao longo de 82 páginas, a publicação permite registrar e conhecer detalhes sobre o crescimento e o desenvolvimento da criança desde o nascimento. Durante o dia, foram distribuídos vários exemplares em maternidades de unidades de saúde da cidade (CADERNETA DE SAÚDE DA CRIANÇA ATENDE AS NORMAS DA OMS, 2009).

A ideia, segundo o coordenador e idealizador do material, o médico pediatra Ricardo Caraffa, da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Campinas, era que a Caderneta substituísse “aquele antigo cartão de vacina - que vai e vem, vem e vai - e que agora é apenas uma das páginas da caderneta” (CADERNETA DE SAÚDE DA CRIANÇA ATENDE NORMAS DA OMS, 2009). Ainda segundo o pediatra, 97% dos pais têm como prática apresentar a Caderneta de Saúde antes

mesmo de começar a ser atendido (CADERNETA DE SAÚDE DA CRIANÇA ATENDE NORMAS DA OMS, 2009).

Segundo informações do Ministério da Saúde, a tiragem do documento em 2007, ano de lançamento da “nova caderneta de vacinação”, foi de 3,8 milhões, sendo distribuída às maternidades de todo o Brasil (CADERNETA DE SAÚDE DA CRIANÇA ATENDE NORMAS DA OMS, 2009). Esse cálculo é realizado de acordo com o número de nascimentos, que, segundo tal Ministério, é de cerca de três milhões de crianças a cada ano. “Para atender esta demanda a quantidade de Cadernetas produzidas anualmente é calculada por estimativas do número de nascidos vivos por local de ocorrência, acrescido de um percentual de 10%”. Dessa forma em 2010 foram produzidas 3,3 milhões de Cadernetas (CADERNETA DE SAÚDE DA CRIANÇA – PASSAPORTE DA CIDADANIA, 2011).

“Diferente do antigo cartão de vacinas, a publicação é um documento completo, considerado um passaporte da cidadania dos pequenos cidadãos brasileiros”, que atende à norma da Organização Mundial da Saúde – OMS – no que diz respeito ao acompanhamento das curvas de crescimento das crianças, informa a pediatra Ana Cecília Sucupira, coordenadora da saúde da criança do Ministério da Saúde. Assim, “Além do histórico, o documento oferece às famílias as mais importantes informações necessárias para garantir a qualidade de vida e é inspirada em iniciativas de cidades do Japão e de Sobral, no Ceará” (CADERNETA DE SAÚDE DA CRIANÇA ATENDE NORMAS DA OMS, 2009).

Segundo informações do Ministério da Saúde, o lançamento das novas curvas de crescimento da Organização Mundial da Saúde - OMS<sup>11</sup>, em 2006, levou à revisão da Caderneta de Saúde da Criança que estava em vigor. Os novos gráficos de crescimento de peso x idade e de altura x idade para meninos e meninas, especificamente entre zero a cinco anos, proposto pela OMS, foram

---

<sup>11</sup> Segundo informações obtidas no site do Ministério da Saúde em: [www.saude.gov.br/nutricao](http://www.saude.gov.br/nutricao), é a partir desse estudo realizado pela OMS, sobre as Curvas de Crescimento, que se muda a métrica e se passa a considerar essas novas medidas para o acompanhamento das crianças, passando, então, a ser incorporadas pela Caderneta de Saúde da Criança. A cidade brasileira onde o estudo em questão foi realizado é Pelotas, no Rio Grande do Sul. Os demais países participantes do estudo foram: Estados Unidos, Gana, Índia, Noruega e Omã. O Objetivo era estabelecer um novo padrão internacional mediante a elaboração de um conjunto de curvas adequadas para avaliar o crescimento e estado nutricional de crianças até a idade pré-escolar. Segundo os resultados do estudo, o conjunto das novas curvas da OMS é um instrumento tecnicamente robusto e representa a melhor descrição existente do crescimento físico para crianças menores de 5 anos de idade (INCORPORAÇÃO DAS CURVAS DE CRESCIMENTO DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE DE 2006 E 2007 NO SISVAN, 2011).

baseados num estudo multicêntrico realizado em seis países, sendo o Brasil o único da América do Sul. Tais estudos têm como parâmetro as crianças amamentadas, exclusivamente, nos seis primeiros meses de vida e com alimentação complementar até os dois anos de idade. Os gráficos de perímetro cefálico para acompanhamento das crianças com menos de dois anos, e de altura e peso x idade de crianças de cinco a dez anos, também foram introduzidos na nova Caderneta de Saúde da Criança (SAÚDE ATUALIZA E AMPLIA CADERNETA DE SAÚDE DA CRIANÇA, 2009).

Nas imagens abaixo, algumas das tabelas das curvas de crescimento peso x idade e de altura x idade, da Caderneta de Saúde da Criança aparecem exemplificadas. Estas se referem às meninas e são apresentadas em cor rosa, sendo direcionadas para bebês do sexo feminino de 0 a 2 anos de idade.

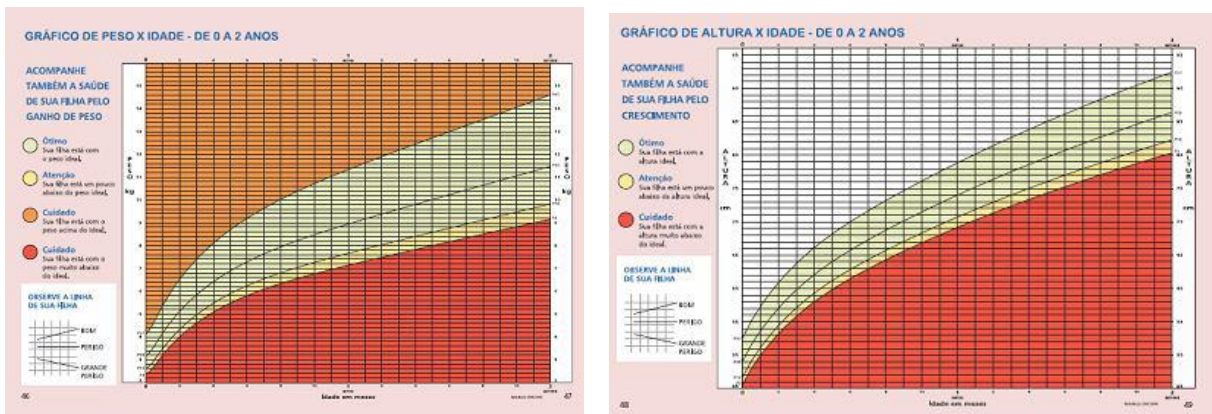


Fig. 3 – Gráficos da Caderneta de Saúde da Criança

Além disso, a Caderneta de Saúde da Criança apresenta novidades nas informações sobre o registro civil de nascimento; os direitos dos pais e direitos da criança; dicas práticas de amamentação; orientações voltadas ao acolhimento do bebê e à adequação do ambiente que vai recebê-lo; os 10 passos para uma alimentação saudável para crianças menores e maiores de dois anos; informações sobre saúde bucal, ocular e auditiva, com espaços para preenchimento de dados pessoais; mais orientações sobre o desenvolvimento afetivo e cuidados em geral, incluindo sinais indicativos de doenças graves e alertas contra a violência infantil (CADERNETA DE SAÚDE DA CRIANÇA É ATUALIZADA, 2008).

No que diz respeito ao acompanhamento do desenvolvimento infantil, há uma distribuição que usa, como critério de organização, a idade das crianças:

- do nascimento até dois meses de idade;
- dos dois meses a quatro meses;

- dos quatro meses a seis meses;
- dos seis meses aos nove meses;
- dos nove meses aos doze meses;
- de um ano a um ano e seis meses;
- de um ano e seis meses a dois anos;
- de dois anos a três anos;
- de três anos a seis anos e
- de seis a dez anos

Ao lado de cada aquisição referendada como competência necessária para a idade em questão, há um espaço para o preenchimento do momento em que a criança adquire esta aptidão. Tal procedimento é orientado à família da seguinte maneira: “anote a idade da criança à medida que ela se desenvolve. Escreva também outras coisas que você observou que o seu filho ou filha já está fazendo” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006, p. 29). No excerto que segue, é possível visualizar o que foi descrito no espaço destinado à escrita da família:

2 a 4 meses

O bebê está mais ativo. Quando colocado de bruços, levanta a cabeça e os ombros.

Idade: \_\_\_\_\_

Segue com os olhos pessoas e objetos que estão perto dele.

Idade: \_\_\_\_\_

Brinca com a voz e tenta “conversar”, falando aaa, ggg, rrr.

Idade: \_\_\_\_\_

Descobre as mãos, começa a brincar com elas e gosta de levá-las à boca.

Idade: \_\_\_\_\_

O que mais ele faz? \_\_\_\_\_

(MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006, p. 31).

A Nova Caderneta também traz um diferencial em relação às anteriores, pois é composta por ilustrações: apresenta várias imagens coloridas, sendo predominante o azul e rosa bebê, que emolduram as páginas ao longo de toda Caderneta. Segundo Cunha (2010, p. 2) “estas duas cores funcionam como uma espécie de etiqueta para que os outros tenham certeza do gênero das crianças. As informações colorísticas, entre outras, posicionam tanto nós adultos, quanto as crianças numa faixa etária e num gênero”. A autora lembra da função que desempenham diferentes marcadores de gênero, como as cores, que exercem um



importante papel para definir o que diz respeito ao universo feminino ou masculino, produzindo com isto identidades.

Muito mais do que assinalar as oposições binárias entre os territórios do masculino como sendo associados à força e energia, e o feminino relacionados à fragilidade e suavidade, os objetos, roupas, cores e formas, demarcam as relações entre as crianças e os posicionamentos *generificados* que elas assumem entre si (CUNHA, 2010, p. 2-3).

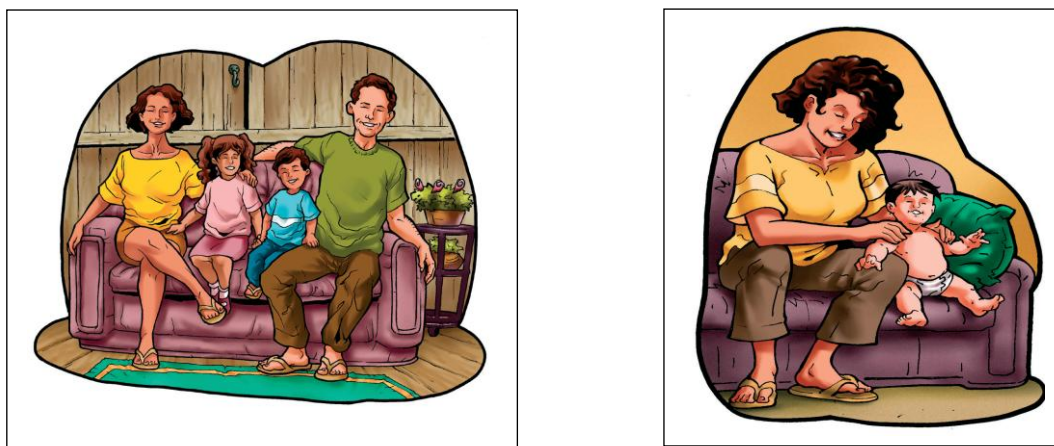


Fig. 4 – Imagens da Caderneta de Saúde da Criança

A maioria das imagens é composta por ilustrações de homens e mulheres que se ocupam de cuidar de crianças de diferentes idades. Toda a estrutura do texto, bem como a forma em que estão dispostas essas imagens ao longo do documento, nos permitem identificá-las como pais e mães<sup>12</sup> cuidando de seus filhos. Assim, problematizar essas imagens implica pensar como famílias brasileiras com diferentes formações, origens, culturas e valores são retratadas pela Caderneta e exige que tenhamos diferentes posicionamentos e olhares frente a determinações de cuidado oferecidos por esse documento. As imagens nas suas mais diferentes configurações contam histórias a partir de determinados pontos de vista tendo, em muitos momentos, por parte de seus produtores, intencionalidade em produzir narrativas sobre o mundo (CUNHA, 2011). Desse modo, segundo Riffel (2005), toda a análise a ser realizada requer arriscar-se em uma tentativa “cujo olhar deve ver aquilo que não é evidente e também não está escondido” (RIFFEL, 2005, p. 19).

<sup>12</sup> Ao longo do texto, refiro-me a essas imagens como figura de representação materna e figura de representação paterna. A relação maternidade e paternidade sendo constituída através das imagens será trabalhada no capítulo cinco desta Dissertação.



Fig. 5 – Imagem da Caderneta de Saúde da Criança

Também está representada a figura do “Zé Gotinha”, mascote de Campanhas Nacionais de Vacinação. Há, ainda, duas imagens que remetem à escola de Ensino Fundamental.



Fig. 6 – Imagem da Caderneta de Saúde da Criança

Recentemente outro modelo de Caderneta foi lançado e substituirá gradativamente a que serviu de material de análise para este trabalho, sendo ambas utilizadas atualmente. Alguns especialistas da área da saúde avaliaram que ela se tornou um documento extenso por apresentar os gráficos de peso x idade e de altura x idade para meninos e meninas na mesma Caderneta. Sendo por isto, novamente organizada de maneira separada para meninos e meninas (A IMPORTÂNCIA DA CADERNETA DE SAÚDE, 2010).

Na Caderneta de Saúde da Criança em vigência a partir de 2010, percebe-se que sua organização é semelhante a anterior, se mantendo a ideia de informações a respeito do desenvolvimento infantil, com o acréscimo de sinais de alerta para a detecção de algumas síndromes, como autismo e síndrome de *Down*. Estas podem ser conhecidas na imagem que segue:





Fig. 7 – Capas das Cadernetas de Saúde da Criança em vigência

Segundo Informações do então Ministro da Saúde, José Gomes Temporão, nos modelos das novas Cadernetas poderão ser incluídas informações específicas sobre pessoas portadoras de algum tipo de deficiência. Os dados sobre desenvolvimento infantil inscritos na Caderneta de Saúde da Criança servem de referência para os pais e para as próprias crianças. Segundo o Censo/2000 do IBGE, 14,5% da população brasileira tem algum tipo de deficiência. A maioria das crianças com síndrome de *Down*, por exemplo, apresenta um padrão de crescimento diferenciado; geralmente são menores em estatura e peso do que as crianças sem a síndrome. Daí a importância das curvas de crescimento como forma de subsidiar a adequada orientação dos pais e profissionais de saúde. (CADERNETA DE SAÚDE DA CRIANÇA – PASSAPORTE DA CIDADANIA, 2011)

Ao longo do período de tempo que venho me debruçando para estudar a Caderneta de Saúde da Criança, percebo discursividades que apontam para múltiplas possibilidades de análise. Ocupar-me-ei então, nas próximas seções, em identificá-las e descrevê-las

## 2.1 A CADERNETA DE SAÚDE DA CRIANÇA DENTRO DO CENÁRIO DAS POLÍTICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA

Com o intuito de realizar uma historicização da inscrição da Caderneta de Saúde da Criança como uma estratégia no contexto das Políticas de Atenção à Saúde da Criança – PAISC e com a intenção de contextualizar o momento social político do surgimento da Caderneta de Saúde da Criança, é que busco em este

de apresentar as condições de possibilidade da Caderneta de Saúde da Criança como instrumento de governo e de educação das famílias para o cuidado das crianças.

O monitoramento do crescimento e desenvolvimento por meio da Caderneta de Saúde da Criança é considerado, pelo Ministério da Saúde em suas ações básicas, a ação-eixo na atenção primária à saúde. Isto se deve ao fato deste documento conter dados necessários ao acompanhamento da saúde da criança, nos mais variados âmbitos: saúde bucal, desenvolvimento afetivo, calendário básico de vacinação, gráficos de crescimento, entre outros dados. (CADERNETA DE SAÚDE DA CRIANÇA, 2011)

O documento intitulado “Gestões e gestores de políticas públicas de atenção à saúde da criança: 70 anos de história” (BRASIL, 2011) teve o objetivo de historicizar as políticas de saúde dedicadas ao cuidado da criança e maternidade ao longo dos tempos. Ele foi tomado como base para análises do que é possível identificar nas políticas destinadas ao controle da saúde dos infantes, como a Caderneta de Saúde da Criança, e na constituição dos discursos sobre prevenção, saúde, integralidade a partir das proposições de ações de governos.

O primeiro Programa Estatal destinado à proteção da infância e maternidade é extremamente recente. Seu registro de implantação data da época do Estado Novo (1937/1945) tendo, inicialmente, suas atividades desenvolvidas pelo Departamento Nacional de Saúde do Ministério da Educação e Saúde (MES), por intermédio da Divisão de Amparo à Maternidade e à Infância. São delegadas, em 1940, pelo então Presidente Getúlio Vargas, as atividades de proteção à criança ao Departamento Nacional da Criança (DNCr) através da assinatura do Decreto-Lei nº 2024, que orientava as ações de proteção que deviam ser dispensadas a esse grupo, com o “objetivo de normatizar o atendimento à dupla mãe-filho e combater a mortalidade infantil” (BRASIL, 2011, p. 11). As atribuições são assim descritas:

- a)** realizar inquéritos e estudos relativamente à situação, em que se encontra, em todo o país, o problema social da maternidade, da infância e da adolescência;
- b)** divulgar todas as modalidades de conhecimentos destinados a orientar a opinião pública sobre o problema da proteção à maternidade, à infância e à adolescência, já para o objetivo da formação de uma viva consciência social da necessidade dessa proteção, já para o fim de dar aos que tenham, por qualquer forma, o mister de tratar da maternidade ou de cuidar da infância e da adolescência os convenientes ensinamentos desses assuntos;

- c)** estimular e orientar a organização de estabelecimentos estaduais, municipais e particulares destinados à proteção à maternidade, à infância e à adolescência;
- d)** promover a cooperação da União com os estados, o Distrito Federal e o Território do Acre, mediante a concessão do auxílio federal para a realização de serviços destinados à proteção à maternidade, à infância e à adolescência;
- e)** promover a cooperação da União com as instituições de caráter privado, mediante a concessão da subvenção federal destinada à manutenção e ao desenvolvimento dos seus serviços de proteção à maternidade, à infância e à adolescência;
- f)** fiscalizar, em todo o país, a realização das atividades que tenham por objetivo a proteção à maternidade, à infância e à adolescência. (BRASIL, 2011, p. 10-11)

Em 25 de julho de 1953, através do desmembramento do Ministério da Educação e Saúde, o Departamento Nacional da Criança é incorporado pelo então Ministério da Saúde, que assume as ações que estavam sob a responsabilidade desse Departamento. Em 1969, é extinto o Departamento da Criança, que dá lugar no ano seguinte, 1970, à Coordenação de Proteção Materno-Infantil, tendo como atribuição “planejar, orientar, coordenar, controlar, auxiliar e fiscalizar as atividades de proteção à maternidade, à infância e à adolescência” (BRASIL, 2011, p. 12). Nota-se aí a necessidade de criar uma rede de “proteção das pessoas sadias contra a doença; proteção dos doentes contra práticas de pessoas ignorantes” (FOUCAULT, 1998a, p. 45).

Em 1975, é criado o Programa Nacional de Saúde Materno-Infantil que tinha como propósito a redução da morbidade e da mortalidade das mulheres e crianças. Tomo emprestado o pensamento de Riffel (2005, p.19) quando diz que “O conjunto de procedimentos de [cuidado] coloca a possibilidade de materialização do Estado nas práticas que este põe em movimento através de seus programas”. Segundo o documento que compila a história da saúde da criança nos últimos anos, o programa editado em 1975 objetivava:

[...] melhorar a qualidade de informação, estimular o aleitamento materno, garantir suplementação alimentar para a prevenção da desnutrição materna e infantil, ampliar e melhorar a qualidade das ações dirigidas à mulher durante a gestação, o parto e puerpério, e à criança menor de 5 anos (BRASIL, 2011, p. 12).

