

UNICEF e algumas práticas de medicalização das famílias e crianças

UNICEF and some practices medicalization of families and children

UNICEF y algunas prácticas de la medicalización de las familias y los niños

Flavia Cristina Silveira Lemos

Universidade Federal do Pará (UFPA), Belém, PA, Brasil.

Dolores Cristina Gomes Galindo

Universidade Federal do Mato Grosso (UFMT), Cuiabá, MT, Brasil.

Cristiane de Souza Santos

Universidade Federal do Pará (UFPA), Belém, PA, Brasil.

Robert Damasceno Rodrigues

Universidade Federal do Pará (UFPA), Belém, PA, Brasil.

Resumo

O Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), desde o final da II Guerra Mundial, no século XX, vem desenvolvendo intervenções dirigidas à proteção à saúde de mulheres, mas primeiramente de cuidado de crianças órfãs de guerra e, depois, ampliando as ações para a saúde materno-infantil. Após a década de 1970, estendeu suas práticas para a defesa, proteção e garantia de direitos de crianças e adolescentes, em todos os países, especialmente nos que classifica como pobres e em desenvolvimento. O Brasil é um dos países em que o Unicef vem, desde 1946, atuando. Para tanto, lança publicações, cartilhas, organizando conferências, levantando estatísticas da violação de direitos de crianças e adolescentes, articulando organizações não governamentais politicamente para induzir e fomentar maneiras de governar as condutas das populações que nomeia como em risco, em uma visão médica, higienista, disciplinar e biopolítica da sociedade.

Palavras-chave: Unicef; Crianças e Adolescentes; Práticas Medicalizantes; Análise de Documentos; Brasil.

Abstract

The UNICEF since the end of World War II, in the twentieth century, has been developing interventions aimed at protecting the health of women, but first care of children orphaned by war and then amplifying the actions for maternal and child health. After the seventies,

extending their practices to defend, protect and guarantee the rights of children and adolescents in all countries, especially those classified as poor and developing countries. Brazil is one of the countries in which UNICEF has, since 1946, working. Therefore, launches publications, booklets, organizing conferences, raising statistics of violation of rights of children and adolescents, and non-governmental organizations articulating politically to induce and promote ways to govern the behavior of population appointing as at risk in a medical, hygienist, disciplinary and biopolitical society.

Keywords: UNICEF, Children and Adolescents; Medicalization; Document Analysis; Brazil.

Resumen

UNICEF desde el final de la Segunda Guerra Mundial, en el siglo XX, ha sido el desarrollo de intervenciones dirigidas a proteger la salud de las mujeres, pero sobre todo de la atención de los niños huérfanos por la guerra y luego amplificar las acciones de salud materna e infantil. Después de los años setenta, se ha expandido su práctica de defender, proteger y garantizar los derechos de los niños y adolescentes en todos los países, especialmente los clasificados como países pobres y en desarrollo. Brasil es uno de los países en los que UNICEF tiene, desde 1946, trabajando. Con ese fin, mensajes publicaciones, folletos, la organización de conferencias, lo cual las estadísticas de violación de los derechos de los niños y adolescentes, articulando políticamente las organizaciones no gubernamentales, para inducir y promover formas de regir la conducta de nombrar como poblaciones en riesgo en un médico, higienista, disciplinaria y la sociedad biopolítica.

Palabras clave: UNICEF; Los Niños y los Adolescentes; Prácticas Medicalizadas; Análisis de los Documentos; Brasil.

Introdução

Os trabalhos de Michel Foucault (1979; 2004a; 2004b; 2008) assinalam que a medicalização é uma extensão da medicina para todas as esferas da sociedade, emergindo como medicina social, na segunda metade do século XVIII, basicamente por meio da medicalização da cida-

de (França), dos pobres (Inglaterra) e do Estado (Alemanha). A higiene pública nasce nessa perspectiva de extensão social das práticas médicas correlatas a outros saberes, como a Geografia, a Psicologia, a Estatística, a Epidemiologia, a Demografia, a Pedagogia e a Economia Política. Nesse sentido, a medicalização também pode ser chamada de biopolítica, governo da vida,

em nome da saúde e da expansão da mesma, em que fazer viver e deixar morrer passa a ser uma estratégia do Estado Moderno e da sociedade, em sua defesa social. A vida entra na história, mas isso ocorre através de uma racionalização desta como espécie biológica.