O Programa Nacional de Saúde Materno-Infantil, em 1976, criou a Divisão Nacional de Saúde Materno-Infantil (DINSAMI), sendo o órgão responsável pela assistência à mulher, à criança e ao adolescente. Em 1983, essa Divisão elaborou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher e da Criança (PAISMC), que

tinha como objetivo o incremento e ampliação dos serviços em saúde prestados às mulheres e crianças. No ano seguinte, 1984, o PAISMC dividiu-se em dois programas específicos: um destinado ao atendimento das mulheres: Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAIM) e outro destinado à saúde das crianças, o Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança - PAISC (BRASIL, 2011).

Embora o monitoramento do crescimento e desenvolvimento da população infantil tenha sido recomendado desde a década de 1970, na Conferência de Alma-Ata, realizada no Cazaquistão, em 1978, e no “Brasil embora o relatório da V Conferência Nacional de Saúde, realizada nesta mesma década, tenha incorporado a vigilância ao crescimento, o tema só ganhou relevância em 1984, com a criação do PAISC pelo Ministério da Saúde” (VIEIRA et al, 2005). É através das ações asseguradas pelo PAISC que houve o deslocamento do enfoque da “atenção voltada às patologias para a priorização das ações preventivas, cujo eixo básico é garantir o adequado desenvolvimento e crescimento” (VIEIRA et al, 2005, p. 178). Deste modo, percebe-se nas políticas da saúde uma incorporação do discurso da prevenção como medida de atuação, desta maneira é constituída uma forma de governar a população de modo a:

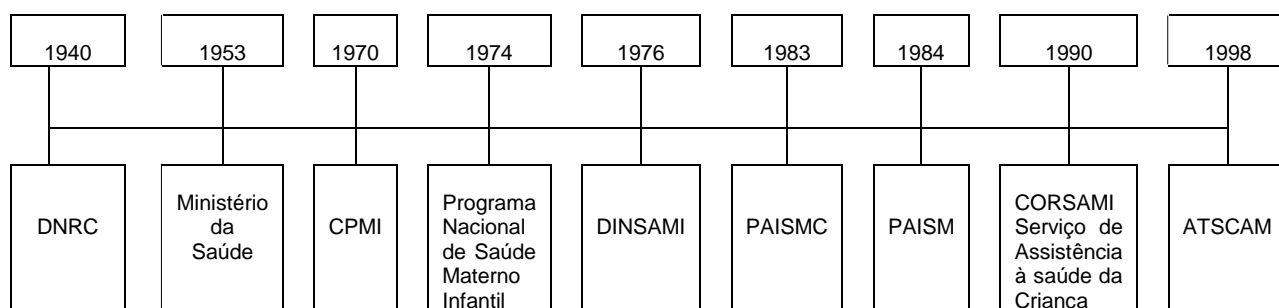
Criar conhecimentos que sejam utilizados para controlar, distribuir e gerir uma população numa determinada direção, fazendo com que determinadas práticas sejam consideradas mais ou menos lesivas, mais ou menos econômicas, mais ou menos arriscadas, mais ou menos afetuosas (RIFFEL, 2005, p. 17).

Em 1990 ocorrem novamente mudanças. A Divisão Nacional de Saúde Materno-Infantil (DINSAMI) passa a ser denominada Coordenação de Saúde Materno-Infantil (CORSAMI), que tinha como competência a “normatização da assistência à saúde da mulher e criança, a ser desenvolvida pelas diversas instâncias do Sistema Único de Saúde (SUS). [...] tal assistência compreendia ações de caráter promocional, preventivo, recuperador e reabilitador” (BRASIL, 2011, p. 14). Observa-se assim, por meio do Estado, a constituição de “práticas evidenciadas nas instituições [que] acionam e são acionadas por poderes e saberes que possibilitam relações com outras práticas e, nesse movimento, permitem-se modificar-se” (RIFFEL, 2005, p. 18).

A CORSAMI é extinta em 1996 dando lugar a Coordenação de Saúde da Mulher e à Coordenação de Saúde da Criança e do Adolescente. Em 1998, tais

Coordenações foram substituídas pelas atuais Áreas Técnicas de Saúde da Mulher, Saúde da Criança e Saúde do Adolescente e do Jovem. É nesse mesmo ano que o Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (INAM) é extinto, tendo suas ações incorporadas pela área técnica de Saúde da Criança, que passa a ser designada como Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. (BRASIL, 2011).

As mudanças ocorridas ao longo de anos no campo das políticas públicas destinadas à saúde da criança e da mulher, implementadas desde o ano de 1940, podem ser visualizadas na linha de tempo abaixo, disponibilizada pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2011, p. 15)



#### LEGENDA

DNRC: Departamento Nacional da Criança

CPMI: Coordenação de Proteção Materno-Infantil

DINSAMI: Divisão Nacional de Saúde Materno-Infantil

PAISMC: Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher e da Criança

PAISM: Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher

PAISC: Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança

CORSAMI: Coordenação de Saúde Materno-Infantil

ATSCAM: Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno

Vários profissionais, especialistas e gestores estiveram na coordenação dos diferentes Programas, Departamentos e Divisões, sendo citados no quadro que segue, em ordem cronológica de atuação junto ao governo brasileiro.

PERÍODO	NOME	ÁREA RESPONSÁVEL PELA SAÚDE DA CRIANÇA
1973–1975	Dalva Coutinho Sayeg	CPMI
1975–1979	Cyro Coimbra de Resende	1975–1976 CPMI 1976–1979 DINSAMI
1979–1980	Manuel Carvalho Branco Neto	DINSAMI
1980–1981	Enrique Rivero Ortiz	DINSAMI
1981–1985	Ana Maria Segal Corrêa	DINSAMI
1985–1988	Zuleica Portela Albuquerque	DINSAMI
1989–1990	Antônio Marcio Junqueira Lisboa	DINSAMI
1990–2003	Ana Goretti Kalume Maranhão	1990–1998 Serviço de

		Assistência à Saúde da Criança/CORSAMI 1998–2003 ATSCAM
2003–2005	Alexia Luciana Ferreira	ATSCAM
2005–2007	Ana Cecília Sucupira	ATSCAM
2007–2010	Elsa Regina Justo Giugliani	ATSCAM

(BRASIL, 2011, p.17)

São destacadas, dentre as políticas desenvolvidas por todos os gestores acima citados, o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da população infantil, bem como a preocupação do atendimento integral da criança. Alguns mereceram destaque ainda maior para este estudo em virtude de ação desencadeada dentro da política em que se insere a Caderneta de Saúde da Criança, como é o caso do médico Cyro Coimbra de Resende. Ele esteve à frente da Divisão Nacional de Saúde Materno Infantil (DINSAMI) que, em 1977, tendo como Ministro da Saúde Paulo Almeida Machado, definiu um calendário de vacinas obrigatórias para menores de um ano de idade em todo o Brasil, através da Portaria MS nº 452, assim como a aprovação do primeiro modelo de Cartão de Vacinação, que continha os esquemas básicos de vacinação<sup>13</sup>. Uma das principais ações apontadas para essa gestão é “a divulgação do cartão da criança para acompanhar o crescimento e a vacinação iniciada na primeira semana de nascimento e complementada em anos posteriores com o uso de esquemas vacinais aprovados” (BRASIL, 2011, p. 20). Ainda em tempo, quero salientar que a definição, por meio de uma Portaria do Ministério da Saúde, de uma grade de vacinas obrigatórias é estabelecida no governo do então Presidente Militar Ernesto Geisel.

A Caderneta volta novamente ao cenário, de forma mais expressiva, em ações desencadeadas sob a coordenação da psicóloga Alexia Luciana Ferreira, no período da gestão de 2003 a 2005, tendo como Ministro da Saúde Humberto Costa. Dentre as várias políticas citadas como desenvolvidas pela coordenadora da área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno, está “a elaboração da Caderneta de Saúde da Criança para crianças até 10 anos e a distribuição de 3,5 milhões de cadernetas para todas as crianças nascidas no Brasil, a cada ano, na rede pública e privada” (BRASIL, 2011, p. 33). É importante ressaltar que essa

<sup>13</sup> Segundo Weber (2008), quando trata da rede atendimento que vai se constituindo no Brasil, “É a partir do modelo francês que, em 1889, a puericultura chega ao Brasil pelo médico higienista Arthur Moncorvo Filho, ao fundar o Instituto de Proteção e Assistência à Infância do Rio de Janeiro. O Instituto surgiu como uma atividade focada essencialmente na saúde pública, e mais tarde firmou-se como uma complementação da pediatria personalizada” (p. 48)

Caderneta inaugura, ainda que de forma muito incipiente em seu conteúdo, um pequeno apanhado de informações a respeito do desenvolvimento infantil, não sendo, portanto, o documento de análise desta Dissertação. É importante fazermos destaque a respeito da constatação de que é na gestão de uma psicóloga que se inicia uma abordagem com interesse na descrição de comportamento esperados para a criança e sua correlação com determinada faixa-etária.

A médica pediatra Ana Cecília Sucupira, por sua vez, esteve enquanto coordenadora da Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno (ATSCAM), no período de 2005 a 2007, tendo sido em sua gestão à frente dessa Área Técnica que ocorreu a idealização e elaboração da nova Caderneta de Saúde da Criança, tendo referendado como marcos de sua gestão o “[...] lançamento da nova Caderneta de Saúde da Criança e a 1º mostra de Saúde da Criança” (BRASIL, 2011, p. 37).

A revisão e atualização da Caderneta de Saúde da Criança, individualizada por sexo, é apontada como uma das principais ações da também médica pediatra Elsa Regina Justo Giugliani, ocupando o cargo de Coordenadora da ATSCAM, no recente período de 2007 a 2010. Atualmente, no Ministério da Saúde, a Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno é “responsável por propor e coordenar as políticas governamentais de atenção à saúde da criança brasileira de zero a nove anos de idade” (BRASIL, 2011, p. 49), estando sob sua responsabilidade a proposição de “modelos de atenção que integram ações de promoção, vigilância, prevenção e assistência em “linhas de cuidado”, que interrelacionam-se visando à atenção integral da saúde as crianças” (BRASIL, 2011, p. 49). São criadas quatro linhas de Cuidado, que visam a Atenção Integral da Saúde da Criança e a “elaboração e distribuição da Caderneta de Saúde da Criança-Passaporte da Cidadania está inscrita na Linha de Cuidado que visa o Incentivo e Qualificação do Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento” (BRASIL, 2011, p. 51)

## 2.2 O DISCURSO DA INTEGRALIDADE EM SAÚDE

Atrelada à Caderneta de Saúde da Criança está acoplado o discurso da Integralidade em Saúde. Para pensarmos na forma como a política desta Caderneta se constitui, é indispensável explorar essa relação. Segundo o Ministério da Saúde,

a integralidade é um princípio fundamental do Sistema Único de Saúde – SUS do Brasil, garantindo ao usuário: “atenção que abrange as ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação [...]. A integralidade também pressupõe a atenção focada no indivíduo, na família e na comunidade (inserção social) e não um recorte de ações ou enfermidades” (BRASIL, 2009). Aqui, se percebe em funcionamento o que Foucault (2009) vai nomear como uma ação sobre a política da vida, ou seja, o biopoder. Segundo Bujes (2010), o biopoder pode ser compreendido como uma biopolítica voltada para a população onde “a vida das populações, como objeto biológico, se torna passível de intervenção política e governamental” (BUJES, 2010, p. 167-168).

Nesse sentido, a elaboração das diretrizes políticas e técnicas para a Atenção Integral à Saúde da Criança de 0 a 10 anos de idade é de responsabilidade da Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. Cabe a esta área discutir, propor e apoiar a implementação de estratégias nos Estados e Municípios que reduzam a mortalidade de crianças, em especial a infantil e a neonatal, e promovam a saúde integral da criança (SÍNTESE DAS POLÍTICAS DE SAÚDE DA CRIANÇA E ALEITAMENTO MATERNO, 2011). Ainda conforme Bujes (2010, p.167) é pelo biopoder que esta “biopolítica assume intervenções e controles reguladores cujos focos são a fecundidade, a morbidade, a higiene, ou saúde pública, a segurança social”. Tal consideração se conecta com as intenções do Ministério da Saúde, pois, desde 1980, a integralidade em saúde vem sendo colocada como questão nas políticas governamentais, em programas de intervenção e em todo discurso do movimento sanitário. Objetiva-se, através deste princípio, compreender o conjunto de necessidades de ações em saúde para além da atenção individual curativa, incorporando ações de promoção e prevenção na atenção à saúde, entendida como uma Medicina Preventiva (INTEGRALIDADE DE ATENÇÃO À SAÚDE, 2011).

Do mesmo modo, pretende-se o funcionamento a Caderneta de Saúde da Criança “ao privilegiar o corpo individual e o corpo das populações como alvos de investimentos de poder, este poder sobre a vida está interessado em que eles possam ser utilizáveis, suscetíveis a investimentos rentáveis [...] e saudáveis” (BUJES, 2010, p. 168)



Os eixos apontados pelo Ministério da Saúde como componentes da saúde Integral da criança são apresentados no esquema ao lado, objetivando que as ações



de promoção à saúde, prevenção de agravos e de assistência à criança pressupõem o compromisso de prover qualidade de vida para que a criança possa crescer e desenvolver todo o seu potencial (SAÚDE DA CRIANÇA, 2011). Dentre as ações-eixos apontadas pelo esquema, fica evidente a inscrição da Caderneta de Saúde da Criança numa série dos requisitos apontados como necessários à integralidade de saúde da

criança, como a vigilância aos infantes, a qualificação do acompanhamento e desenvolvimento da criança, promoção ao aleitamento materno, para citar apenas alguns.

O Ministério da Saúde, desde 2008, vem construindo uma política integrada de promoção e atenção no campo materno-infantil, denominada *Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis – Primeiros Passos para o Desenvolvimento Nacional*. O objetivo é garantir a toda a população brasileira qualidade de vida desde os seus primórdios, estimulando suas competências e habilidades físicas, emocionais, cognitivas e sociais. Essa ação visa ir além da perspectiva da sobrevivência, tendo como meta o crescimento e o desenvolvimento integral da criança, com novas ofertas de cuidado aliadas às ofertas tradicionais dirigidas a mulheres e crianças (ESTRATÉGIA BRASILEIRINHAS E BRASILEIRINHOS SAUDÁVEIS, 2011).

Riffel (2005) aponta, nos documentos analisados em sua pesquisa, a presença também da integralidade, através do objetivo de fazer com que as mulheres apropriem-se dos conhecimentos necessários a um maior controle sobre a sua saúde, sendo que “as práticas educativas deveriam ser colocadas em funcionamento e ampliadas por profissionais para complementar as ações de saúde materno-infantil” (RIFFEL, 2005, p. 27), deixando em evidência o caráter educativo promovido pelo princípio da integralidade.

### 3 O PASSAPORTE PARA UMA VIAGEM: A CRIANÇA COMO CIDADÃ

Na capa da Caderneta de Saúde da Criança lê-se, no subtítulo, a expressão “passaporte da cidadania”. Ainda nas primeiras páginas, encontramos a notícia de que “acaba de nascer um cidadão brasileiro” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006, p.5). O leitor desse documento é logo informado de que o preenchimento da Caderneta de Saúde pelo profissional da saúde “é um direito da família e da criança” (p.5). Direito, cidadania, cidadão brasileiro e garantia de direitos são expressões que, ao longo desse material, podem ser encontradas com certa regularidade.



Fig. 8 – Capa da Caderneta de Saúde da Criança

Se compreendermos a cidadania entrelaçada ao conceito de direitos, a compreendemos como a qualidade do cidadão no exercício de seus direitos, e dessa forma “a possibilidade de um indivíduo ou habitante de uma cidade, gozar de seus direitos civis e políticos” (BUENO, 1996, p. 138). Perceber-se-á que a Caderneta de Saúde da Criança pode ser compreendida, pelos seus idealizadores, como um instrumento, que mediante sua plena execução, dará a condição de cidadania às crianças.

Hickmann (2008), em sua tese de doutoramento, reflete sobre a infância de direitos e nos ensina que, desde muito tempo, as crianças são alvos de investimentos que “buscam [...] a educação das mentes e dos corpos infantis, assim como controle religioso e político do corpo social” (HICKMANN, 2008, p. 50). São, portanto, educadas através de diferentes instituições, sejam elas a escola, família, igreja ou Estado, na tentativa de serem dominadas e tornarem-se mais civilizadas.

Ao longo de sua tese, através da análise de legislações e documentos, como a Declaração Universal dos Direitos da Criança, a Declaração de Genebra e o Estatuto da Criança e Adolescente, a autora aponta que “diferentes discursos produzidos em torno da infância sob a perspectiva dos direitos têm transitado entre a

perspectiva da moralidade, a periculosidade e da assistência e proteção, o que intensifica a vigilância às diversas infâncias” (HICKMANN, 2008, p. 103). É recorrendo à afirmativa de Hickmann, e me aliando a ela, que trago o excerto a seguir, retirado da Caderneta de Saúde da Criança, que lista os direitos da criança.

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 afetuoso e sem violência.

(MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006, p.8)

Nessa perspectiva, o conceito de cidadania toma como referência um modelo de cidadão idealizado, cidadania perfeita, com características a serem alcançadas. Essa ideia sustenta um estado excelente de cidadania, que será assegurado através do adequado cumprimento dos direitos mencionados.

Dentro do entendimento de uma infância que tem direitos, se constitui uma trama a partir de fios que conduzem à assistência, à proteção e à cidadania. Quando definimos como direitos a vacinação, o teste do pezinho e o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, esses acentos também podem ser compreendidos como modos de vigilância dos infantes.

Ao observarmos a listagem acima, pode-se verificar que, antes mesmo do direito de ser alimentada, a criança deve ser registrada. Tamanho relevo é dado à contagem da criança enquanto indivíduo que deve ser incluído à estatística governamental. Dessa maneira, se garante, desde o nascimento, o acesso aos direitos que seguirão.

Se tomarmos o pensamento de Hickmann (2008), quando atenta que:

[...] os discursos sobre as crianças como sujeitos de direitos vêm somar-se como uma forma de gerenciamento da vida e de produção de uma determinada infância de direitos a ser problematizada dentre múltiplas infâncias experimentadas (p.150 -151)

Vemos que, de certo modo, ao gerenciarmos a população “há a necessidade de uma série de políticas que intervenham e modifiquem as condições de vida, por meio de normas, seja quanto à alimentação, saúde, proteção à infância, habitação, organização das cidades etc.” (HICKMANN, 2008, p. 150). Essas políticas são apontadas quando Ana Sucupira, responsável, no período de lançamento dessa Caderneta, pela Área Técnica da Saúde da Criança do Ministério da Saúde sublinha que:

Pretende-se que a Caderneta de Saúde da Criança possa se constituir como um documento da criança. Para isso, será futuramente elaborado Projeto de Lei para aprovação no congresso nacional. Por esse motivo, ela é denominada também de Passaporte da Cidadania (CADERNETA DE SAÚDE DA CRIANÇA, 2008).

Assim, é justamente sobre o gerenciamento e proteção a infância que essa política pretende atuar. Entendida como um “passaporte”, ou seja, uma licença, passe ou autorização, pretende dar à criança condições necessárias para acessar seus direitos de cidadã. Se assim pensarmos, seria possível afirmar que a Caderneta de Saúde da Criança foi vislumbrada, por seus idealizadores, como uma garantia para que esse infantil fosse produzido como cidadão, através do cumprimento de direitos de assistência, proteção e cidadania, que se executariam por meio de ações como: vacinação, teste do pezinho, amamentação, serviços de saúde, escola pública.

A ideia que está assim proclamada é de que, ao portar a Caderneta de Saúde da Criança, as crianças circularão por ações cidadãs, da mesma maneira que um passaporte possibilita ao seu portador circular por diferentes regiões e países. O documento, compreendido como passaporte, permitirá a circulação da criança no país ao mesmo tempo em que se constitui em um documento de identidade, que esquadrinha a vida e a saúde desse sujeito. Assim, os registros que incluem a criança no rumo da cidadania passam, necessariamente, pelo campo da saúde.

Diferentes saberes, ao longo do século XX, ocuparam-se em articular discursos médicos e jurídicos para a delimitação e construção de um projeto de nação, que buscava a higienização do social, através da constituição de uma rede de saberes que delimitaram os sujeitos e produziram a infância. “A partir do momento em que as crianças se tornaram objeto de exame e vigilância, produzem-se saberes que possibilitam compreendê-las em suas necessidades e especificidades de modo a melhor governá-la” (HICKMANN, 2008, p. 107).

Diante do exposto, retorno à interrogação mencionada no Projeto de Dissertação: de que forma os direitos da criança estão postos na Caderneta de Saúde da Criança e com quais verdades eles se articulam?

Percebo que, na Caderneta de Saúde da Criança, a cidadania se entrelaça a diversos direitos, como o de moradia, de carinho, de alimentação, de saúde, de educação, registro, apontando para a perspectiva dos Direitos Humanos e do conceito de saúde pautado sob o princípio da Integralidade, anteriormente apresentado. Deste modo Hickmann (2008, p. 107) salienta que:

[...] ao longo do século XX, houve uma preocupação em torno da construção de um projeto de nação, que possibilitou a articulação dos discursos médicos e jurídicos, que, de uma parte, buscavam a higienização do social, e de outro, uma aliança expressa por advogados e juizes interessados em minimizar os efeitos de atos de violências social. Observa-se uma intenção de capturar a infância a partir da construção de uma rede de saberes que vão definindo os contornos de se sujeito infantil. A partir do momento em que as crianças se tornam objeto de exame e vigilância, produzem-se saberes que possibilitam compreendê-las em suas necessidades e especificidades de modo a melhorar governá-las.

Compreende-se, então, que, ao definir direitos à criança, identificando-se e atribuído-se características e necessidades, tanto em relação ao desenvolvimento de seus corpos individuais quanto sociais, a família não pode ser dissociada. Daí que:

As leis brasileiras definem que a família assim como a comunidade e o poder público (governo) são responsáveis pelo desenvolvimento saudável das crianças. Por isso, se você suspeitar que alguma criança possa estar sendo maltratada, agredida, abusada (violentada) sexualmente, **denuncie**.

Procure a Unidade de Saúde mais próxima de sua casa, o Conselho Tutelar ou a Vara da Infância e da Juventude ou faça uma **denúncia anônima pelo telefone 100 (ligação gratuita)**.

**Disque Denúncia: 100**

(MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006, p. 72)

É através do Estatuto da Criança e do Adolescente que, segundo Hickmann (2008), se observa um movimento em direção à instauração de uma infância cidadã, “a partir da mobilização da sociedade civil, fortalecida por denúncias de violação dos direitos humanos nas instituições de atendimento de crianças adolescentes” (HICKMANN, 2008, p. 108).

Ao final da Caderneta, a vacinação é descrita como “um direito da criança [e] dever dos pais” (p.75) devendo “seguir o calendário de vacinação, pois, se

realizadas nos períodos indicados, as vacinas trazem mais benefícios à criança” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006, p.75) e sua não realização pode ser considerada uma forma de negligência e de submetê-la a riscos

Bujes (2005) nos lembra quanto é importante problematizar os modos de conceber e perceber a realidade, sendo necessário “pôr em questão [...] os regimes de verdade estabelecidos e os raciocínios amplamente aceitos” (BUJES, 2005, p. 187). Dessa maneira, ao problematizar os regimes de visibilidade a que está submetida a infância cidadã, coloca-se em questão as concepções de sujeito infantil apontadas como garantia e referenciais socialmente construídos a respeito da cidadania.

## 4 A QUADRICULAÇÃO DO CORPO INFANTIL: VIGIANDO O DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA

A Caderneta de Saúde da Criança organiza-se em uma espécie de “manual para mães e pais”, pois mostra uma criança classificada e categorizada em etapas do desenvolvimento e apresenta o que, em cada uma dessas etapas, ela deve adquirir ou fazer. Assim, identifico esse documento como dispositivo<sup>14</sup> para a vigilância do desenvolvimento infantil, a fim de garantir o que Foucault (2003) chama do fazer viver, ou seja, um poder que, ao encarregar-se da vida, colocará em ação “mecanismos contínuos, reguladores e corretivos” (FOUCAULT, 2003, p. 135). Problematizar esse documento como um dispositivo, de acordo com Santos e Lazzarotto (2007), significa atentar-se para uma “análise de como se visibilizam e enunciam saberes, das forças em exercício que constituem modos de se relacionar e praticar diferentes saberes, de sujeitos que se movimentam em posições, discursos e modos de ser”.

Segundo o ministro da saúde, por ocasião do lançamento da Caderneta de Saúde da Criança em 2006:

A nova caderneta vai servir como se fosse uma cartilha de orientação para mães, familiares, e cuidadores para tratar e acompanhar o crescimento da criança. As informações são fáceis de ser entendidas, e ao mesmo tempo, vão ser de grande valia para os cuidados da criança e, ao mesmo tempo, vai servir também para os profissionais de saúde (NOVA CADERNETA DE SAÚDE DA CRIANÇA TRAZ [...], 2008)

Na declaração do ministro, é possível perceber que a Caderneta de Saúde da Criança é tomada, pelo Ministério da Saúde, como um documento de consulta para famílias brasileiras, profissionais da saúde e gestores. Pode-se inferir uma intencionalidade que não é negativa nem positiva na sua razão de ser, mas que pretende normatizar os cuidados oferecidos às crianças por suas famílias, estando essa intencionalidade produzindo outros modos de ser família na atualidade, promovida no dispositivo da governamentalidade.

Já há um longo tempo as ciências humanas têm procurado descrever e inscrever as crianças sob determinadas verdades, ocupando-se em conhecê-las,

---

<sup>14</sup> Ressalto que tomo por dispositivo o que é proposto por Deleuze (1996), ou seja, força que põe em funcionamento determinados modos de experiência, que provocam modos de verdades de existência.

categorizá-las, seriá-las, periodizá-las, enfim, criar estratégias para tornarem-nas objetos de seu saber e conhecimento. Podem assentar-se aí tanto a pedagogia como a psicologia do desenvolvimento. De tal modo, o “saber psicológico opera técnicas, estratégias e formas de sujeição que se apóiam em discursos e práticas, buscando modelar a experiência do sujeito” (NARDI E SILVA, 2004, p.195). Ainda segundo as autoras Cruz, Hillesheim e Guareschi (2005, p. 44):

A psicologia, ancorada em estudos experimentais e de observação de crianças, vinha reforçar as noções de variabilidade entre os indivíduos e de capacidades individuais diferenciadas. A Psicologia apresentava-se, portanto, como capaz de delimitar as causas dos desvios de conduta, através do uso de testes e da análise da personalidade infantil, possibilitando ações preventivas e de correção das mesmas.

Lanjonquiere citado por Fragelli (1996, p. 39) salienta que a pedagogia, com o auxílio “todo poderoso da psicologia, e em especial da psicologia do desenvolvimento”, pretende oferecer uma explicação totalizante a respeito do homem. Dessa forma, o sujeito é entendido como indivíduo e para ele são construídos “parâmetros adaptativos que se baseiam exclusivamente nas capacidades maturacionais humanas” (FRAGELLI, 1996, p. 39), sendo dessa maneira que tais ciências tentam homogeneizar o campo de singularidades. Já segundo o “princípio de quadriculamento” (FOUCAULT, 2006a), que preescreve “cada indivíduo no seu lugar; e em cada lugar, um indivíduo”, a Caderneta de Saúde da Criança torna possível classificar cada infantil ao melhor lugar que lhe condiz, ou melhor, decompõe, analisa, distribui e, quando necessário, anula o descontrole que poderá pairar sobre esse indivíduo, e, com isso, o perigo.

Desse modo, a psicologia do desenvolvimento deveria empreender esforços para dar “condição de entender por que uma determinada criança atua de certa maneira, num dado momento da vida”, recomendando que o profissional competente deva “a partir de um conjunto de conhecimentos teóricos, entender a crianças brasileiras e contribuir para que seu desenvolvimento se realize de maneira saudável” (RAPPAPORT et al, 1981, p. VIII). Assim:

A função da psicologia do desenvolvimento consiste não apenas em fornecer subsídios para o atendimento clínico da criança com distúrbios mais ou menos graves, mas que ofereça um conjunto de conhecimentos teóricos, de pesquisas científicas que realmente capacitem o profissional a atuar nas famílias, nas escolas, nas instituições da comunidade, informando, educando, mostrando quais



as condições necessárias para um desenvolvimento saudável. Quais as condições ambientais adequadas a otimizar o rendimento da criança na escola, qual o conteúdo programático que a crianças tem condições de assimilar, qual a estrutura e dinâmica da inteligência e da afetividade da criança em cada faixa etária (RAPPAPORT et al, 1981, p. VII).

Representando “uma abordagem para compreensão da criança e do adolescente [...] pretende explicar de que maneiras importantes as crianças mudam no decorrer do tempo e como essas mudanças podem ser descritas” (RAPPAPORT et al, 1981, p. 1).

Além disso, a introdução da psicologia em currículos de faculdades de medicina de cidades como Rio de Janeiro e Salvador se explicava pela intenção de que “ela pudesse oferecer meios para o controle social dos indivíduos e da população e para a “patologização” do comportamento anormal [e desta forma estaria] associada a resolução de problemas, desajustes e desvios da sociedade” (DIMESTEIN, 2000, p. 102)

A respeito da funcionalidade e aplicabilidade dessa ciência, e ao aproximarmos-nos do material oferecido pela Caderneta de Saúde da Criança, é possível reconhecermos algumas “verdades” acerca do que seja pensar o desenvolvimento das crianças, ou seja:

A Caderneta de Saúde da Criança é um importante instrumento para acompanhar o crescimento e o desenvolvimento da criança. Ela possui gráficos de crescimento; informações sobre a gravidez, o parto e o pós-parto, e espaço para anotações sobre saúde e doenças. Nela, é possível encontrar orientações sobre hábitos saudáveis, combate à desnutrição e às anemias carenciais, e prevenção do sobrepeso e da obesidade infantil. [...] Além disso, 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 diarreica (CADERNETA DE SAÚDE DA CRIANÇA, 2008)

O excerto remete a Rose (1998), pois, ao tratar das ciências psicológicas, nos ensina que estas estão muito próximas e engajadas em “programa, cálculos e técnicas para o governo das almas” (ROSE, 1998, p. 41). Assim, com a entrada da população nos cálculos do governo, tornam-se necessárias uma série de ações a fim de governar os sujeitos. “O nascimento e a história dos saberes sobre a subjetividade e a intersubjetividade estão intrinsecamente ligadas a programas que, a fim de governar os sujeitos, descobriu que precisa conhecê-los” (ROSE, 1998, p.

36). Ao tornar a subjetividade calculável, tornam-se as pessoas sujeitas a que se façam coisas com elas.

A expertise da subjetividade tem-se tornado fundamental para as nossas formas contemporâneas de sermos governados e de governarmos a nos próprios. Mas não por que os experts conspiram com o estado para iludir, controlar e condicionar os sujeitos [...] Ela obtém seu efeito não através da ameaça da violência ou do constrangimento físico, mas através da persuasão inerente às suas verdades, das ansiedades estimuladas por suas normas e das atrações exercidas pelas imagens da vida e do que ela nos oferece (ROSE, 1998, p. 42-43).

Popkewitz (2008) traz contribuições importantes acerca do tema ao ponderar que as categorias de aprendizagem transformam a criança moderna, que “assim passa a ser vista por outros e na mesma medida compreende a si própria como uma pessoa racional e em desenvolvimento” (POPKEWITZ, 2008, p. 178). Ao final do século XX, as crianças, ao serem transformadas em “aprendizes”, em quem estão se desenvolvendo, “constitui um esquema de racionalidade pelo qual [...] deveriam ser medidas para avaliar o desenvolvimento da personalidade e estágios de cognição” (POPKEWITZ, 2008, p. 178). O autor, porém, ao fazer esta afirmação, também faz a crítica de que tais tentativas eram estabelecidas “através da medição de sistemas abstratos de idéias, sem nenhuma ancoragem no tempo e espaço concreto. [Nestes sistemas a criança poderia ser classificada por meio] de estágios universais de desenvolvimento, de categorias psicológicas do “eu” e de medidas racionais de rendimento” (POPKEWITZ, 2008, p.178).

Para Popkewitz (2008), pode-se dizer que há uma racionalidade que sustenta esses discursos sobre a infância, assim como há uma racionalidade que inventa uma criança para a Caderneta de Saúde. Contudo, o autor salienta que, “não podemos tomar a racionalidade e a razão como um sistema unificado e universal pelo qual podemos falar sobre o que é verdadeiro e falso, mas como sistemas historicamente contingentes de relações cujos efeitos produzem poder” (POPKEWITZ, 2008, p.185). Os *experts*, ou seja, os sujeitos que veiculam os discursos científicos, falam de lugares privilegiados; lugares dos quais seus discursos produzem efeitos de governo sobre as populações.

Para mostrar a operacionalidade dessa racionalidade, trago os excertos da Caderneta, que definem atitudes esperadas para crianças em determinadas faixas-etárias.

### 2 a 4 meses

O bebê está mais ativo. Quando colocado de bruços, levanta a cabeça e os ombros.

Idade: \_\_\_\_\_

Segue com os olhos pessoas e objetos que estão perto dele.

Idade: \_\_\_\_\_

Brinca com a voz e tenta “conversar”, falando aaa, ggg, rrr.

Idade: \_\_\_\_\_

Descobre as mãos, começa a brincar com elas e gosta de levá-las à boca.

Idade: \_\_\_\_\_

(MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006, p. 31)

### 1 ano a 1 ano e 6 meses

A criança anda sozinha.

Idade: \_\_\_\_\_

Compreende bem o que lhe dizem, mas fala poucas palavras.

Idade: \_\_\_\_\_

Entende ordens simples como “dá um beijo na mamãe”.

Idade: \_\_\_\_\_

Quer comer sozinha.

Idade: \_\_\_\_\_

Gosta de escutar pequenas histórias, músicas e de dançar.

Idade: \_\_\_\_\_

Começa a fazer birra quando contrariada.

Idade: \_\_\_\_\_

(MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006, p. 35)

A tese apontada por Gondra e Garcia (2004) pode ser correlacionada com a dinâmica de construção e organização da Caderneta de Saúde da criança, quando idealiza uma criança dividida por etapas etárias, impondo demarcações aos infantes, e com isto produzindo um campo de verdades. Assim, substantivos como:

Ciclos. Etapas. Momentos. Fases. Níveis. Estágios. Períodos. Idades. [...] apesar das diferenças que guardam entre si, contêm e auxiliam na construção da idéia de vida segmentada, aspecto que consiste em um ponto de articulação comum entre eles. Remetem e reforçam a tese de que é possível, valendo-se de recursos variados, reconhecer aspectos comuns nas diferentes partes da cronologia da vida. É, portanto, no interior dessa crença que a idéia de infância vem sendo formulada e reproduzida, acoplando-se a ela a criação e reordenação de instituições que passaram a ser estreitamente vinculadas à etapa (GONDRA E GARCIA, 2004, p. 69).

A grande revolução dos saberes da biologia e da psicologia, como apontado por Veiga em Santos (2009), foi a de qualificar as idades como leis gerais de caracterização da infância, valendo-se de estudos relativos à evolução física e

mental da criança, estabelecendo os padrões e os modelos de crescimento físico e das habilidades mentais de acordo com os anos de vida.

A Caderneta compõe, como atenta Riffel (2005, p. 36), uma “gramática que produz as práticas que descreve e prescreve”. Portanto, através de seus ensinamentos, a psicologia coloca “o foco sobre uma gramática de gerência da vida” das crianças. Segundo Schwengber e Meyer (2011, p. 300), “as fichas, os exames ou os registros funcionam como estratégia política para tornar visível um determinado tipo de corpo” de forma a acompanhá-las, controlá-las, de modo a garantir higienismo.

Contudo, não se pode esquecer que nessa gramática se inscrevem modos de vida como forma de garanti-la em seus aspectos básicos de manutenção da saúde física e mental das crianças. Tal assertiva nos lembra aquilo de que trata Giddens (2002) ao descrever a produção de uma ‘confiança amorosa’ que, “desenvolvida através da atenção amorosa das primeiras pessoas a cuidarem da criança, produz a confiança básica que liga de maneira decisiva a auto-identidade à apreciação dos outros” (GIDDENS, 2002, p. 41).

Desse modo, no contexto brasileiro, o surgimento da psicologia, bem como seu ensino em escolas normais e/ou faculdades, esteve muito voltado a instruir o indivíduo frente às adversidades e circunstâncias do meio-ambiente, adaptar-se e assumir valores que se constituíssem como normas para seu comportamento. Dessa forma, o surgimento da psicologia científica, que também se dá através da criação de inúmeros laboratórios experimentais e do desenvolvimento de testes “visavam oferecer um método mais objetivo para o conhecimento do homem, para a medição dos comportamentos e seu ajuste à ordem social vigente” (DIMENSTEIN, 2000, p. 102).

A Caderneta, ao definir os comportamentos necessários para cada etapa do desenvolvimento da criança, deixa em evidência o amparo da psicologia do desenvolvimento a essa proposta, legitimando a produção dos infantis a um saber incorporado por tal abordagem. Segundo Papalia e Olds (2000), em um importante livro sobre o desenvolvimento humano, esse “campo [...] focaliza o estudo científico de como as pessoas mudam, e também como ficam iguais desde a concepção até a morte” (PAPALIA E OLDS, 2000, p. 25). Ao transpor suas técnicas e teorias psicológicas, parte do pressuposto de que a população infantil compartilha das

mesmas experiências, tem as mesmas representações de saúde/doença e corpo, bem como as famílias.

Isso se deve ao fato de que a Modernidade, com sua perspectiva universalista e essencialista em torno da infância, tenta inabilitar as diferenças, ou seja, as diferenças de classe, cultura, gênero, o que resultam em produções a respeito das crianças e suas famílias são, muitas vezes, descontextualizadas e etnocêntricas<sup>15</sup>. Assim, quando a Caderneta de Saúde da Criança fornece a explicação de que, no cuidado da criança entre seis e dez anos, deve-se considerar que:

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.

(MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006, p. 39)

Apoia-se em uma perspectiva e visão de mundo que define o que seria próprio para todas as crianças que se encontram nesta faixa-etária, compartilhando dos mesmos ideais, modos de expressão e demandam as mesmas necessidades para que ela desenvolva-se com afeto.

Segundo Papalia e Olds (2000, p. 26), “os psicólogos do desenvolvimento aprenderam muito sobre o que as pessoas precisam para se desenvolver normalmente, como elas reagem às múltiplas influências internas e externas, e como podem melhor realizar seu potencial”.

Assim, a Caderneta contribui para o fortalecimento da representação de uma infância que se desenvolve numa certa linearidade e para qual são feitas prescrições. Desse modo, tais entendimentos produzem efeitos na regulação e normatização do desenvolvimento da criança.