No aspecto do governo metucioso das condutas pelas práticas médicas e pelas suas extensões e práticas vizinhas, a medicalização é igualmente um mecanismo disciplinar. Por exemplo, pela criação e difusão dos manuais de civilização e da execução da gestão detalhada de cada ato cotidiano, surge aquilo que se convencionou denominar polícia médica, ou seja, controle minucioso do corpo, anatomopolítica. É assim que situamos os documentos – diretrizes, cartilhas, manuais dirigidos à normalização das famílias e das crianças – como instituições, pois têm uma realidade material e disparam efeitos, tais como: lutas, processos de servidão e dominação, jogo de palavras composto de perigos e de relações de poder, produção de saberes e difusão destes em espaços institucionais, captura das ações em regimes de força, domesticação da multiplicidade em arquivos de uma escrita biográfica e estabelecimento de relações entre acontecimentos díspares.

A problemática de redução das possibilidades de existência à gestão da saúde, como controle da vida, silencia os aspectos

políticos, subjetivos, culturais e sociais que também fazem parte do governo das condutas. As tecnologias de poder e de saber de regulação da população pela entrada da vida na história, como espécie, passaram a ser chamadas por Michel Foucault de biopolíticas. A gestão da vida como espécie biológica foi combinada ao poder disciplinar, em que tecnologias disciplinares metuciosas e minuciosas de produção de corpos úteis e dóceis, em uma anatomopolítica, passaram a operar igualmente com a medicalização da cidade, do trabalhador e do Estado. Assim, essa ligação entre biopolítica e disciplina passou a ser denominada biopoder, por Michel Foucault (2004a). A construção de perfis de anormalidade por meio do jogo norma/anormal/anormalidade engendrou uma compreensão simplista do cuidado, o que o fez desembocar em práticas geradoras de mais sofrimento, ao sustentar avaliações racistas que faziam das expressões de singularidades e das desigualdades, patologias/psicopatologias.

O processo de produção massiva de diagnósticos psicométricos, biomédicos e tecnicistas tem sido ampliado, na atualidade, de acordo com Castel (1987). Para o autor, o cuidado está sendo reduzido à gestão de perfis por meio do cálculo de riscos, em perícias técnicas. O uso de testes descolados de contextos, situações e histórias de vida pode fomentar encomendas em que os resultados de variações de me-

dida e a classificação psicopatológica poderão terminar em respostas de urgência técnica para problemáticas complexas que não poderiam ser resolvidas, apenas pela aplicação de alguns testes e por diagnósticos rápidos.

Para analisar as relações entre saber-poder através da genealogia, Foucault (1979, p. 244) criou a noção de “dispositivo”, que ele conceituou como “um conjunto decididamente heterogêneo que engloba discursos, instituições, organizações arquitetônicas, decisões regulamentares, leis, medidas administrativas, enunciados científicos, proposições filosóficas, morais, filantrópicas”. Portanto, a categoria “dispositivo” é um operador metodológico que nos auxilia na análise das práticas discursivas, de poder e de subjetivação.

Foucault, em *Os anormais* (2001), Castel, em *A ordem psiquiátrica – a idade de ouro do alienismo* (1978) e em *A gestão de riscos: da antripsiquiatria à pós-psicanálise* (1987), apontaram como a medicina social, por intermédio da psiquiatrização dos desvios sociais, possibilitou a defesa da sociedade no campo da relação normal/anormal em termos de espectros formulados por lógicas racistas e operacionalizados como economia política liberal, acionadas pelo Estado e pela sociedade, em conjunto com a psiquiatria preventiva comunitária norte-americana, em especial.