---

<sup>15</sup> O etnocentrismo segundo Rocha (2007) é uma visão do mundo onde o nosso próprio grupo é tomado como centro de tudo e todos os outros são pensados e sentidos através de nossos valores, nossos modelos, nossas definições do que é a existência. Desse modo, a diferença é tida como ameaçadora porque fere nossa identidade cultural. O grupo do “eu” faz da sua visão a única possível ou, ainda, a mais natural, a superior, a certa. O grupo do “outro” fica, nessa lógica, como sendo engraçado, absurdo, anormal ou ininteligível.

## 5. A FAMÍLIA E O GOVERNO DOS INFANTIS

Não pretendo, neste trabalho, abordar, de forma minuciosa, o tema da emergência da infância. Acredito que isso foi realizado, de forma extremamente competente, por autoras como Dornelles (2002, 2005) e Bujes (2002), que aqui quero destacar. Muito já foi dito, escrito e pensado, a respeito dos infantis, desde o surgimento de um sentimento de infância, com Ariès (1981), até a preconização de seu desaparecimento, por Postman (1999), ou a partir do olhar da sociologia da infância, através de Sarmiento (2009). Já há algum tempo as crianças vêm sendo investidas por diferentes saberes e atravessadas por diferentes discursos que corroboram a complexidade que requer esta temática.

Os infantis, ao serem postos na roda de investigação, são desarticulados e recompostos em uma maquinaria que os fragmenta. Passam a ser pensados espaços, organizado horários, criado teorias, especialistas, brinquedos, famílias, condutas e medicinas que sejam privativas para eles, ou seja, tecnologias específicas de governo (DORNELLES, 2005).

Na privacidade de vida em domicílio, quando a criança passa a ser ocultada, domesticada e, portanto, separada da vida do adulto, é por meio da educação, enquanto política do Estado, que se vai encontrar modos de gerenciar sua vida, que assim compõem “sistemas emergentes de referencialidade interna” (GIDDENS, 2002, p.143) para cada família.

Ao longo da pesquisa, observo que, dentro da Linha de Pesquisa Estudo sobre Infâncias<sup>16</sup>, os enunciados a respeito dos infantis são problematizados insistentemente, na tentativa de desnaturalizar a Infância do “singular” e pensá-la de forma “plural”.

Busco, na Dissertação, tramar os discursos sobre infâncias e famílias de forma a produzir diferentes modos de percebê-los. Da mesma forma que é complexo encontrar uma definição para o conceito de infâncias, pois ele nos escapa em cada tentativa de captura, há dificuldade de conceituar família, pois são muitas as variáveis ambientais, sociais, econômicas, culturais, políticas e religiosas que determinam as distintas composições das famílias. Falar sobre família é um desafio

---

<sup>16</sup> Estudo sobre Infâncias é a Linha de Pesquisa na qual minha pesquisa foi gestada no Programa de Pós-graduação desta Universidade.

para muitos pesquisadores que, além de buscar compreender as condições de possibilidade para a emergência dessa instituição, buscam contextualizações contemporâneas para conhecer esse conjunto de sujeitos agregados por diferentes laços. Assim, Ramos (2011, p. 173) afirma que:

Durante as últimas décadas, temos vivido um grande número de mudanças que têm afetado os padrões de vida, multiplicando as formas de se viver em família. A maior expectativa de vida e a redução da taxa de fecundidade, por exemplo, verticalizaram a estrutura familiar, interligando seus membros mais pelos laços ascendentes e descendentes do que pelos laços colaterais.

É inegável que a família tem sofrido modificações estruturais crescentes. Essas modificações se expressam no aumento da monoparentalidade, no aumento das famílias reestruturadas, no incremento do número de lares sem crianças, para citar apenas algumas dessas mudanças. As alterações na estrutura familiar fazem emergir o caráter mítico de algumas teses que percebem o núcleo familiar como um espaço aproblemático e “natural” de proteção e promoção do desenvolvimento dos sujeitos. Assim, percebe-se que esse é um lugar onde tanto se encontra o afeto e disfuncionalidade, quanto o acolhimento e os maus-tratos. A modificação familiar nos convida a pensá-la como instituição em mudança, construída e estruturada, não como uma entidade natural, imune ao *phatos* da vida social (SARMENTO, 2005).

Situações de desemprego, saída tardia da casa dos pais, maior tempo de escolarização e a própria entrada massiva das mulheres no mercado de trabalho também têm trazido contribuições importantes para as constelações familiares, alterando o tempo em que certas transições ocorrem no calendário de vida de homens e mulheres e criando, com isso, novas negociações na esfera pública e privada (RAMOS, 2011).

Conforme afirma Hickmann (2002), frente aos mais diferentes arranjos familiares existentes, é necessário referenciar a família no plural, para que possamos nos aproximar de uma multiplicidade de possibilidades com as quais nos defrontamos, assinalando que tais modificações têm feito emergir diversos modelos. Isso significa pensar que, além de um ideal normativo familiar, outros arranjos, outras possíveis estruturas familiares podem dar sentido à existência familiar. Em busca de uma definição de vida familiar que, de certa maneira, possa corresponder as diferentes possibilidades de ser família, dê-se preferência ao termo “dinâmicas e relações familiares”, a modelo ou unidade familiar (FONSECA, 2005).

Definimos o laço familiar como uma relação marcada pela identificação estreita e duradoura entre determinadas pessoas que

reconhecem entre elas certos direitos e obrigações mútuos. Essa identificação pode ter origem em fatos alheios à vontade da pessoa (laços biológicos, territoriais), em alianças conscientes e desejadas (casamento, compadrio, adoção) ou em atividades realizadas em comum (compartilhar o cuidado de uma criança ou de um ancião, por exemplo) (FONSECA, 2005, p. 54).

Os estudos do antropólogo brasileiro Luis Carlos Duarte, citado por Fonseca (2005), são importantes para compreendermos a família e seu dinamismo de funcionamento. Segundo ele:

[...] o valor “família” tem grande peso em todas as camadas da população brasileira. No entanto, significa coisas diferentes dependendo da categoria social. Enquanto entre pessoas da elite prevalece a família como linhagem (pessoas orgulhosas de seu patrimônio) que mantêm entre elas um espírito corporativista, as camadas médias abraçam em espírito e em prática a família nuclear, identificada com a modernidade. Para os grupos populares o conceito de família está ancorado nas atividades domésticas do dia-a-dia e nas redes de ajuda mútua (DUARTE *apud* FONSECA, 2005, p. 51).

É notório que a família vem se organizando das mais variadas formas. Alguns autores, como os já citados, apontam em direção de algumas razões para estas mudanças. Inscreve-se aí uma questão desafiadora: buscar entender a mobilidade e dinamismos destes mosaicos familiares que se apresentam sob novas configurações a partir de:

Divórcios, separações, rupturas e novas uniões [que] não redirecionam apenas a vida do casal diretamente envolvido no elo conjugal. Quando existem filhos, esses também são afetados por suas decisões, assim como os próprios avós, que precisam negociar novas formas de interação familiar. Hoje, estima-se que 40% das crianças experimentem o rompimento conjugal dos pais antes de completarem os 15 anos e aproximadamente 80% dos pais separados voltem a se casar nos três anos seguintes. Desses, mais da metade viverá uma nova separação. Como consequência do elevado índice de recasamentos, um quarto das crianças viverá, por algum tempo, com uma família não-consanguínea (COSTA, 2007).

Por sua grande importância, conforme assinala Foucault (2008), desde muito tempo a família pode ser percebida como um espaço significativo para diferentes ações políticas, “a partir de meados do século XVIII que a família aparece nessa instrumentalidade em relação à população” (FOUCAULT, 2008, p. 139), sendo dirigida a ela “campanhas sobre mortalidade, as campanhas relativas ao casamento, as vacinações, as inoculações” (FOUCAULT, 2008, p. 139). O lugar que a família



ocupa dentro do contexto histórico relatado por Foucault (2208) se atualiza nas políticas contemporâneas, fato que pode ser percebido no seguinte excerto:

Antes de apresentar a nova caderneta, Carafa enfatizou que 97% dos pais têm como prática apresentar a caderneta de saúde antes mesmo de começar a ser atendido. Diante disso, acredita na adesão das famílias ao documento. O desejo é que os pais levem o material a todas as consultas. Na sua opinião, a caderneta é um **instrumento por meio do qual o Ministério da Saúde pode intervir na saúde da criança** (CADERNETA DE SAÚDE DA CRIANÇA ATENDE AS NORMAS DA OMS, 2009)

Mais do que intervir, é possível dizer que essa política do Ministério da Saúde, também está fazendo sua regulação e sendo utilizada como estratégia que produz verdades e subjetivam os sujeitos, buscando normalizá-los enquanto infantis e famílias.

Segundo Dornelles (2005), a normalização é a afirmação do poder da norma. As “verdades” que subjetivam os sujeitos são saberes construídos por determinadas ciências que “passam a balizar o processo de normatização das crianças e se manifestam em procedimentos sobre o comportamento, o disciplinamento e a normatização das mesmas” (DORNELLES, 2005, p. 20). A partir de saberes provenientes, por exemplo, da psicologia e da pedagogia, ciências em análise nessa Dissertação, percebe-se que “na medida em que individualizam, permitem tornar a criança comparável” (DORNELLES, 2005, p. 20), assim como possibilitam descrever uma família ajustada e saudável.

Do que foi exposto até o momento sobre família, apresento algumas considerações que foram possíveis, a partir da problematização dos conteúdos expressos nas imagens e textos presentes na Caderneta de Saúde da Criança.

## 5.1 A “FAMÍLIA-MÃE”

Algumas autoras, sobretudo as que trabalham dentro de uma perspectiva de gênero, como Felipe (2000), Louro (1997) e Meyer (2000), abordam questões que apontam a maneira como alguns corpos e subjetividades vão constituindo-se enquanto corpos maternos. Pesquisas, como dessas autoras, contribuem e agregam conceitos importantes quando falamos das políticas que estão inseridas na Caderneta de Saúde da Criança.

Ao analisar a forma como as revistas pedagógicas e os livros da primeira metade do século XX estabeleciam prescrições para as crianças e suas famílias, em especial as mães, Felipe (2000) constatou um discurso que ressaltava a educação da mulher objetivando seu preparo para funções domésticas e maternas. Dessa forma, as mesmas deveriam responsabilizar-se pela tarefa de educar os filhos e servir de referência moral e afetiva do lar: “governar as mães significa governar as crianças, o que possibilita, em última análise, um exercício constante de poder sobre a família e a sociedade” (FELIPE, 2000, p. 9).

A ideia de incapacidade das famílias para educar, no Brasil, pode ser lida com frequência em inúmeros textos do século XIX e, também, do início do século XX. Essas eram descritas como negligentes ou condescendentes demais com sua prole. Tais concepções provocaram ações que visavam conter o despreparo das famílias e, em especial das mães, na educação dos filhos. Nesse contexto, educar as mulheres para atender essa demanda se alastrou. No final do século XIX e início do XX, surgiram vários cursos destinados às mulheres. É o caso de escolas normais e escolas técnicas femininas, que incluíam disciplinas de economia doméstica, puericultura, psicologia e higiene, tendo como objetivo preparar uma nova mulher, ligada à função de mãe e dona de casa (FELIPE, 2000).

Meyer (2000), ao analisar o Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno, discute as representações de mulher, mãe e criança saudável que vêm sendo constituídas no âmbito dessa política e verifica que vem se produzindo uma politização da maternidade e do aleitamento materno. Isso leva a pensar que a Caderneta de Saúde da Criança, ao acoplar-se a essa política, também se constitui em mais um instrumento que interpela a mãe a esse discurso. Observa-se, ao folhear a Caderneta, que um grande incentivo é dado à mãe no que tange aos benefícios do aleitamento materno, ou seja, são cinco páginas dedicadas a essa temática, acompanhadas de várias imagens e excertos que reproduzo a seguir.

Leite fraco:

- Não existe leite fraco! Todo **leite materno é forte e bom**. A cor do leite pode variar, mas ele nunca é fraco.
- Nem todo choro do bebê é de fome. A criança chora quando quer aconchego, quando tem cólicas ou sente algum desconforto.
- Sabendo disso, não deixe que idéias falsas atrapalhem a amamentação.

**Acredite que você é capaz de amamentar seu filho nos primeiros seis meses só com o seu leite.**

Em caso de dificuldades, procure orientação no serviço de saúde.

(MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006, p. 18)

É possível inferir que a ‘lição’ acima descrita, sobre o leite materno, pretende prescrever e esclarecer as mães sobre a importância de tal prática. Ao trazer esse excerto, não pretendi “negar o valor de verdade de outros estudos que abordam a maternidade e as inegáveis vantagens nutricionais e imunológicas do leite materno e, assim, contrapor a eles dados mais verdadeiros”, mas perceber os “efeitos deste discurso e sua conexão com o poder” (MEYER, 2000, p. 120).

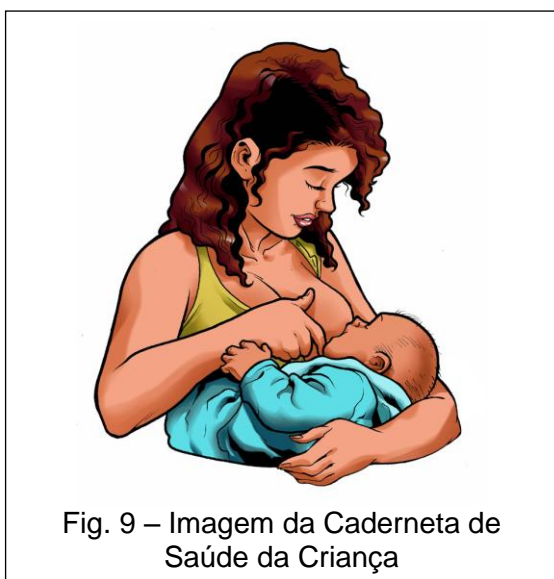


Fig. 9 – Imagem da Caderneta de Saúde da Criança

A imagem apresentada ao lado compõe a Caderneta de Saúde da Criança e traz a figura de uma mãe amamentando um bebê. Nessa cena, ambos são retratados de forma a transmitir tranquilidade. Não há choro ou dor, denotando uma prática sossegada e de fácil realização, algo ‘natural’ e da ‘essência’ materna. No entanto, logo a seguir no texto, são apresentadas algumas dificuldades que possam vir a surgir durante o processo de amamentação.

As dificuldades, assim como os esclarecimentos sobre a maneira correta de agir frente às mesmas, são assim descritas

**Rachaduras no bico do seio:**

- As rachaduras aparecem quando a criança não está pegando bem no peito da mãe.
- Se a pega do bebê não estiver correta, procure corrigi-la.
- Se o peito estiver muito cheio, tornando a mamada difícil, retire um pouco do leite antes, para ajudar o bebê a mamar.
- Se não houver melhora, procure ajuda num serviço de saúde.

**Seios empedrados:**

- Quando isso acontece, é preciso esvaziar bem os seios.
- Não deixe de amamentar, ao contrário, amamente com frequência, sem horários fixos, inclusive à noite.
- Retire um pouco de leite antes de dar de mamar, para amolecer a mama e facilitar para o bebê pegar o peito.
- Se houver piora, procure ajuda num serviço de saúde.

(MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006, p. 17)

Esse apanhado de ensinamentos e propostas a serem desenvolvidas pela mãe evidenciam a ênfase dada aos processos instituídos como maternos. Buscam colocar as mulheres-mães no centro dessa discussão, articulando-se, em torno desse ponto, significados construídos para a maternidade na contemporaneidade. Daí que, quando é sugerido às mães que:

Não se inibam em falar com seu filho daquele jeito carinhoso, aparentemente infantil, **típico da linguagem das mães**. Esse jeito de falar faz parte da profunda intimidade que se cria entre vocês e seu bebê.

[grifo meu] (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006, p. 14)

Faz-se pertinente questionar o que é “típico da linguagem das mães”? Essa afirmativa assegura a existência de uma identidade ou essência que estaria presente em todas as mães. Assim, bastaria que as mulheres fossem mães para possuir a linguagem típica, como se todas as mulheres experienciassem a maternidade do mesmo modo, ou seja, a modelação materna. A par disto, é indispensável colocar em provisoriedade os significados e representações de maternidade na contemporaneidade, para assim problematizar:

[...] algumas crenças do projeto de construção da sociedade moderna, dos processos que constituem desigualdades e hierarquias em relação a gênero – isto é, de modelos sociais que em diferentes momentos e circunstâncias investem nas mulheres a partir de uma suposta essência universal e biológica que as posiciona como provedoras, protetoras, cuidadoras e educadoras “naturais” das crianças (KLEIN, 2007, p. 342).

Ao analisar a Caderneta de Saúde da Criança, percebe-se essa centralidade atribuída à mãe, tanto na presença de imagens que privilegiam essa figura, como em documentos que dissertam de maneira a direcionar suas ações, como no que segue:

Em 2008, na última Pesquisa de Práticas Alimentares no 1º Ano de Vida, realizada pelo Instituto de Nutrição Annes Dias e Gerência dos Programas de Saúde da Criança, foi feita uma **avaliação sobre a leitura da caderneta pela mãe**. O resultado apontou que 13% não leram, 54% leram parcialmente e 32% acompanharam integralmente o conteúdo da caderneta [grifo meu] (A IMPORTÂNCIA DA CADERNETA DE SAÚDE, 2010).

Ao investigar o Programa do Governo Federal Bolsa-Escola, essa constatação também é identificada por Klein (2007). A autora percebe que, através das definições de família veiculadas em grande parte dos programas sociais, dá-se um “deslizamento e/ou na redução da noção de família para a noção de mãe” ou ainda “família = mãe” (KLEIN, 2007, p. 352). Os excertos que seguem evidenciam tais deslizamentos

**Mãe e filho** terão um prontuário em qualquer lugar que estejam. [grifo meu] (CADERNETA DE SAÚDE DA CRIANÇA ATENDE NORMAS DA OMS, 2009).

Tendo em vista estudos que demonstram que **70% das mães** fazem uso do documento, aproveitou-se a oportunidade para incluir na nova Caderneta de Saúde da Criança uma série de informações consideradas importantes para a **família** [grifo meu] (SAÚDE ATUALIZA E AMPLIA CADERNETA DE SAÚDE DA CRIANÇA, 2009).

Segundo a pesquisadora, na análise do Programa denominado Bolsa-Escola “as mulheres-mães estavam posicionadas como agentes prioritárias para a sua implementação”, sendo “imprescindível contar com sua ajuda e participação” (KLEIN, 2007, p. 351), o mesmo pode ser dito dessa Caderneta.

Além da presença majoritária das mães nas imagens apresentadas pelo documento, tendo apenas oito recorrências da figura paterna, em uma totalidade de 32 imagens, a condição do pai é de passividade. Percebe-se que, na maioria das imagens presentes no corpo desse documento, a figura do pai ou está invisibilizada ou visibilizada na condição de expectador das ações que a mãe está realizando. Tal atitude ressalta a prerrogativa de Donzelot (2001), quando nos ensina que, para a salvação e cuidado das crianças, os médicos logo perceberam que teriam que se aliar as mães, “aliadas de plantão no interior da casa” (p. 25). Para Orlandi (1985),

É exatamente a partir do século XVIII que começam a aparecer publicações aconselhando as mães a cuidarem pessoalmente de seus filhos e lhes fornecerem o próprio leite. Foi preciso criar vários argumentos e lembrar à mãe sua “atividade distintiva”, apelar a seu sentimento de dever e até mesmo ameaçá-la (ORLANDINI, 1985, p. 42).

O que os autores acima assinalam pode ser percebido nas imagens abaixo apresentadas:



Fig. 10 – Imagem da Caderneta de Saúde da Criança

bebê.

Na imagem ao lado, a mãe ocupa-se da troca de fraldas da criança enquanto o pai observa o procedimento realizado pela mesma. Dessa forma, através dessa imagem, a identidade do que é ser mãe vai se constituindo, como quem é a responsável pela ação de higienização do filho.

Na imagem abaixo apresentada, o pai observa enquanto a mãe alimenta o

Em ambas as figuras, um ideal de mãe vai sendo gestado atuando na produção de maternidades, pretendendo fixar e ensinar acerca do que é ser uma mulher-mãe. Articulam-se, em torno dessas imagens, outros significados de uma maternidade idealizada.

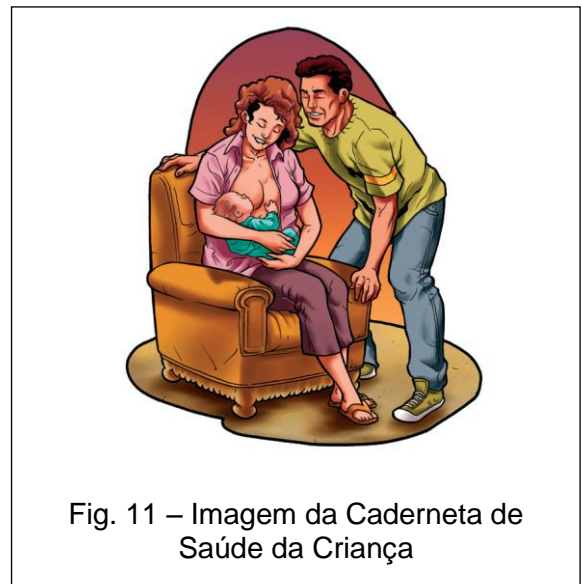


Fig. 11 – Imagem da Caderneta de Saúde da Criança

Considerando o fato de vivermos em uma cultura permeada por imagens que penetram nas nossas vidas e modulam nossas concepções, que “se aderem aos nossos pensamentos sem nos darmos conta dos efeitos delas sobre nós” (CUNHA, 2005, p.7), e tomada pelo entendimento da importância do campo da Cultura

Visual<sup>17</sup>, ao analisar as imagens da Caderneta de Saúde da Criança, observo que as ausências e recorrências são elementos significativos a serem problematizadas. Percebemos visibilizações e/ou invisibilizações, em conformidade com os “diferentes contextos sociais e culturais [...] construindo identidades e visões de mundo a partir de seus ensinamentos” (CUNHA, 2005, p.5).

Segundo Simon (2003), as imagens tornam-se práticas importantes no sentido da organização das relações de poder dentro dos regimes discursivos sendo:

[...] raramente neutras e, na realidade, nunca se dirigem às “pessoas” simplesmente com abstrações generalizadas. Modos particulares de representação e compreensão e seus resultados significados estão sujeitos tanto à normalização quanto à padronização no interior a formas sociais específicas (SIMON, 2003, p. 74).

Se, assim como Simon (2003), podemos entender as imagens como parte de um regime discursivo, complementar e elucidativo, Klein (2003) diz que as maternidades e paternidades, ao serem colocadas em discurso, compõem diversos significados sociais, culturais e políticos que produzem efeitos sobre o corpo, atitudes e comportamentos, enfim, sobre os modos como as pessoas tornam-se homens e mulheres, pais e mães.

Desse modo, podemos observar na Caderneta o quanto se captura a família através de suas imagens no que se refere à produção de “pedagogias da visualidade [que] formulam conhecimentos e saberes que não são ensinados e aprendidos explicitamente, mas que existem, circulam, são aceitos e produzem efeitos de sentido sobre as pessoas” (CUNHA, 2008, p. 7).

Assim, pode-se dizer que, mesmo havendo um discurso de responsabilização da família pelo cuidado e educação da criança, a Caderneta de Saúde da Criança é “um documento importante para acompanhar a saúde, o crescimento e o desenvolvimento de seu filho ou filha. Ela irá ajudar a sua família [nos] cuidados com a criança” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005, p. 5), as imagens apresentam, geralmente, a da figura mãe desenvolvendo práticas de cuidado e atenção à criança.

Conforme Mota (2011, p. 3) “a maternidade [...] inscreve-se dentro da dinâmica da sociedade, num momento historicamente construído, no qual a

---

<sup>17</sup> Segundo Cunha (2005, p. 2), a Cultura Visual se preocupa em como as imagens são produzidas, distribuídas e utilizadas socialmente, como uma prática cultural que produz e negocia significados.



influência de padrões culturais, das representações sociais, crenças e valores se apresentam como determinantes na sua concepção”.

Observando o conjunto de imagens a seguir,



Fig. 12 – Imagens da Caderneta de Saúde da Criança

retiradas da Caderneta de Saúde da Criança, pode-se ver figuras de representação materna desempenhando diferentes tarefas ligadas ao cuidado e educação das crianças: uma mãe alimentando o bebê, a mãe levando a criança para vacinar, a mãe repreendendo/educando a criança, a mãe aferindo a temperatura corporal do



bebê, a mãe levando a criança a Unidade Básica de Saúde, a mãe ensinando a caminhar, a mãe levando as crianças ao parque infantil e a mãe ensinando a criança a escovar os dentes. Essas imagens são importantes para entendermos a mensagem expressa por essas ilustrações na medida em que compreendemos a importância das mesmas para as formulações de verdades. Tais ações desempenhadas por mulheres podem ser tomadas como pertencentes ao 'universo feminino'. Dessa forma, a 'aprovação' da criança apresenta-se como uma prova concreta de valorização da mãe. Entendo esta como mais um estratégia para reforçar a posição e a responsabilidade moral das mulheres que gestam e produzem um filho saudável e educado. "Trata-se de um processo duplo, que classifica mãe e feto, porque inscreve marcas nos dois corpos: anormais/normas, saudáveis/doentes, negligenciados/cuidados" (SCHWENGBER E MEYER, 2011, p. 302)

De maneira similar ao Programa analisado por Klein (2007), a Caderneta de Saúde da Criança também busca estabelecer um vínculo estreito entre as mulheres e o "exercício da maternidade através do cumprimento de um conjunto de práticas, tais como ser fiscal da educação das crianças e administrar a renda familiar, entre outras" (KLEIN, 2007, p. 343). No caso da Caderneta de Saúde da Criança, é a ação de cuidado da mãe que garantirá o crescimento da criança saudável. É justamente essa vinculação mulher-mãe que contribuirá na "resolução de problemas sociais, como a redução da corrupção, da violência, da migração, da evasão e da repetência, bem como favorecer o crescimento econômico, a melhoria da saúde, a auto-estima das famílias" (KLEIN, 2007, p. 343).

Nessa perspectiva, percebe-se que, no Brasil, as políticas públicas têm centralizado nas famílias, e principalmente nas mães, a responsabilização pela educação e cuidado das crianças. Desse ponto de vista, "o projecto de maternidade tem início muito antes da mãe se encontrar, de fato, grávida. [...] A maternidade, [é entendida] como uma fase do desenvolvimento do ciclo vital da mulher" (MOTA, 2011, p. 3). Essa centralidade na figura da mãe é presente tanto na política da Caderneta de Saúde da Criança, como no Bolsa Escola, Família Brasileira Fortalecida, Primeira Infância Melhor, que, podendo ser consideradas "políticas complementares à educação, na maioria das vezes, tornam-se modalidades hegemônicas, em que há uma valorização da disposição do feminino, do materno e do doméstico" (ALBUQUERQUE, 2010, p. 147)

## 5.2 CENÁRIOS DE FAMÍLIAS

A Caderneta de Saúde da Criança pode ser percebida como uma espécie de cartilha, como mostrei anteriormente nesta Dissertação. Através de suas ilustrações, observa-se que, em sua maioria, as figuras são representações de família. É possível, a partir das mesmas, inferir que determinados ensinamentos e/ou situações, presentes nesse documento, por vezes são mostrados pela figura de representação materna e, em outros, pela paterna e materna conjuntamente, sendo as mães retratadas na maioria das vezes.

Cunha (2008) afirma que “muito mais do que representar os sujeitos e os grupos, os artefatos e imagens instituem os modos de vermos os outros e nos relacionarmos como mundo”. As questões, que aqui podem ser colocadas a partir do que já foi escrito e da afirmação da autora citada, são de que modos as imagens podem estar constituindo modos de ser pai e mãe? Comportamentos, ações e atividades são mais apropriadas às mães e, outros, aos pais? Assim, se entendemos a pedagogia visual como “processos educativos efetuados pelas imagens” (CUNHA, 2005, p. 12), poderíamos perceber as imagens da Caderneta de Saúde da Criança como uma forma de pedagogização das famílias, ditando orientações a serem seguidas.

O caráter educativo das imagens, levantado como hipótese deste estudo, está organizado dentro de um cenário que contextualiza as ações dos personagens dessas ilustrações. Dessa forma, quando observamos o conjunto das imagens da Caderneta de Saúde da Criança, podemos constatar algumas intencionalidades.

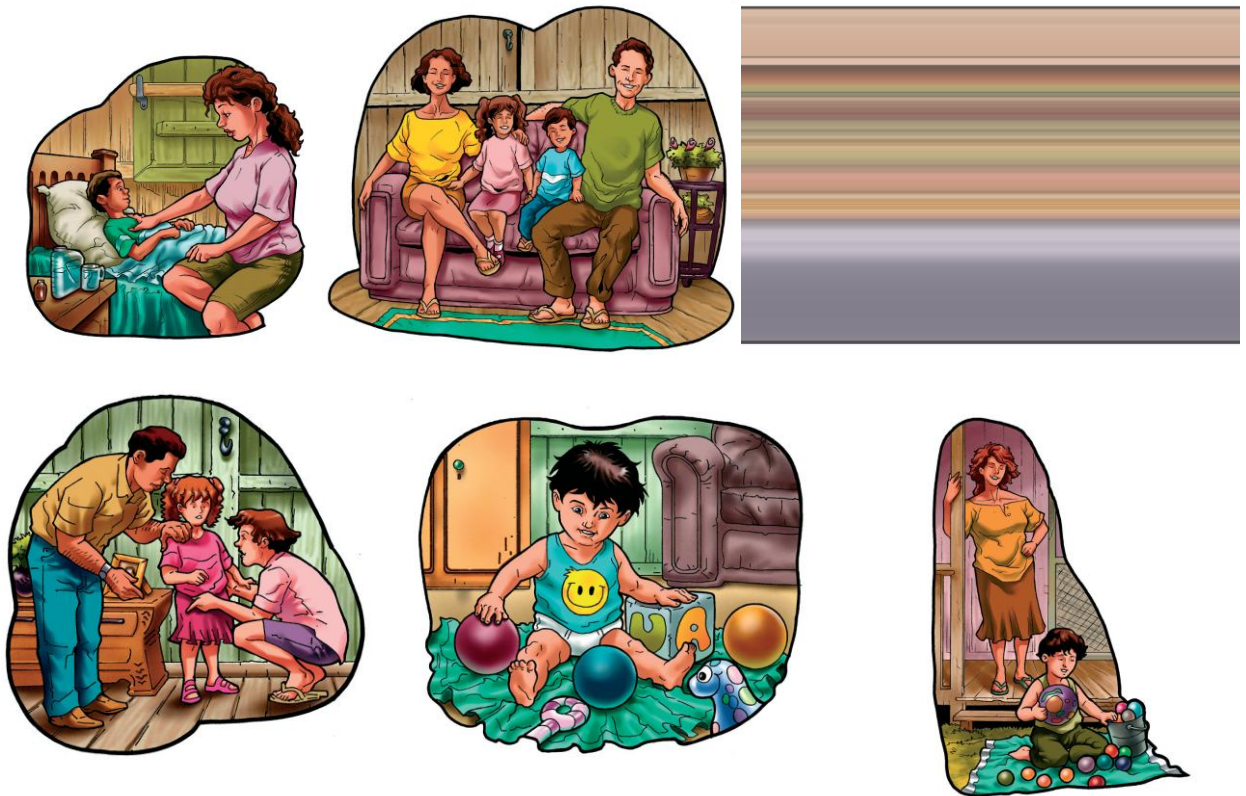


Fig. 13 - Imagens da Caderneta de Saúde da Criança

Há recorrências significativas, que nos possibilitam identificar a quem são endereçadas, ou seja, qual público presume-se que consuma os ensinamentos dessa Caderneta. Assim, as casas apresentadas nas imagens têm paredes de madeira, decoradas com simplicidade, com mobiliários pouco elaborados. As mulheres, assim como os homens, usam roupas triviais e também calçam chinelos, em sua maioria.

Como em seções anteriores, problematizar as imagens da Caderneta de Saúde da Criança implica pensar como as diferentes composições, culturas e origens de famílias brasileiras são descritas. O que se percebe, no entanto, é que as representações se repetem com marcadores que aparecem ao longo de todo documento. Apesar de não ser a mesma família ao longo das páginas, as imagens

são muito parecidas, contendo informações, muitas vezes, semelhantes nas peças do vestuário, na ausência de acessórios, nos tons das roupas, nas cores de cabelo e pele.

Muito além de uma “neutralidade”, as imagens modelam nossos modos de ver, narram o mundo a partir de determinados pontos de vista, territorializam tribos, constroem e disputam significados. A regularidade, a insistência, os padrões estéticos das imagens [...] tem o poder de adestrar nossos olhares de tal modo que até as estruturas formais podem ser “lidas” a partir dos significados inscritos nas imagens (CUNHA, 2011, p. 5).

Tais materiais formam e conformam nosso olhar e pensamento, de modo que passamos a crer que são as pessoas que são retratadas por essas imagens que precisam receber as informações que são tratadas no texto da Caderneta. São essas pessoas que se espera que leiam a Caderneta? Quem se espera que se encontre e se identifique com as cenas narradas? Assim o que é dito, e também o que na Caderneta é silenciado, tem repercussões políticas e culturais.

Se compreendermos, assim como Cunha (2011), que as imagens criam nossas referências sobre o mundo, assim como as produções artísticas fílmicas, essas referências visuais, mesmo que díspares, formam repertórios visuais estéticos, concepções sobre acontecimentos históricos e modos de vida. Enfim, essas diferentes representações expressas em diferentes suportes materiais e linguagens, épocas e tradições culturais, produzem a visualidade e os modos de ver o mundo. (CUNHA, 2011). Poderemos, então, perceber o quanto as imagens apresentadas na Caderneta exercem uma função educativa e de constituição de verdades.

Nesse sentido, grande parte do material presente na Caderneta contribui para o fortalecimento de uma representação materna comprometida com os cuidados dos filhos, sendo suposto que todas as mulheres desejem e possam amamentar seus filhos, e que devem dar conta de uma gama variada de atribuições. Assim, constrói, em torno disso, um conjunto de verdades. Segundo Cunha (2010, p. 3), “na maioria das vezes, as imagens homogeneizam modos de ser, definem o que as pessoas e as coisas devem ser e ao defini-las dentro de determinados padrões, as diferenças não são contempladas, ao contrário, são excluídas”.

## 6 HIGIENIZANDO O CORPO PARA GERENCIAR O RISCO

Observa-se que mecanismos de poder disciplinar cercam o corpo, constituindo-o e fabricando-o através de sua sujeição e objetivação, com a finalidade de transformá-lo em um corpo de conhecimento. Dessa forma, no momento em que os sujeitos são transformados em objetos, ou seja, “ao serem objetivados, ao se tornarem objeto de conhecimento [...] são descritos, classificados, hierarquizados, diferenciados, tornando-se indivíduos operacionalizáveis e calculáveis” (DORNELLES, 2005, p. 21), e constitui-se sobre esses indivíduos “uma visibilidade através da qual eles são diferenciados e sancionados” (DORNELLES, 2005, p. 21)

Logo, a identificação de novos saberes sobre o corpo, bem como das práticas de acompanhamento que surgiram para decifrá-lo e objetivá-lo, coloca-se como um desafio, justificando uma vigilância constante da população (SCHEID, 2007).

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.

(MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006, p. 19)

Pode-se perceber que a recomendação apresentado no excerto exposto inclina-se na direção desse complexo mecanismo, que tem como alvo o controle da população através de mecanismos disciplinares a serviço da constituição de uma infância saudável, garantindo sua sobrevivência. Assim como nos estudos apresentados por Riffel (2005), a Caderneta de Saúde da Criança “institui uma forma de controle e regulação da vida ao estabelecer uma rede de educação das populações” (RIFFEL, 2005, p. 19).

Olhando para os estudos de Foucault (2002), percebe-se que muitos processos disciplinares que visavam o controle do corpo são descritos em instituições como conventos, orfanatos e exércitos da Idade Média. Entretanto, o autor assinala que tais práticas tornaram-se disciplinares ou “fórmulas gerais de dominação” (FOUCAULT, 2002, p.119). Entre os séculos XVII e XVIII. Para o autor:

O momento histórico das disciplinas é o momento em que nasce uma arte do corpo humano, que visa não unicamente o aumento de suas habilidades, nem tampouco sua sujeição, mas a formação de uma relação que no mesmo mecanismo o torna tanto mais obediente quanto é mais útil, e inversamente. Forma-se então uma política das

coerções que são um trabalho sobre o corpo, uma manipulação calculada de seus elementos, de seus gestos, de seus comportamentos. O corpo humano entra numa maquinaria de poder que o esquadrinha, o desarticula e o recompõe (FOUCAULT, 2002, p. 119).

Nessa maquinaria, que delinea e traceja o corpo, os procedimentos de “objetivação/normalização/individualização” possibilitam a diferenciação e organização dos sujeitos dentro de protocolos que mensurados e divididos a “partir de padrões prescritos, [busca tornar a criança] um objeto de descrição e documentação. Os saberes assim produzidos possibilitam um tipo de controle e dominação que se efetiva num processo constante de objetivação/subjetivação” (DORNELLES, 2005, p. 22-23). Dentro desse entendimento, a Caderneta de Saúde da Criança contribui nesse processo definido como documentação da criança, uma vez que esse instrumento objetiva documentar este corpo.

Uma nova forma de cuidar das crianças irá se fortalecer a partir do século XVI, quando emerge uma vontade de protegê-las e salvar suas vidas, preservando-as de doenças e moléstias. Esse fortalecimento denota uma preocupação com o corpo e com a vida, necessitando-se, assim, de um adulto com outro olhar para com a criança. O empenho, então, será no sentido de constituir um conjunto de técnicas e táticas de controle dos corpos, utilizando-se dessa nova mentalidade em torno do corpo do indivíduo-criança (HICKMANN, 2008).

Ao falarmos sobre corpo, Foucault (2003) nos é esclarecedor quando descreve ~~que~~ as características do poder soberano enquanto gerência sobre o direito à morte e vida dos corpos de seus súditos. Porém, a partir da época clássica, ocorre uma mudança profunda nesse entendimento. O direito à morte se apoiará nas exigências de um poder que gere vida. O antigo direito de causar a morte, ou deixar viver, é substituído por um poder de causar a vida. Dessa maneira, o poder sobre a vida desenvolve-se a partir do século XVII sob duas formas principais. A primeira, centrada em um “corpo máquina” e no seu adestramento, na ampliação de aptidões, no crescimento de sua utilidade e docilidade. A segunda se constitui, um pouco mais tarde, em meados do século XVIII, centrada no “corpo-espécie”, em um corpo transformado pela mecânica do ser vivo e como um suporte dos processos biológicos, os nascimentos, a mortalidade, a duração da vida, a longevidade. “Tais processos são assumidos mediante toda uma série de intervenções e controles

reguladores: uma bio-política da população, caracterizada por um poder cuja função já não é mais matar, mas investir sobre a vida, de cima a baixo” (FOUCAULT, 2003, p.131).