Associações são criadas e surgem entidades de defesa dos nomeados como doentes escolares. Jacques Donzelot, em *A polícia das famílias* (1986) já salientava como a escola e o exército foram portas de entrada para a psiquiatria e a neuropsiquiatria como medicinas sociais normalizantes de condutas. No mesmo livro, assinalava como as mesmas fizeram aliança com o campo jurídico, em alguns aspectos, como no atendimento aos adolescentes em conflito com a lei e adultos que cometessem infrações. Birman e Costa (1994) designaram esse processo de psiquiatrização da medicina, em que as noções de doença mental, transtorno e síndrome invadiram o debate e as intervenções médicas das práticas correlatas. Tal ordem do discurso está assentada em uma rede de práticas: saberes, poderes, leis, relatórios, cursos, editoras, distribuidoras, congressos, instituições e profissões variadas bem como em empresas e organismos multilaterais.

Interessa-nos captar o intolerável do emprego da racionalidade instrumental biomédica e organicista que permitiu deslocar o âmbito da doença a ser tratada para a gestão preventiva de proximidade/afastamento frente a idealização das normas, regras e modelos de viver (Foucault, 2010). A medicalização da vida pelo Unicef se conjuga às práticas vizinhas de normalização, sendo traduzida em estraté-

gias de educação e promoção de saúde, o que convoca a uma analítica que contemple essa heterogeneidade.

**Normalizar, prescrever, cuidar:
cartilhas para o bom governo pelas
famílias**

Ariès (2006) ressalta, em sua obra *História social da criança e da família*, que a literatura acerca da chamada “civilidade” – manuais e tratados que versavam de maneira abrangente sobre como viver em sociedade – se configurava como uma maneira de materializar e divulgar conhecimentos os quais escapavam ao aprendizado na escola. Segundo Cunha (2006), os manuais de civilidade visam a orientar em um campo de valores morais e por meio de códigos sociais. São formados por regras de conduta e por um conjunto de conselhos. Para Donzelot (1980), intensifica-se no século XVIII a produção desse tipo de documento visando à conservação das crianças.

A fim de que se pudesse alcançar esse propósito, dois pontos são destacados pelo autor: a “capacitação” dos pais, por intermédio de uma “medicina doméstica”, operacionalizando conhecimentos e técnicas para que a burguesia passasse a priorizar os cuidados à criança, sem a intervenção dos criados, e o direcionamento da vida dos pobres, em que se buscava

minorar os gastos sociais com sua reprodução. Podemos observar que a difusão desse tipo de literatura, em conjunto com outras ações, abriu espaço para que a figura do médico pudesse permear as relações familiares, reorganizando-as em nome da higiene e saúde das crianças.

Stephanou e Bastos (2004) enfatizam que, na década de 1930 a 1950, no Brasil, pode-se perceber a efetivação de diversas ações médicas que iam desde propostas de saneamento até a organização de manuais de higiene e saúde. Esses manuais marcam a elevada importância que passa a ser dada aos cuidados pessoais, no campo da urbanidade/civilidade. Segundo as autoras, os manuais altamente prescritivos apresentam um conteúdo caracterizado por conselhos, recomendações, especificações de procedimentos a adotar dos comportamentos em sociedade. Outra característica apontada por Stephanou e Bastos (2004) é que esses manuais não buscavam impor às pessoas a realização das condutas neles listadas, mas procuravam persuadir, sugerir aos indivíduos que as “boas condutas” beneficiariam uma vida saudável e higiênica. Em sua estrutura, os conselhos têm um misto de argumentos ora científicos ora morais, os quais possibilitavam a legitimação de tais procedimentos.