Assim, se tomarmos Foucault (2203) e suas formulações apresentadas no parágrafo anterior, poderemos pensar num poder que gere vida ou, ainda, que garanta o investimento na vida dos sujeitos para definir e demarcar recomendações a respeito da vida de forma minuciosa. Mais, observo esse preceito incluso na Caderneta de Saúde da Criança quando ensina, por exemplo, como deve ser dado o banho em uma criança, quais os cuidados com a água na prevenção de queimaduras, qual o local e o tipo de sabonete a ser utilizado.

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.

(MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006, p.)

A execução das recomendações definidas na Caderneta de Saúde da Criança pode ser tomada como uma promessa de sucesso no cuidado e educação do bebê que acaba de nascer, logo, um investimento que garante sua sobrevivência.

Trata-se, assim, de uma biopolítica porque o poder está endereçado ao controle da espécie. Dessa forma, é necessário controlar a população e prever seus riscos, ao nível da vida coletiva, mediante mecanismos regulamentadores (VEIGA-NETO, 2007). Nessa perspectiva, a Caderneta de Saúde da Criança, como uma política de atenção à saúde da criança, se coloca como uma estratégia para documentar e armazenar informações sobre os infantis, como um diário médico onde são arquivadas:

[...] a evolução de peso, altura e perímetro cefálico relativo a cada idade, destacando, ainda, a identificação e orientação sobre registro civil, dados sobre gravidez, parto, pós-parto e nascimento; orientação sobre cuidados nos primeiros dias de vida; dicas sobre amamentação e alimentação saudável; calendário vacinal e local para registro das doses feitas; saúde bucal, ocular e auditiva; indicações sobre sinais de perigo à saúde da criança; e regras para promoção dos bons tratos (A IMPORTÂNCIA DA CADERNETA DE SAÚDE, 2010).

A linguagem expressa no excerto referencia como a vida da criança deve ser gerenciada, pensada e organizada conforme as compreensões daquilo que os adultos pretendem e pensam sobre o que as crianças são ou devam ser. O que nos lembra Veiga-Neto (2007), quando, sobre a linguagem, explica:

O que dizemos sobre as coisas nem sempre são as próprias coisas (como imagina o pensamento mágico), nem são uma representação das coisas (como imagina o pensamento moderno). Em outras palavras, os enunciados fazem mais do que uma representação do mundo: eles produzem o mundo (VEIGA-NETO, 2007, p. 31).

Para operar enquanto instrumento de vigilância, controle e educação, a Caderneta de Saúde a Criança necessita estabelecer um conjunto de ferramentas capazes de cumprir com essa promessa. Dentre estas, a aliança entre a família e o especialista, assim como a produção do risco. Tais temas serão tratados nos sub-capítulos que seguem.

## 6.1 A ALIANÇA FAMÍLIA E ESPECIALISTA NOS CUIDADOS A CRIANÇA

Ao buscar compreender como a família alia o especialista nos cuidados à criança, ou ainda, como a família e o especialista são capturados pelo discurso de uma aliança produtiva, pode-se pensar que é as verdades são produzidas em:

Cada grupo [e] cada nação acolhe e faz funcionar determinados tipos de discursos como verdadeiros ou falsos, estes são produzidos e regulamentados a partir das necessidades políticas e econômicas que exercem múltiplas coerções sobre este discurso e sancionam suas formas de atuação e legalização de práticas e condutas específicas destinada a universalização de valores (MAIRESSE, 2003, p. 265).

Dessa forma, o discurso do que é verdadeiro emerge de um processo de construção e produção conforme as necessidades de cada sociedade. As verdades não são naturalmente verdadeiras. Elas são constituídas por inúmeros discursos que a tornam legítima e aceitável, seja pelas inúmeras vezes em que são repetidas, seja por quem são ditas.

De acordo com Andrade e Meyer (2011), o caráter de legitimidade dos discursos, bem como seu estatuto de verdade, são constituídos a partir da qualificação do lugar de onde falam os sujeitos, os experts, ou seja, os sujeitos que veiculam os discursos científicos, falam de lugares específicos e privilegiados, que reafirmam sua autoridade. E é justamente através da “construção de um discurso de autoridade em torno daquele conhecimento que os indivíduos se sentem interpelados” (ANDRADE E MEYER, 2011).



Mairesse (2003) afirma que a verdade é produzida pelo poder e produz poder. É o saber enquanto verdade científica, reconhecido por dispositivos sociais e jurídicos, que rege o funcionamento de verdades e é este saber que determina procedimentos e práticas possíveis de serem reconhecidas com falsas ou verdadeiras.

Deste modo, Rose (1998) faz questão de sublinhar que se constitui, então, uma nova *expertise*, “uma *expertise* da subjetividade”, que ao tomar o sujeito como lugar de endereçamento de suas práticas, realiza uma intervenção de modo a “classificar e medir a psique ao predizer suas vicissitudes, ao diagnosticar a causa de seus problemas e ao prescrever remédios” (ROSE, 1998, p. 32). A *expertise* que ao reunir diferentes discursos objetiva ditar normas e padrões a serem seguidos em determinado campo.

A leitura atenta do trecho que segue problematiza o lugar instituído para o profissional da saúde, numa política como a da Caderneta de Saúde da Criança, podendo-se afirmar o discurso transversal da educação neste documento:

[...] espera-se que essa ferramenta também possa intermediar os diálogos entre os familiares e os profissionais de saúde, entendendo que **estes últimos têm um importante papel educativo a desempenhar** [grifo meu] (MINISTÉRIO LANÇA CADERNETA DA CRIANÇA, 2008)

Mas, quais são os mecanismos que tornam válido o caráter pedagógico atribuído ao profissional da saúde? Nos excertos que seguem, podem-se perceber algumas possibilidades para o entendimento do que tenho chamado de aliança entre família e profissional da saúde:

Segundo a pediatra sanitária Martha Andrade Vilela e Silva, gerente do Programa de Saúde da Criança do município, o principal objetivo é assegurar o acompanhamento e uma maior interação da criança e seus familiares aos serviços de saúde. Martha afirma que todos os atendimentos devem ser registrados na caderneta, para que a família possa acompanhar a saúde do filho, bem como a **comunicação entre os profissionais que assistem à criança** [grifo meu] (A IMPORTÂNCIA DA CADERNETA DE SAÚDE, 2010).

Apesar de escrita em uma linguagem acessível, para que as informações sejam entendidas pelas famílias, conforme orientação do Ministério da Saúde, **todas as dúvidas que surjam podem ser esclarecidas na unidade municipal de saúde próxima à residência** [grifo meu] (A IMPORTÂNCIA DA CADERNETA DE SAÚDE, 2010).

Segundo Donzelot (2001), é possível falarmos de uma aliança entre o médico e a família burguesa na Europa das últimas décadas do século XVIII e fim do século XIX. É nesse período que alguns médicos elaboraram, para essas famílias, um conjunto de livros que tratavam de questões relacionadas à educação, criação e medicação das crianças burguesas. Ao exporem simultaneamente a doutrina médica e conselhos educativos, começam a preocuparem-se com a possibilidade de uma vulgarização das “análises médicas que leva todo mundo a se improvisar em médico com os erros que isso pode implicar e, sobretudo, com uma perda de poder para o corpo médico” (DONZELOT, 2001, p. 22-23).

Em função da necessária aproximação entre medicina e família, e a fim de superar as possíveis dificuldades ocasionadas pela vulgarização da medicina, é que surge o médico de família. E a “instauração do médico de família, essa implantação direta do médico na molécula familiar, [que se] constitui o melhor meio de sustar as tentações de charlatões e dos médicos não qualificados” (DONZELOT, 2001 p. 23). No interior da família se privilegia uma aliança entre o médico e a mãe. Assim, quando Donzelot (2001) apresenta uma passagem do manual de higienismo organizado pelo higienista Fonssagrives, em 1876, percebe-se o direcionamento desta aliança: “Os papéis de mãe e médico são e devem permanecer nitidamente distintos. Um prepara e facilita o outro, eles se completam, ou melhor, deveriam completar-se no interesse do doente. O médico prescreve, a mãe executa” (DONZELOT, 2001, p. 23).

Prudentemente, porém, é lembrado por Donzelot (2001) que, até a metade do século XVIII, a medicina não tinha interesse pelas crianças e mulheres, sendo estas apenas percebidas como máquinas de reprodução, pela medicina. Os partos, as doenças infantis, assim como as parturientes, pertenciam ao campo de conhecimento das “comadres”. No momento que a medicina passa a ocupar-se das mulheres e crianças, inicia-se um trabalho de desconsideração e desqualificação desse saber, “uma destruição do império das comadres, uma longa luta contra suas práticas consideradas inúteis e perniciosas” (DONZELOT, 2001, p. 24).

De acordo com Donzelot (2001), o médico, ao unir-se com a mãe, encontra uma aliada de plantão dentro da família. Ela é capaz de, cotidianamente, impor à criança seu poder, bem como conter a interferência danosa dos criados, fazendo com que seja uma:

[...] aliança proveitosa para as duas partes. O médico, graças à mãe, derrota a hegemonia tenaz da medicina popular das comadres e, em compensação, concede à mulher burguesa, através da importância maior das funções maternas, um novo poder na esfera doméstica. (DONZELOT, 2001, p. 25).

Segundo Costa (1989), a exaltação a favor da higiene do corpo, da educação e da casa em defesa da saúde, provocou, na família, uma intensa e importante preocupação, que anteriormente não se possuía, “ela foi capaz de ouvir ruídos aos quais era totalmente surda” (COSTA, 1989, p. 144). Foucault (2002) denomina esta aliança que se estabelece como família medicalizada, pois é concedida a “essa família, à qual foi dado todo poder imediato e sem intermediário sobre o corpo da criança, mas que é controlada de fora pelo saber e pela técnica médicos” (FOUCAULT, 2002, p. 322).

Tudo isto faz sentido, quando falamos de famílias abastadas e que possuem serviços, onde as esposas estão envoltas com tarefas de organização do lar e ainda “possuem cultura suficiente para tirar proveito [do] tipo de livro” (DONZELOT, 2001, p. 26-27) que aborda formas de cuidar de crianças. O mesmo não é percebido nas famílias populares. Nesse grupo, a intervenção “passa por outros canais que não o da difusão de livros e o do estabelecimento de uma aliança orgânica entre família e medicina” (DONZELOT, 2001 p. 27). Alguns motivos são apontados, entre eles o analfabetismo e a falta do acesso à medicina de família, mas sobrepondo-se a estes, está o fato de os problemas das famílias populares serem extremamente diferentes dos problemas das famílias abastadas.

Busca-se garantir a conservação das crianças e o higienismo para as famílias de classe popular, através da “economia social” (DONZELOT, 2001 p. 27), por meio de:

[...] liberdades assumidas (abandono das crianças em hospícios para menores, abandono disfarçado em nutrizas), de controlar as uniões livres (desenvolvimento do concubinato com a urbanização na primeira metade do século XIX), de impedir linhas de fuga (vagabundagem dos indivíduos, particularmente das crianças). Em tudo isso não se trata mais de assegurar proteções discretas, mas sim, de estabelecer vigilâncias diretas (DONZELOT, 2001, p. 27).

Independentemente de se tratarem de famílias abastadas burguesas ou de famílias de classes populares, como define Donzelot (2001), não resta dúvida de

que há uma preocupação em garantir o higienismo da população, pois, em última análise, esse é o desígnio dos esforços da medicina social.

Assim como os desígnios apontados por Donzelot (2001) a Caderneta de Saúde da Criança também tem como a finalidade a ordenação dos comportamentos salutarés ao desenvolvimento da criança, com afeto e segurança. Para tanto, a atuação do profissional da saúde é apontada como necessária para o pleno cumprimento dos objetivos que se pretende, pois segundo Vieira *et al* (2005), a Caderneta de Saúde da Criança é entendida como um instrumento essencial “para promover a vigilância à saúde integral da criança, [necessitando] da participação e compromisso dos profissionais de saúde para implementação” (VIEIRA *et al*, 2005). E, ainda, Alves *et al* (2009) acrescentam que a relevância deste instrumento se deve ao fato de “possibilitar o diálogo entre a família e os diversos profissionais que atendem a criança e especialmente por pertencer a criança e a família e com elas transitar pelos diferentes serviços e níveis de atenção no exercício do cuidado com a saúde” (ALVES *et al*, 2009, p. 583).

A aliança que se estabelece entre o profissional da saúde e a família é necessária para que se possa garantir a vida do sujeito, que é interpelada “no posto de saúde sobre os alimentos que ajudam a prevenir a DEFICIÊNCIA de VITAMINA A e a ANEMIA” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006, p. 74) ou ainda, instiga o sujeito para que “discuta as suas dúvidas sobre os cuidados com os dentes da sua criança com os profissionais de saúde que a estão acompanhando” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006, p. 28). Do mesmo modo, “os profissionais de saúde, nessas consultas, poderão também orientá-la [a mãe] sobre os cuidados necessários para que o seu filho ou filha tenha boa saúde” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006, p. 21), encontrando um aliado na figura do profissional da saúde.

Para Foucault (2002), sendo a família que vigia a criança, “deve ser o agente transmissor do saber médico. Do corpo da família à técnica do médico, a família deve no fundo servir simplesmente de intermediária e como que de correia de transmissão” (FOUCAULT, 2002, p. 319), configurando-se em um “investimento do espaço familiar pela racionalidade médica” (FOUCAULT, 2002, p. 317).

Desse modo, é contratada, com o profissional da saúde, uma gama de responsabilizações para o efetivo funcionamento da Caderneta de Saúde da Criança, uma vez que “a adequada utilização da Caderneta de Saúde da Criança

pelos profissionais possibilita maior valorização e apropriação do instrumento pela família, favorecendo sua maior adesão e co-responsabilização pelas ações de vigilância” (ALVES *et al*, 2009, p. 584). A qualidade do preenchimento da Caderneta seria uma forma de “revelar o funcionamento dos serviços e o desempenho dos profissionais” (ALVES *et al*, 2009, p. 584). Desse modo, o preenchimento da Caderneta de Saúde da Criança também coloca em regime de visibilidade a atuação do profissional da saúde.

Assim, os profissionais da saúde que assistem a criança devem efetuar registros na Caderneta, pois “o registro correto e completo das informações, além do diálogo com a família sobre as anotações realizadas são requisitos básicos para [...] que o papel de instrumento de comunicação, educação, vigilância e promoção da saúde infantil” (ALVES *et al*, 2009 p.584) que tem a Caderneta de Saúde da Criança seja implementado. Dessa forma, a aliança família e profissional poderá estar sendo estabelecida e solidificada.

## 6.2 DO USO DO SAL À TROCA DAS FRALDAS: A PRODUÇÃO DO RISCO

Na medida em que “delimitamos comportamentos, modos de ser e agir, quando estabelecemos uma norma, um padrão, produzimos referenciais identitários, estamos ao mesmo tempo afirmando e constituindo aquilo que é diferente a esta identidade” (HÜNING; GUARESCHI, 2011, p. 3). Aquilo que não está inserido nesses referenciais é compreendido como risco. Assim, “o diferente passa a ser chamado de risco” (HÜNING; GUARESCHI, 2011, p. 3). Ao produzirmos a infância normal, também produzimos a infância que é a infância da diferença. Essa diferença pode ser percebida como perigosa, carente, menor e vulnerável.

A articulação risco-diferença pode ser percebida nas constatações de um estudo desenvolvido em Feira de Santana, na Bahia, que avaliou o uso do Cartão da Criança com o objetivo de verificar o índice de preenchimento do mesmo. Segundo Vieira *et al* (2005), através da Caderneta de Saúde da Criança os pais podem realizar o “acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil”. Dessa forma, serão as orientações disponibilizadas pela Caderneta que servirão como gradientes de normalidade do desenvolvimento dos seus filhos. Para isso, devem atentar para:

a identificação precoce de problemas de saúde dinâmicos, como a desnutrição e retardo no crescimento, com a possibilidade de reversão do processo, em tempo de garantir um crescimento adequado à criança, uma vez que quadros crônicos, quando instalados, tendem a promover repercussões irreversíveis” (VIEIRA et al, 2005).

É através da vigilância que se torna possível a detecção precoce de desvios e patologias. O risco, assim, passa a ser produzido, “associado a um tipo de racionalidade que orienta formas específicas de exercício do poder, isto é, estratégias de governo que endereçam o campo infantil” (BUJES, 2010, p. 161). Assim, quando se estabelece que há uma infância a ser protegida, não se pode compreendê-la “como algo natural, que sempre esteve aí, mas a partir de um complexo de saberes, de instituições e de estratégias de poder que lhe conferiram existência histórica” (BUJES, 2010, p. 161).

Assim sendo, engendram-se práticas de aliança entre *família-especialista*, que produz a invenção da necessidade da realização de um trabalho conjunto, a fim de minimizar riscos para a criança. A Caderneta de Saúde da Criança sugere aos pais que “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” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006, p. 21). Dessa forma, pode-se afirmar que o desenvolvimento de uma infância se dará adequadamente na medida em que um determinado comportamento for seguido. Nessa mesma esteira, a existência de uma infância do risco pode advir justamente do descaso para com essas recomendações. Segundo Santos e Lunardi (2007), o risco tem uma estreita relação com a norma, pois:

Ao discriminar comportamentos certos e errados, o risco torna-se uma estratégia de governo. Ele elege comportamentos “certos” e estimula-os; em contrapartida, estabelece os comportamentos errados e busca, através de estratégias de prevenção, diminuí-los ou exterminá-los (SANTOS e LUNARDI, 2007, p. 13).

Segundo Giddens (2002, p. 111), “o risco refere-se a acontecimentos futuros”, na medida em que pretende a colonização do futuro ligada às práticas do presente. Se operarmos com o conceito de risco proposto por este autor, significará compreender que, para que se garanta a efetivação de determinadas e específicas práticas no que se refere o cuidado da criança, é necessário produzir o perigo no presente, ou seja, a não observância das demarcações da Caderneta de Saúde da Criança.

Modere o uso de sal. O sal em excesso pode contribuir para o aumento da pressão arterial (hipertensão). Evite temperos prontos, alimentos enlatados, carnes salgadas e embutidos como mortadela, presunto, lingüiça, etc. Todos contêm muito sal.

(MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006, p.25)

A definição de práticas que ameaçam a saúde, como as citadas acima, que estão presente na Caderneta de Saúde da Criança, definem os fatores de risco e, também, definem a etiologia dos perigos para saúde, nesse caso, a hipertensão. Assim “risco não é o mesmo que infortúnio ou perigo, risco se refere a infortúnios ativamente avaliados em relação a possibilidades futuras” (GIDDENS, 2000, p. 33). Para que o risco seja considerado, ele precisa ser amplamente divulgado e anunciado, pois “é preciso convencer as pessoas de que o risco é real” (GIDDENS, 2000, p. 39).

A díade risco e prevenção é referenciada nos excertos que tratam da Caderneta de Saúde da Criança, sendo assim enunciados:

Visando a promover a vigilância à saúde da criança, entendida como postura ativa que deve ser assumida para a **prevenção e para a minimização dos danos** é que o Ministério da Saúde revisou o Cartão da Criança, transformando-o em uma Caderneta da Criança a ser adotada para todas as crianças brasileiras que se beneficiam do Sistema Único de Saúde (SUS) ou que tenham planos privados de saúde [grifo meu] (MINISTÉRIO LANÇA CADERNETA DA CRIANÇA, 2008).

[A Caderneta de Saúde da Criança] possibilita o acompanhamento do crescimento - com **identificação precoce de situações de risco**, como **alterações na curva de crescimento**, permitindo encaminhamentos necessários - e aspectos do desenvolvimento com **detecção precoce de problemas**, permitindo a intervenção e o trabalho na **linha da prevenção** [grifo meu] (A IMPORTÂNCIA DA CADERNETA DE SAÚDE, 2010).

Os fragmentos acima dizem da preocupação dessa política governamental para com a gestão do risco e com a prevenção dos danos que podem ser evitados, se o comportamento adequando for tomado pela família no que diz respeito à saúde da criança. Ao relacionarmos um tema à noção de “risco cabe o uso da palavra ‘polícia’ no sentido de vigiar e controlar aquilo que coloca a vida em perigo e precisa do olhar de quem vigia e controla” (RIFFEL, 2005, p. 60). Esse olhar seria tanto do profissional da saúde que acompanha esta criança, como da família que a vigia. Da

mesma forma, atua a recomendação da Caderneta quanto às práticas de vigilância direta à criança como segue:

**Não deixe sua criança sozinha:**

- sobre o trocador (mesa, cômoda);
- na sua cama;
- no banho;
- em casa ou sob os cuidados de outra criança.

(MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006, p. 20)

Deixar a criança sozinha sobre o trocador ou a cama, ou ainda em situações como de banho, são definidas como situações eminentemente arriscadas e com potencial perigoso. Segundo Giddens (2000, p. 44) “é impossível adotar uma atitude negativa [...] em relação ao risco. O risco precisa ser disciplinado”. Disciplinar o risco poderá significar prever as possibilidades para sua ocorrência. Elencar comportamentos adequados para manejar a criança, em determinadas situações, pode representar o disciplinamento das ações de cuidado dessa mãe para com a criança.

Para lidar com o risco, segundo Hüning e Guareschi (2011) se criam novas instâncias e especialismos, através de programas de assistência, tratamentos e projetos de atendimento, como é a Caderneta de Saúde da Criança.

Ao se produzir discursos de verdade, ao estabelecer normas, ao classificar, produz-se o diferente, que se torna alvo de discursos ortopédicos. O diferente ainda é tratado como um fenômeno que precisa ser normatizado e assim como uma “verdade” o constituiu outra entrará em jogo a fim de corrigi-lo. Pedagogias, psicologias [são algumas] tecnologias [que] voltar-se-ão ao governo destes indivíduos (HÜNING E GUARESCHI, 2001, p.6)

As narrativas apresentadas na Caderneta de Saúde da Criança não são naturais, mas sim, constituídas no campo do discurso, desencadeando estratégias políticas de investimento sobre os sujeitos em possível posição de risco. Dessa maneira, esse documento investe na necessidade de formação de especialistas, para a prestação de cuidados, e nos desvios a serem combatidos em relação à norma apresentada. Segundo a Caderneta de Saúde da Criança, “se achar que sua criança não está se desenvolvendo como você espera, fale sobre isto com um profissional da saúde” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006, p. 29).

Pensar o sujeito em posição de risco é romper com a ideia da criança natural. Se determinados sujeitos são narrados como pertencentes a um grupo que



representa um risco, é em função de uma série de discursividades e pela constituição de um campo de verdades que os narram a partir dessa condição. As diferenças entre o infantil do risco e o infantil do desenvolvimento adequado repousam na produção de relações de poder. Dessa forma, ao estimular as famílias a realizarem determinadas ações, como é o caso das previstas na Caderneta de Saúde da Criança, estará tal política interessada na prevenção de um possível risco e preocupada em produzir determinados comportamentos das crianças e da família, para evitar o risco e garantir segurança.

O risco, nas palavras de Saraiva (2006), constitui-se como:

Um lugar cada vez mais destacado na organização da vida, sendo tomado como um instrumento de governamento da conduta. A noção de risco está ligada aos acontecimentos suscetíveis de ocorrer a um grupo, distinguindo-se do perigo, entendido como uma ameaça objetiva individual. O risco é uma prática normativa: todos estão expostos ao risco, mas cada qual com sua probabilidade individual (SARAIVA, 2006, p. 85).

Ewald (2000, p.88) afirma que “em si mesmo, nada é um risco, não existe risco na realidade. Inversamente, tudo pode constituir um risco; tudo depende da maneira como se analisa o perigo, como se considera o acontecimento”. Podemos entender que o lugar do risco é constituído por determinadas normatividades que o delineiam, o risco assim é “uma esquema de racionalidade, uma maneira de decompor, recompor, ordenar certos elementos da realidade” (EWALD, 2000, p. 88). Pode-se perceber o funcionamento dessa análise de risco através da composição de perigo que vai se tracejando no excerto retirado da Caderneta de Saúde da Criança que segue:

Para evitar assaduras, troque as fraldas sempre que estiverem molhadas ou sujas e limpe o bebê com água, pano ou algodão úmido. Sempre que usar sabonete, enxágüe bem. Não use talco, pois pode levar à sufocação do bebê.

(MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005, p. 20)

Nesse sentido, “as práticas de policiamento, vigilância e controle, trazem consigo a possibilidade de ‘salvar’ ou melhorar as condições [...] de vida das populações” (RIFFEL, 2005, p. 30). Segundo Foucault (2002), os pais devem cuidar e tomar conta dos filhos em dois sentidos: de maneira a impedir que morram e ao mesmo tempo vigiá-los de modo a educá-los. Dessa maneira “a vida futura das crianças está nas mãos dos pais. O que o Estado pede aos pais [...] é que a família

[...] se encarregue [...] do corpo e da vida dos filhos, [...] se pede que os pais dêem uma atenção contínua e intensa ao corpo dos filhos” (FOUCAULT, 2002, p. 323).

Esta ideia de educação dada pelos pais aos filhos se desenvolve na metade do século XIX e é nomeada por Foucault (2002) como educação natural, pois os pais podem ser considerados como os educadores naturais dos filhos. Essa educação deve obedecer a determinadas regras, que garantam a sobrevivência das crianças, mas, também, a educação e o desenvolvimento normalizado. “Essas regras e a racionalidade dessas regras são detidas por instâncias como os educadores, como os médicos, como o saber pedagógico, como o saber médico. Em suma, toda uma série de instâncias técnicas que balizam e sobrepujam a própria família” (FOUCAULT, 2002, p. 324).

## **O Homem; As Viagens**

Carlos Drummond de Andrade

*O homem, bicho da terra tão pequeno  
Chateia-se na terra  
Lugar de muita miséria e pouca diversão,  
Faz um foguete, uma cápsula, um módulo  
Toca para a lua  
Desce cauteloso na lua  
Pisa na lua  
Planta bandeirola na lua  
Experimenta a lua  
Coloniza a lua  
Civiliza a lua  
Humaniza a lua.*

*Lua humanizada: tão igual à terra.  
O homem chateia-se na lua.  
Vamos para Marte - ordena a suas máquinas.  
Elas obedecem, o homem desce em Marte  
Pisa em Marte  
Experimenta  
Coloniza  
Civiliza  
Humaniza Marte com engenho e arte.*

*Marte humanizado, que lugar quadrado.  
Vamos a outra parte?  
Claro - diz o engenho  
Sofisticado e dócil.  
Vamos a Vênus.  
O homem põe o pé em Vênus,  
Vê o visto - é isto?  
Idem  
Idem  
Idem.*

*O homem funde a cuca se não for a Júpiter  
Proclamar justiça junto com injustiça  
Repetir a fossa  
Repetir o inquieto  
Repetitório.*

*Outros planetas restam para outras colônias.  
O espaço todo vira terra-a-terra.  
O homem chega ao sol ou dá uma volta  
Só para tever?  
Não-vê que ele inventa  
Roupa insidável de viver no sol.  
Põe o pé e:  
Mas que chato é o sol, falso touro  
Espanhol domado.  
Restam outros sistemas fora  
Do solar a col-  
Onizar.*

*Ao acabarem todos  
Só resta ao homem  
(estará equipado?)  
A difícilíssima e perigosíssima viagem  
De si a si mesmo:  
Pôr o pé no chão  
Do seu coração  
Experimentar  
Colonizar  
Civilizar  
Humanizar  
O homem  
Descobrir em suas próprias inexploradas entranhas  
A perene, insuspeitada alegria  
De con-viver*

## 7 AS NOTAS DA MINHA CADERNETA

Um pouco da trajetória que tornou possível a escrita desse trabalho já foi, por mim, apresentada no primeiro capítulo desta Dissertação, ou seja, das condições de possibilidades que tornaram corpo esta escrita. Dos territórios que busquei tecer e as articulações e aproximações que compuseram minha trajetória de psicóloga-professora-pesquisadora, do longo do percurso de trabalho para que viesse pesquisar este tema, os interesses teóricos, e a configuração da questão de pesquisa.

Sei que, ao longo de nossos estudos, fazemos escolhas, nos afinamos com alguns grupos mais do que com outros. O fato de poder transitar por diferentes campos de conhecimento, além da psicologia, como a antropologia, educação, sociologia e filosofia, permearam minha prática profissional e penetraram na minha escrita. Para esta construção de saberes, lutas, encontros e desencontros, compuseram, e compõem, meu fazeres de pesquisa e atuação; formações e deformações da minha escrita.

Problematizar a contemporaneidade, suas composições no campo da infância, permeados por reflexões e análises, permitiram-me realizar alguns questionamentos e entendimentos importantes acerca de pressupostos que construíram meu imaginário, em verdades sobre crianças e famílias. Dentre estas, estava a ideia da “família perfeita” que garantiria o desenvolvimento da criança sadia. Para nós, psicólogos<sup>18</sup>, o conceito de normalidade nos é muito dispendioso, pois na difusão dos saberes *psí*, em suas mais variadas facetas, as reflexões e discussões em torno dessa conceituação são (in)tensas.

Mas foi no curso (*in*)esperado, nos encontros e desencontros de outras infância, outras famílias, que esta trama foi se fazendo escrita. Foi justamente das crianças que se constituíram como o outro da infância, que foi possível esta Dissertação. Com os nós e emaranhados tramados, também passei a dizer verdades sobre seus funcionamentos e desenvolvimentos. Porém, foram algumas formas de dizer verdades, apenas algumas. São essas outras imagens/experiências

---

<sup>18</sup> Não quero falar aqui em nome de todos os psicólogos ou ainda em nome da psicologia, porém quero ressaltar que o conceito de normalidade é caro para esta ciência que nasce com a intenção de regular comportamentos e garantir a normalização do sujeito. Uma crítica muito apurada é descrita no trabalho da psicóloga Magda Dimenstein (2000) e pode ser acessada em seu artigo “A cultura profissional do psicólogo e o ideário individualista: implicações para a prática no campo da assistência pública à saúde”.

de crianças e famílias, que muitas vezes recusamos como possibilidades, que povoam as cenas do cotidiano. Talvez estejam apenas num caminho diferente.

Esta Dissertação, ao problematizar os discursos que são tramados na Caderneta de Saúde da Criança, buscou estabelecer um campo de tensionamento permanente das verdades que posicionam os sujeitos, configuram identidades e definem políticas públicas. Esta escrita, através do compartilhar de resultados, pretende possibilitar o estabelecimento de relações com outros pesquisadores, professores e interessados que estejam investigando e/ou trabalhando com questões ligadas ao tema da infância e da família.

Através dos apontamentos levantados ao longo da pesquisa, tive a intenção de trazer apenas algumas possibilidades de investigação, sem no entanto, analisá-las de forma isolada, no sentido de comprovar que tais recorrências ou ausências evidenciam “esta ou aquela” verdade relacionada à família e à infância. Ainda, não pretendi utilizar a análise dos temas para comprovar e responder ao que venho me questionando. Ao contrário, como já trazia em meu Projeto de Dissertação, minha tentativa é, justamente, de resistir a trilhar pelo caminho óbvio e fácil que descreve a família dentro de determinados estereótipos: meu intento foi desterritorializar. Talvez o “descaminho” indicado por Foucault (1998b) seja o mais adequado para minha investigação.

Percebi, na análise da Caderneta de Saúde da Criança, significativas possibilidades de investigação no que tange às questões dos infantis, família, desenvolvimento infantil, risco, população, direitos, maternidade, para citar apenas algumas, relacionando-as a outros documentos, como nas notícias relativas a essa Caderneta e nas notas do Ministério da Saúde. Entendo que todos esses instrumentos de investigação puderam constituir um arquivo da trama tecida e me levaram a construir as problematizações através das questões apresentadas.

Pensar a infância, a família, a saúde da criança e sua composição na contemporaneidade, através da Caderneta de Saúde da Criança, representa tratar de uma série de informações de gerenciamento da vida de famílias e crianças. Análises e considerações, discutidas nesta Dissertação, poderão contribuir para as discussões acerca dos modos de se conduzir a vida de famílias e crianças.

Enfim, pretendi, na Dissertação intitulada: CUIDE DO SEU BEBÊ DO NOSSO JEITO: A CADERNETA DE SAÚDE DA CRIANÇA ou sobre UM MODO de FAZER VIVER as CRIANÇAS e se EDUCAR as FAMÍLIAS, exercitar um pensamento,

produzir um objeto de pesquisa e, ao mesmo tempo, me experimentar de modo singular e único, fazer-me pesquisadora. Entendo que é na captura de alguns elementos desse processo, nesse entrecruzar de caminhos, que se coloca em circulação a arte de um conhecimento para que possa romper com sentidos conhecidos e estabelecidos, que se pode criar, aterrissar em muitos planetas, desbravar caminhos conhecidos e desconhecidos da Terra à Vênus, do sol a Marte. E descobrir que o melhor lugar do mundo pode, como nos diz Drummond, estar no retorno ao coração de nos mesmos.

## REFERÊNCIAS

A IMPORTÂNCIA DA CADERNETA DE SAÚDE. Disponível em:  
[http://multirio.rio.rj.gov.br/familia/index.php?option=com\\_k2&view=item&id=54:caderneta-de-sa%C3%BAde&Itemid=19](http://multirio.rio.rj.gov.br/familia/index.php?option=com_k2&view=item&id=54:caderneta-de-sa%C3%BAde&Itemid=19) . Acesso em: 17 mar. 2010

ALBUQUERQUE, Simone Santos de. Educação das Crianças Pequenas: da lógica cultural e familiar às políticas públicas. In: *Educação e realidade*. v. 35, n. 3, set-dez, 2010.

ALVES, L.; LASMAR, L.; GOULART, L.; ALVIN, C.; MACIEL, G.; VIANA, M.; COLOSIMO, E.; CARMO, G.; COSTA, J.; MAGALHÃES, M.; MENDONÇA, M.; BEIRÃO, M.; MOULIN, Z. Qualidade do preenchimento da Caderneta de Saúde da Criança e fatores associados. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 25(3), mar, 2009.

ANDRADE, Sandra dos Santos; MEYER, Dagmar Esterman. *Pedagogia culturais e produção de corpos femininos em 'Boa Forma': uma abordagem a partir dos estudos culturais*. Disponível:  
<http://vsites.unb.br/in/his/gefem/labrys4/textos/sandra1.htm>. Acesso em 11 jun. 2011.

ARIÈS, Philippe. *Historia Social da Criança e da Família*. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan S.A., 1981

BRASIL. Ministério da Saúde. *Gestões e gestores de políticas de atenção à saúde da criança: 70 anos de história*. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. *O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios*, 3. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009. 480p.

BUENO, Silveira. *Minidicionário da Língua Portuguesa*. São Paulo: FTD, 1996.

BUJES, Maria Izabel Edelweiss. O fio e a trama: as crianças nas malhas do poder. In: *Educação & Realidade*. v.25, n.1. Porto Alegre: UFRGS, 2000.

BUJES, Maria Izabel Edelweiss. *Infância e Maquinarias*. Rio de Janeiro:DP&A, 2002.

BUJES, Maria Izabel Edelweiss. Infância e poder: breves sugestões para uma agenda de pesquisa. In: COSTA, Marisa Vorraber; BUJES, Maria Isabel Edelweiss.

Caminhos *investigativos III*: riscos e possibilidades de pesquisa nas fronteiras. Rio de Janeiro: DP&A, 2005.

BUJES, Maria Izabel Edelweiss. Infância e Risco. In: *Educação e realidade*. v. 35, n. 3, set-dez, 2010.

CADERNETA de Saúde da Criança Atende as Normas da OMS. Disponível em: <http://www.unicamp.br/unicamp/> Acesso em: Acesso em 24 nov. 2009.

CADERNETA DE SAÚDE DA CRIANÇA. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=24225](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/visualizar_texto.cfm?idtxt=24225). Acesso em: Acesso em: 14 nov. 2008.

CADERNETA DE SAÚDE DA CRIANÇA É ATUALIZADA. Disponível em: <http://www.fomezero.gov.br/noticias/caderneta-de-saude-da-crianca-e-atualizada>. Acesso em: 24 nov. 2008.

CADERNETA DE SAÚDE DA CRIANÇA – Passaporte da cidadania. Disponível em: [http://www.portal.saude.gov.br/portal/saude/odm\\_saude/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=35185](http://www.portal.saude.gov.br/portal/saude/odm_saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=35185). Acesso em: 24 maio 2011.

CORAZZA, Sandra Mara. *História da Infância Sem Fim*. Ijuí: Ed. UNIJUÍ, 2000.

COSTA, Jurandir Freire. *Ordem Médica e Norma Familiar*. 3 ed. Rio de Janeiro: Graal, 1989.

CUNHA, Susana Rangel Vieira da. *Desenhos de meninos e meninas: relações entre imaginários e gênero*. Fazendo Gênero 8 – Corpo, violência e poder. Florianópolis, agosto de 2008. Disponível em: [http://www.gedest.unesc.net/seilacs/genero\\_susanarangel.pdf](http://www.gedest.unesc.net/seilacs/genero_susanarangel.pdf). Acesso em: 05 fev. 2010.

CUNHA, Susana Rangel Vieira da. *Apontamentos sobre a Cultura Visual*. Anais do 19 Seminário Nacional de Arte e Educação: a poética da docência, Montenegro/RS, vol. 1, 2005.

CUNHA, Susana Rangel Vieira da. Cultura visual, gênero, educação e arte. Infância e cultura visual. Disponível em: [http://www.anped.org.br/reunioes/31ra/4sessao\\_especial/se%20-%2006%20-%20susana%20rangel%20vieira%20da%20cunha%20-%20participante.pdf](http://www.anped.org.br/reunioes/31ra/4sessao_especial/se%20-%2006%20-%20susana%20rangel%20vieira%20da%20cunha%20-%20participante.pdf). Acesso em: mar. 2011.



CRUZ, L.; HILLESHEIM, B.; GUARESCHI, N. Infância e Políticas Públicas: Um Olhar sobre as Práticas Psi. *Psicologia & Sociedade*, 17 (3), 42-49; set-dez: 2005.

DELEUZE, Gilles. O que é um dispositivo. In., *O mistério de Ariana*. Lisboa: Vega, 1996.

DIMESTEIN, Magda. A cultura profissional do psicólogo e o ideário individualista: implicações para a prática no campo da assistência pública à saúde. *Estudos de Psicologia*, 5(1), 2000.

DONZELOT, Jacques. *A polícia das famílias*. 3 ed. Rio de Janeiro: Graal, 2001.

DORNELLES, Leni Vieira. *Infâncias que nos escapam: criança na rua à criança cyber*. Petrópolis: Vozes, 2005.

DORNELLES, Leni Vieira. *Meninas no Papel*. Porto Alegre: UFRGS, 2002 Tese (Doutorado em Educação) – Programa de Pós-Graduação em Educação, Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2002.