No trabalho *Lições de casa: discursos pedagógicos destinados à família no Brasil*, Magaldi (2007) realiza um

levantamento e problematização de cinco manuais de orientação da conduta das famílias, no Brasil. Em seu estudo, a autora evidencia uma clara preocupação, no início do século XX, dos mais diversos intelectuais em articular recomendações no âmbito da saúde e da educação, tendo como objetivo e alvo de suas ações as famílias. Nas estratégias construídas, salienta como se constitui uma noção de evidente dimensão normativa e normalizadora simultânea, nos manuais. Para Magaldi (2007), esses manuais¹ apresentam para a família brasileira hábitos, comportamentos “corretos”, numa proposta de “moldagem social” (p. 33), valorizando a estabilidade da família, que refletiria como a estabilidade da nação, exaltando sua função educativa², materializando as investidas, intervenções e controles por parte dos médicos na sociedade, já que, nesse período, “a medicina, preocupada crescentemente com as doenças sociais e com a necessidade de sua cura via higiene, havia eleito a família como um foco primordial de sua intervenção terapêutica” (p. 36).

Os manuais foram instrumentos estratégicos utilizados pelos médicos higienistas para disseminar os princípios da puericultura (Lima, 2007). Assim, esses manuais expandiriam os ensinamentos médicos para além dos consultórios, pois poderiam servir “como um suporte de informações particularmente útil, na medida

em que, estando sempre à mão, podiam ser consultados no exato momento em que surgisse uma dúvida em relação ao cuidado com o bebê” (Lima, 2007, p. 103). Dessa forma, o saber sobre o cuidado com as crianças seria compartilhado nos manuais, e a família, tendo esse instrumental a seu favor, se constituiria como aliada para prevenir doenças e combater a mortalidade infantil (Lima, 2007). É importante destacar ainda que, nesse processo de legitimação desse tipo de documento, os médicos também criaram estratégias para contestar mulheres mais velhas, como as avós, comadres e vizinhas, já que as mesmas poderiam criar obstáculos aos preceitos divulgados nos manuais.

O que aparece nos manuais é uma série de práticas sociais normalizadas e padronizadas para referendar as condutas dos indivíduos, porque o que é considerado como normal, nesses documentos, acaba se naturalizando em nossa sociedade. Dessa maneira, a partir de comportamentos naturalizados, serão criados diversos dispositivos, a fim de aproximar os indivíduos desviantes para a norma. Os estudos de Magaldi (2007) mostram que os manuais regulam as famílias, subjetivando-as, de sorte a alterar seu modo de pensar e agir em relação aos cuidados com a criança. A lógica que norteia a produção de manuais veiculados, em diferentes épocas, é a de oferecer à família um instrumental a seu

favor, e, desde que esta siga de maneira correta as prescrições, além de minimizar os gastos sociais, garantirá o cultivo da saúde da criança e o desenvolvimento de toda sua potencialidade. Foucault (1979), ao estudar a política de saúde do século XVIII, evidencia como a família foi medicalizada e se constituiu em um agente medicalizante. Isso foi possível porque a relação pais-filhos foi reorganizada por um conjunto de obrigações, as quais se colocavam para que a infância pudesse ser gerida da melhor maneira, a fim de garantir a sobrevivência e o desenvolvimento da criança.

As condutas dos pais passariam a ser moralmente definidas, já que o investimento sobre a família possibilitou a “articulação dos objetivos gerais relativos à boa saúde do corpo social com o desejo ou a necessidade de cuidado dos indivíduos” (Foucault, 1979, p. 200). Os médicos passaram a orientar os indivíduos em sua higiene, saúde, habitação, alimentação, comportamento. Esse saber, durante o século XVIII, para além de um serviço que se encarregasse das doenças e das formas de curar os indivíduos, assumiu um lugar estratégico e ascendente de relevância nas estruturas administrativas.

Foucault (1979) afirma que a intervenção da medicina e sua difusão foram intensivas e se tornaram um receituário de práticas com ações supostamente legítimas,

para dar atenção a um conjunto de problemas de ordem política e econômica que se apresentavam e que dizem respeito à população. O autor ressalta que a emergência da preocupação com o corpo social, com a população, no que diz respeito aos aspectos relacionados à saúde e doença, possibilitou que a família começasse a ser concebida como operador para a gestão das populações. Nesse sentido, a família constituiu-se, a partir de então, como um dos segmentos mais importantes pelo qual se pode governar, pois, “na medida em que, quando se quiser obter alguma coisa da população – quanto aos comportamentos sexuais, à demografia, ao consumo, etc. – é pela família que se deverá passar” (Foucault, 1979, p. 289).