ESTRATÉGIA BRASILEIRINHAS e Brasileirinhos Saudáveis. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/odmsaude/visualizartexto.cfm?idtxt=35139>. Acesso em: 20 jul. 2011.

EWALD, François. *Foucault, a Norma e o Direito*. Lisboa: Vega, 2000.

FELIPE, Jane. Governando os Corpos Femininos. *Labrys, Estudos Feministas*, nº 4, agosto/dezembro, 2003. Disponível em: <http://e-groups.unb.br/ih/his/gefem/labrys4/textos/jane1.htm>. Acesso em: 05 fev. 2010.

FELIPE, Jane. *Governando Mulheres e Crianças: Jardins de Infância em Porto Alegre na Primeira Metade do Século XX*. Porto Alegre: UFRGS, 2000. 201 f. Tese (Doutorado em Educação) – Programa de Pós-Graduação em Educação, Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2000.

FISCHER, Rosa Maria Bueno. Foucault e a Análise do Discurso em Educação. *Cadernos de Pesquisa*, n. 114, p. 197-223, novembro, 2001.

FONSECA, Claudia. Antropologia e Psicologia: apontamentos para um diálogo aberto. In: KESSLER, C. H.; et al. *Tramas da clínica psicanalítica em debate*. Porto Alegre: UFRGS, 2004.

FONSECA, Claudia. Concepções de Família e Práticas de Intervenção: uma contribuição antropológica. *Saúde e Sociedade*, v. 14, n. 2, p. 50-59, maio/ago. 2005

FONSECA, Marcio Alves Normalização e direito. In: CARRERO, Vera Porto, BRANCO, Guilherme Castelo (org.). *Retratos de Foucault*. Rio de Janeiro: Nau Editora, 2000.

FOUCAULT, Michel. *Os Anormais*. São Paulo: Martins Fontes, 2009.

FOUCAULT, Michel. A Governamentalidade. In: MACHADO, Roberto (org.). *Microfísica do Poder*. 22 ed. Rio de Janeiro: Graal, 2006b.

FOUCAULT, Michel. *Em defesa da Sociedade*. São Paulo: Martins Fontes, 2002.

FOUCAULT, Michel. *Segurança, Território e População*. São Paulo: Martins Fontes, 2008.

FOUCAULT, Michel. *O nascimento da clínica*. 5. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1998a.

FOUCAULT, Michel. *História da Sexualidade II: O uso dos prazeres*. Rio de Janeiro: Graal, 1998b.

FOUCAULT, Michel. *História da Sexualidade I: A vontade de saber*. Rio de Janeiro: Graal, 2003.

FOUCAULT, Michel. *Vigiar e Punir*. Petrópolis: Vozes, 2006a.

FOUCAULT, Michel. *Ditos e Escritos IV*. Forense Universitária: Rio de Janeiro, 2006c.

FRAGELLI, Ilaana Katz Zagury. Pais na Escola: mais um fruto do encontro da Psicanálise com a Educação. *Estilos da Clínica*. Instituto de Psicologia. São Paulo, v. 1, n. 1, p. 94-103, 1996.

GIDDENS, Anthony. *Modernidade e Identidade*. Rio de Janeiro: Zahar, 2002.

GIDDENS, Anthony. *Mundo em Descontrole*. Rio de Janeiro: Recorde, 2000.

GONDRA, José; GARCIA, Inára. A arte de endurecer “miolos moles e cérebros brandos”: a racionalidade médico - higiênica e a construção social da infância. *Revista Brasileira de Educação*. Maio /Jun /Jul /Ago, 2004.

HICKMANN, Roseli Inês. *Dos direitos das crianças no currículo escolar: miradas sobre processos de subjetivação da infância*. Porto Alegre: UFRGS, 2008. 205 f. Tese (Doutorado em Educação) – Programa de Pós-Graduação em Educação, Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2008.

HICKMANN, Roseli Inês. Escola e Família: tênues limites da disciplina. In: XAVIER, Maria Luisa (Org.). *Disciplina na Escola*. Enfrentamentos e reflexões Porto Alegre: Mediação, 2002.

HÜNING, Simone Maria; GUARESCHI, Neusa. Infância normal X “infância em situação de risco”: a produção social da diferença. Disponível em: [http://cce.udesc.br/titosena/Arquivos/Artigos\\_infancia/Infancia%20em%20situacao%20de%20risco.pdf](http://cce.udesc.br/titosena/Arquivos/Artigos_infancia/Infancia%20em%20situacao%20de%20risco.pdf). Acesso em: mar. 2011.

INCORPORAÇÃO DA CURVAS DE CRESCIMENTO DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE DE 2006 E 2007 NO SISVAN, 2011 Disponível em: [http://nutricao.saude.gov.br/sisvan.php?conteudo=curvas\\_cresc\\_oms](http://nutricao.saude.gov.br/sisvan.php?conteudo=curvas_cresc_oms) . Acesso em: 18 mai. 2011.

INTEGRALIDADE DA ATENÇÃO À SAÚDE. Disponível em: [www.saude.gov.br/secretariadeatencaoasaude/integralidaedaatencaoasaude=12345](http://www.saude.gov.br/secretariadeatencaoasaude/integralidaedaatencaoasaude=12345) . Acesso em: 17 fev. 2011.

KLEIN, Carin. ...Um cartão [que] mudou nossa vida?” Maternidades veiculadas/instituídas pelo Programa Nacional de Bolsa-Escola. Porto Alegre: UFRGS, 2003. Dissertação (Mestrado em Educação) – Programa de Pós-Graduação em Educação, Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2003.

KLEIN, Carin. Mulher e Família no Programa Bolsa-Escola: maternidades veiculadas e instituídas pelos anúncios televisivos. *Cadernos Pagu* , p. 339 -364, nº29, jul./dez. 2007.

LOURO, Guacira L. *Gênero, Sexualidade e Educação*. Petrópolis: Vozes, 1997.

MACHADO, Roberto et al. *Danação da Norma: a medicina social e a constituição da psiquiatria no Brasil*. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

MARSHALL, James. Governamentalidade e educação Liberal. In: SILVA, Tomaz Tadeu da (Org.). *O Sujeito da Educação: estudos foucaultianos*. 6 ed. Petrópolis: Vozes, 2008.

MAIRESSE, Denise. Cartografia: do método à arte de fazer pesquisa In: FONSECA, Tânia Mara Galli; KIRST, Patrícia Gomes. *Cartografia e Devires: a construção do presente*. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2003.

MEYER, Dagmar Estermann. As mamas como constituintes da maternidade: uma história do passado? *Educação e Realidade*. Porto Alegre, v. 25, n. 2, p117-133, jul./dez. 2000.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. *Caderneta de Saúde da Criança*. Brasil, 2006.

MINISTÉRIO lança Caderneta da Criança. Disponível em: <http://www.sindsegsc.org.br/sala-de-imprensa/noticias/4150-ministerio-de-saude-lanca-caderneta-da-crianca> . Acesso em 24 nov. 2008.

MOTA, Mara. *Representações Sociais da Gravidez: A Experiência da Maternidade em Instituição*. Disponível em: <http://www.repository.utl.pt/bitstream/10400.5/3276/18/Tese.pdf> . Acesso em 20 jul. 2011.

NARDI, Henrique Caetano; SILVA, Rosane Neves da. A Emergência de um Saber Psicológico e as Políticas de Individualização. *Educação e Realidade*. Porto Alegre, v. 29, n. 1, p187-198, jan./jun. 2004.

NOVA Caderneta de Saúde da Criança Traz Orientações sobre Registro Civil e Doenças. Disponível em: <http://reporternews.com.br/noticia.php?cod=174835>. Acesso em 24 nov. 2008.

ORLANDI, Orlando. Teoria e prática do amor à criança: introdução à pediatria social no Brasil. Rio de Janeiro: Zahar, 1985.

PAPALIA, Daiane; OLDS, Sally Wendkos. *Desenvolvimento Humano*. Porto Alegre: Artes Médicas, 7. ed., 2000.

POPKEWITZ, Thomas S. História do Currículo, Regulação Social e Poder. In: SILVA, Tomaz Tadeu da (Org.). *O Sujeito da Educação: estudos foucaultianos*. 6. ed. Petrópolis: Vozes, 2008.

POSTMAN, Neil. *O Desaparecimento da Infância*. Rio de Janeiro: Graphia, 1999.

RAPPAPORT, Clara Regina et al. *Teorias do desenvolvimento: conceitos fundamentais*. v.1, São Paulo: EPU, 1981.

RIFFEL, Mariene Jaeger. *A Ordem da 'Humanização do Parto' na Educação da Vida*. Porto Alegre: UFRGS, 2005. 237f. Tese (Doutorado em Educação) – Programa de Pós-Graduação em Educação, Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2005.

ROCHA, Everardo. Pensando em partir. *O que é etnocentrismo*. 22. ed. São Paulo: Editora Brasiliense, 2007. p. 7–22.

ROSE, Nikolas. Governando a alma: a formação do eu privado. In: SILVA, Tomaz Tadeu (org.). *Liberdades Reguladas. A pedagogia construtivista e outras formas do governo do eu*. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 1998.

SANTOS, Ângela Nediane; LUNARDI, Márcia Lise. *A Produção do Aluno "Problema" no Discurso Escolar: o livro "negro" como estratégia do gerenciamento do risco*. 30ª Reunião Anual da ANPED, Caxambu, 07 a 10 out. 2007 Disponível em: <http://www.anped.org.br/reunioes/30ra/trabalhos/GT15-3111--Int.pdf>. Acesso em: 18 out. 2009

SANTOS, Claudia Amaral dos. *Toda a Mãe deve... governo das maternidades para a constituição de infâncias saudáveis e normais* Porto Alegre: UFRGS, 2009. 207f. Tese (Doutorado em Educação) – Programa de Pós-Graduação em Educação, Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2009.

SANTOS, Nair Iracema Silveira dos ; LAZZAROTO, Gislei. Educação e Cidadania: Desafios para a universidade na construção de diálogos com as comunidades populares. *Revista de Estudos Universitários* (Sorocaba) v. 33, p. 77-88, 2007. Disponível em: <http://periodicos.uniso.br/index.php/reu/article/viewFile/43/7>. Acesso em: 12 abr. 2010.

SARAIVA, Karla. *Outros Tempos, Outros Espaços: internet e educação*. Porto Alegre: UFRGS, 2006. Tese (Doutorado em Educação) – Programa de Pós-Graduação em Educação, Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2006.

SARMENTO, Manuel Jacinto. Essa criança que se desdobra. In: *Pátio Educação Infantil*. Infância Hoje. Ano II, nº 6. Porto Alegre: Artmed, 2005.

SARMENTO, Manuel Jacinto. Sociologia da Infância: correntes e confluências. In: SARMENTO, Manuel; GOUVEA, Maria Criatina Soares de (Org.) *Estudos da Infância*. Educação e práticas sociais. Petrópolis: Vozes, 2009.

SAÚDE ATUALIZA E AMPLIA CADERNETA DE SAÚDE DA CRIANÇA. Disponível em: <http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/materia/index.php?matid=2912&origem=4>. Acesso em: 12 dez. 2009.

SAÚDE DA CRIANÇA. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=29865](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=29865). Acesso em 20 jul. 2011.

SCHEID, Matilde. *Saberes, Correção e Normalização no Contexto da Educação Especial*. São Leopoldo: UNISINOS, 2007. Dissertação (Mestrado em Educação) - Programa de pós-graduação em Educação. Universidade do Vale do Rio dos Sinos, São Leopoldo, 2007.

SCHWENGER, Maria Simone Vione; MEYER, Dagmar Estermann. Discursos que (con)formam corpos grávidos: da medicina à educação física. *Cadernos Pagu*, jan-jun, 2011.

SIMON, Roger I. A Pedagogia como Tecnologia Cultural. In: SILVA, Tomaz Tadeu da (Org.) *Alienígenas na Sala de Aula: uma introdução aos estudos culturais em educação*. Petrópolis: Vozes, 2003.

SÍNTESE DAS POLÍTICAS DE SAÚDE DA CRIANÇA E ALEITAMENTO MATERNO. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/odmsaude/visualizartexto.cfm?idtxt=35137>. Acesso em: 19 jun. 2011.

VEIGA-NETO, Alfredo. *Foucault & a Educação*. 2. ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2007.

VEIGA, Cynthia Greive. A escolarização com processo de civilização. *Revista Brasileira de Educação*, n. 21, set./out./nov./dez. 2002.

VIEIRA, Graciele Oliveira; VIEIRA, Tatiana de Oliveira; costa, Maria Conceição Oliveira; NETTO, Pedro Vieira Santana; CABRAL, Vilma Alves. Uso do cartão da criança em Feira de Santana, Bahia. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*. n. 5, 2005.

WEBER, Carine. Discursos sobre a educação de crianças hospitalizadas. Porto Alegre: UFRGS, 2008. Dissertação (Mestrado em Educação) – Programa de Pós-Graduação em Educação, Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2008.

## **ANEXO A - Portaria nº 1058/GM**

PORTARIA Nº 1058/GM DE 4 DE JULHO DE 2005.

Institui a disponibilização gratuita da “Caderneta de Saúde da Criança”, e dá outras providências.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso de suas atribuições, e

Considerando a vigilância à saúde da criança, preconizada pelo Ministério da Saúde;

Considerando a Portaria nº 964/GM, de 23 de junho de 2005, que aprova a Resolução MERCOSUL/GMC nº 04/05 e seu anexo, intitulado “Informação Básica Comum para Caderneta de Saúde da Criança”, e

Considerando a necessidade de garantir um instrumento portátil a todas as crianças brasileiras nascidas a partir de 2005, que permita a continuidade da atenção prestada quando do deslocamento em território nacional e entre os Estados-Parte do MERCOSUL;

**R E S O L V E:**

Art. 1º Disponibilizar gratuitamente a “Caderneta de Saúde da Criança” a todas as crianças nascidas a partir do ano de 2005, em território nacional, contendo a Informação Básica Comum estabelecida pela Resolução MERCOSUL/GMC nº 04/05.

Art. 2º Definir que as cadernetas serão distribuídas aos municípios, anualmente, em quantidade suficiente para a disponibilização a todas as crianças nascidas vivas, em maternidades públicas ou privadas, naquele ano, conforme estimativa estabelecida a partir do sistema de informações de nascidos vivos SINASC, por local de ocorrência.

Art. 3º Determinar que toda caderneta de saúde destinada à criança, disponível no País, deva, num prazo de 18 meses, a contar da data de publicação desta Portaria, adequar-se ao disposto na Portaria nº 964/GM, de 23 de junho de 2005.

Art. 4º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

**HUMBERTO COSTA**



## **ANEXO B - Portaria nº 964/GM**

PORTARIA Nº 964/GM DE 23 DE JUNHO DE 2005.

Aprova a Resolução MERCOSUL/GMC Nº 04/05 e seu anexo intitulado “Informação Básica Comum para a Caderneta de Saúde da Criança”.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso de suas atribuições, e

Considerando o Tratado de Assunção, o Protocolo de Ouro Preto, a Resolução nº 91/93 do Grupo Mercado Comum do MERCOSUL;

Considerando a necessidade de contar com informação básica comum em um instrumento portátil que permita a continuidade de atendimento às crianças que se desloquem de um Estado Parte a outro; e

Considerando que toda informação básica comum deverá estar incluída na Caderneta de Saúde da Criança de cada Estado Parte,

### **R E S O L V E:**

Art. 1º Aprovar a Resolução MERCOSUL/GMC Nº 04/05 e seu anexo intitulado “Informação Básica Comum para a Caderneta de Saúde da Criança”.

Art. 2º O Ministério da Saúde expedirá os atos normativos necessários para dar cumprimento à Resolução citada por meio da Secretaria de Atenção à Saúde – SAS do Ministério da Saúde.

Art. 3º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

**HUMBERTO COSTA**

## **ANEXO C – Resolução MERCOSUL/GMC nº 04/05**

- MERCOSUL/GMC/RES. Nº 04/05

### **INFORMAÇÃO BÁSICA COMUM PARA A CADERNETA DE SAÚDE DA CRIANÇA**

TENDO EM VISTA: O Tratado de Assunção, o Protocolo de Ouro Preto e a Resolução nº 91/93 do Grupo Mercado Comum.

#### **CONSIDERANDO:**

A necessidade de contar com informação básica comum em um instrumento portátil que permita a continuidade de atendimento às crianças que se desloquem de um Estado Parte a outro.

#### **O GRUPO MERCADO COMUM**

#### **RESOLVE:**

Art. 1º Aprovar a “Informação Básica Comum para a Caderneta de Saúde da Criança”, que consta como Anexo e faz parte da referida Resolução.

Art. 2º A Caderneta de Saúde da Criança deve incluir o período compreendido entre o nascimento e a idade definida por cada Estado Parte.

Art. 3º A informação básica comum deverá estar incluída na Caderneta de Saúde da Criança de cada Estado Parte.

Art. 4º Cada Estado Parte, de acordo com seu critério poderá agregar outros requisitos na normativa nacional ou local e/ou aumentar os requisitos referidos.

Art. 5º Os Estados Partes colocarão em vigência as disposições legislativas, regulamentares e administrativas necessárias para dar cumprimento à referida Resolução através dos seguintes organismos:

I - Argentina: Ministerio de Salud y Ambiente;

II - Brasil: Ministério da Saúde;

III - Paraguai: Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social; e

IV - Uruguai: Ministerio de Salud Pública.

Art. 6º Os Estados Partes do MERCOSUL deverão incorporar a referida Resolução aos seus ordenamentos jurídicos nacionais antes de 31 de dezembro de 2005.

LVII GMC – Assunção, 15/IV/05

## ANEXO

### INFORMAÇÃO BÁSICA COMUM PARA A CADERNETA DE SAÚDE DA CRIANÇA

Os conteúdos incluem:

a) dados pessoais:

sobrenome(s)

nome(s)

sexo: M F

data de nascimento

local de nascimento

número e tipo de documento

endereço

b) dados maternos:

sobrenome(s)

nome(s)

\* número do documento

\* local e data de nascimento

c) dados paternos:

sobrenome(s)

nome(s)

\* número do documento

\* local e data de nascimento

d) dados do responsável:

sobrenome(s)

nome(s)

\* número do documento

\* local e data de nascimento

\* No caso brasileiro, o cartão SUS da criança contemplará os dados referentes aos pais ou responsáveis.

e) dados da gravidez e parto:

gravidez:

número de controles pré-natais pelo pessoal que os realizou (médico, enfermeira, outros)

gravidez: simples, múltipla

vacinas recebidas

sorologia: não, sim, resultados: negativo, positivo

tratamentos

grupo sanguíneo                      fator RH

tipo de parto: vaginal cefálica, vaginal podálica, cesárea, fórceps, outro

lugar: institucional ou não

f) patologias detectadas na gravidez, parto e puerpério

g) recém-nascido:

peso de nascimento, tamanho, perímetro cefálico

idade gestacional (semana)

chorou ao nascer (em caso de parto não institucional): imediatamente ou demorou a chorar.

pontuação de APGAR: (parto institucional) com cinco minutos

reanimação: Não      Sim

grupo sanguíneo                      RH

anormalidade e malformações detectadas

patologias intercorrentes

h) alimentação na alta:

aleitamento materno exclusivo

mista

artificial

i) espaço para anotação de doenças padecidas e tratamentos efetuados, com data, idade, diagnóstico, assinatura e carimbo do médico responsável

j) tabela de crescimento

k) alimentação

l) desenvolvimento até um ano de vida

m) calendário de vacinação, com as vacinas recebidas

n) espaço para observações referentes à saúde bucal, ocular e auditiva.