Donzelot (1986), em *A polícia das famílias*, indica como se deu o intenso investimento na vida familiar e o acontecimento de “um governo da família para um governo através da família” (p. 86). De acordo com o autor, no antigo regime, a família se constituía como sujeito e objeto de governo, simultaneamente. Ela englobava um encadeamento de relações que se circunscreviam no âmbito público e privado, e o chefe de família acumulava funções de conduzir, guiar, se responsabilizar pela família e sua participação nas relações sociais. Estado e família colaboravam entre si para a manutenção da ordem pública.

Esses breves apontamentos acerca dos manuais dirigidos às famílias são importantes para pensar como um conjunto de prescrições presentes em documentos que visam à regulação e ao governo de condutas das crianças e das famílias, como é o caso das ações realizadas pelo Unicef ocorrem, no Brasil. Para Foucault (1995), “conduta” seria o termo que facilitaria alcançar o que existe de particular nas relações de poder. Segundo o autor, a “conduta” é simultaneamente a própria ação de “conduzir” os outros e o modo, a maneira de ordenar comportamentos num campo limitado, mas não fechado de possibilidades.

Filantropia, saúde e proteção social: rearranjos entre família e Estado

A partir do século XVIII, a autoridade da família passa a ser questionada e, além disso, a família já não consegue encarregar-se da manutenção de seus membros, de sorte que aumenta consideravelmente o quantitativo de pobres que começam a requerer algum tipo de ajuda. Esses dois acontecimentos são considerados por Donzelot (1986) como desencadeadores da inadequação desse sistema de aliança entre Estado e família. Tratava-se agora não apenas de repressão, mas sim de ativar estratégias que primassem pela conservação e formação da população e servissem aos

interesses da economia liberal. Isso pôde acontecer por meio da filantropia. Conforme Donzelot (1986), não devemos entender essa modalidade de assistência como uma simples ação que busca sanar problemas sociais com uma intervenção no âmbito privado, sem nenhuma finalidade política, mas como uma estratégia que despolitiza. A filantropia vai se ancorar estrategicamente com o *polo assistencial* e o *polo médico higienista*. No primeiro polo, o Estado se constituirá como um *meio formal* para a ampla divulgação de conselhos e regras de comportamentos, operando um deslocamento de questões relativas aos direitos políticos para a moralidade econômica. Já através do *polo médico higienista*, buscava-se impedir a degradação física e moral da população, pela prescrição de regras a respeito do bem-estar e saúde, visando a eliminar riscos que afetassem a sociedade (Donzelot, 1986).

A força dessa estratégia da filantropia foi de direcionar para a família questões provenientes do campo moral e de uma atuação dos trabalhadores sociais pautada no inquérito. A própria família entra e é acionada como dispositivo de governo, pelo qual se governa a condutas de crianças. O movimento higienista se orientou pela preocupação de dar visibilidade à aliança entre medicina e Estado moderno, podendo fazer dos países ocidentais nações fortes, prontas a entrar em con-

corrência entre si com indicadores de desenvolvimento social e econômico, no quadro do liberalismo político.

A produção da saúde tem sido formulada como objeto e como uma maneira de garantia e promoção de direitos e, simultaneamente à sua objetivação como direito fundamental, ela passa a ser instituída no bojo dos saberes higienistas e da medicina social, os quais vão se constituindo paralelamente, desde a passagem do século XIX para as primeiras décadas do século XX, como forma de defender a sociedade, em uma clara perspectiva de segurança. A saúde é uma das principais questões trazidas pelas cruzadas educativas, via escola e família, pelos aparatos médicos. Tais aparatos irão focar o segmento das mães e das professoras normalistas com vista a alcançar de maneira preventiva as crianças pequenas, difundindo as ideias do movimento higienista, nas primeiras décadas do século XX, no Brasil, e ainda hoje consolidando essa estratégia por meio das famílias e escolas, em especial, com o apoio de mulheres que tiveram seus corpos medicalizados desde pequenas, ainda crianças e adolescentes (Boarini, 2003).

A perspectiva preventiva e comunitária de cuidado em saúde foi ganhando materialidade e relevância política, no contexto dos Estados-Nações, da gestão urbana, da gerência do Estado Moderno e da regulação dos corpos dos trabalhadores

pobres (Foucault, 1979). Toda uma política da vida foi sendo tecida da segunda metade do século XIX em diante, em que a criança pequena e sua mãe eram figuras separadas da sociedade mais ampla, como devendo receber atenção especial dos trabalhadores sociais, na assistência médica e higienista pautada nos modos de normalização em interlocução com a filantropia dos beneméritos moralizadores (Donzelot, 1986).

Os manuais de civilidade e de prescrição de puericultura foram intensamente usados desde o século XIX e eram adotados nos cursos de formação das normalistas pelos professores médicos, que visavam a torná-las futuras educadoras difusoras dos ideais higienistas. Minuciosas técnicas de cuidado e de higiene eram ensinadas às mulheres, por intermédio de cartilhas muitas vezes intituladas “gotas de amor” por pediatras, nas últimas décadas. A medicina preventiva e social, ligada a algumas teorias da psicanálise que traziam definições sobre maternidade e desenvolvimento psicosexual de crianças e adolescentes, ajudou a forjar práticas educativas preocupadas em prevenir futuros desvios sociais e compôs os conteúdos transmitidos às normalistas que iriam educar as crianças pequenas. As campanhas, encampadas por médicos, educadores e trabalhadores sociais, foram sendo disseminadas e, de maneira geral, vinham seguidas de pedidos de elaboração de leis de proteção às crianças e

adolescentes, postulando a demanda pela estruturação de setores estatais responsáveis pela formulação, execução e financiamento das políticas de saúde e educação. O Unicef requisita e recomenda essa prática, propõe seu entrecruzamento com outras modalidades de atendimento, na composição do Complexo Tutelar.

Cruzadas educativas: práticas de medicalização da vida pelo Unicef

Foucault (2004a), ao pensar a produção de saúde, afirma que esta implica a proposição de uma demanda infinita dentro de um sistema finito, pois a questão de reivindicar a saúde em nome da vida gera todo um gasto e concretude de práticas que eram financiadas totalmente pelo Estado liberal de bem-estar, recebendo restrições ainda maiores em um Estado neoliberal, o qual passa a realizar políticas compensatórias de gestão de risco e retroceder em parte considerável do financiamento do sistema público de saúde, desde as duas últimas décadas do século XX (Foucault, 2008).

Vale ressaltar que a medicalização não é uma prática de saber e poder que produz efeitos de saúde e segurança, simultaneamente às táticas de controle dos corpos e vigilância dos mesmos bem como pode forjar iatrogenias, ou seja, menos saúde. As tecnologias de saúde comportam

níveis de proteção e linhas de modulação das condutas por meio de prescrições de como se cuidar, se alimentar, quantas horas dormir por dia, o que se deve fazer para não adquirir doenças, que exercícios e com qual regularidade deverão ser feitos, como os pais devem ser preparar para gerar filhos e cuidar deles, em que momento da vida as pessoas podem se casar, que dietas seguir e que substâncias são maléficas à saúde entre tantas outras incitações reguladoras. Nisto consiste a produtividade dos saberes e poderes, de acordo com Foucault (1979), pois ele avançou na análise das relações de poder para além das concepções negativas de repressão, de opressão, dos binarismos e da dominação legal e econômica.

Com efeito, não é possível pensar a proteção/seguridade social como oposição ao controle, pois ambos são correlatos; ou seja, a medicalização protege e controla ao mesmo tempo. Assim, a produção de saúde opera medicalizações e estas forjam corpos saudáveis e vigiados/regulados concomitantemente. Isto não é bom e/ou mal como uma essência e sim uma analítica da produção de uma racionalidade e dos efeitos que ela gera no contemporâneo. Assim, quando afirmamos que o UNICEF medicaliza estamos afirmando que ele recomenda saúde e cada vez mais corpos plenos e cheios de vitalidade; inclusive, fazendo desta prescrição um direito a ser cumprido

e uma missão quase espiritual a ser seguida com afinco.

O Unicef é criado em 1946 e, paulatinamente, vai se apresentando como organismo multilateral, vinculado à Organização das Nações Unidas. O Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef) é uma agência internacional que se propõe gerir a vida e proteger crianças e adolescentes, por meio de práticas disciplinares e biopolíticas, as quais forjam simultaneamente efeitos de cuidado e de controle medicalizantes dos corpos desse segmento da população. Assim, suas intervenções possibilitam garantir e defender direitos, de forma concomitante à expansão da higienização do corpo e da sociedade como estratégias políticas nos países em que atua.

A força prescritiva dos relatórios do Unicef ressalta a relevância de pensarmos as práticas desse organismo multilateral, ligado à Organização das Nações Unidas (ONU). Essa agência privilegia a gestão da saúde, dos corpos higienizados pela oferta de saberes e de técnicas, funcionando muitas vezes como manuais de saúde e de educação em direitos humanos para a gestão da vida, em termos de ampliação da produtividade de crianças e adolescentes, sobretudo àqueles que denomina grupos de risco, que poderão resultar em supostos problemas futuros no campo da segurança e em prejuízos ao Estado, em função de adoecimentos, situações que tornarão esses

grupos menos produtivos e úteis, financeiramente.

Há uma objetivação das diferenças pelos saberes médicos, psicológicos, neuropedagógicos, estatísticos, jurídicos e da administração social, a qual produziu uma racionalidade cristalizada, que reduziu o espectro da multiplicidade das maneiras de viver à lógica de medidas, permeadas por pretensões universais e por padronizações silenciadoras da diversidade. O processo de objetivação ocorre em formatos normalizantes, fixados em modelos, tornando os desvios de normas uma suposta natureza e entidade patológica e psicopatológica. A naturalização e a normalização restringem as práticas de atendimento à noção de vida, em seus aspectos biológicos, os quais operam no recorte de um espectro de delineamento entre o normal e patológico, de maneira atrelada à economia política e ao sujeito de direitos, tendo no dispositivo assistencialista e de proteção social uma salvaguarda institucional (Fonseca, 2003).

Para o Unicef, assegurar saúde passa por uma adesão do Estado e da Sociedade Civil a um conjunto de saberes e expertises oriundas dos campos da Educação, Psiquiatria, Psicologia e Medicina Preventiva. Logo, o chamado é ao comprometimento com o desenvolvimento humano concebido como processo linear e universal que atualiza as práticas de normalização morais das condutas. A família é con-

vocada a uma profissionalização do cuidado dos filhos pelo Unicef. Para esta campanha, este órgão convida o terceiro setor juntamente com a comunidade a um auxílio voluntário às famílias no plano da atenção à saúde das crianças. Este ato assinala que o Unicef afirma um Estado Mínimo, em que os direitos são oferecidos pela chamada sociedade civil e em que a culpa da violação de direitos é lançada nas famílias, desqualificadas como despreparadas para cuidar da prole. Para esta agência, é necessário prevenir os desvios pelo vigiar das condutas justificado pelo apoio ao desenvolvimento das crianças:

Essas redes, apoiadas por governos, organizações da sociedade civil e principalmente das comunidades, devem ser capazes de engajar as famílias em processos de aprendizado e aquisição de habilidades para cuidar das crianças em casa, de forma a melhorar o desenvolvimento infantil nas áreas física, emocional, social e cognitiva. (Unicef, 2001, p. 11).

A vinculação do Unicef com a Pastoral da Criança é uma constante prática nas últimas décadas no Brasil. Este acontecimento implica no fomento à caridade por esta agência multilateral que encomenda e se articula politicamente a entidades religiosas para oferecer o governo das condutas das crianças e das famílias. Juntamente com a Pastoral age em todo o território

nacional, em especial com marcante atuação de mão de obra voluntária ligada à pastoral, que foi designada como agente comunitária de saúde e tinha a relação próxima e direta com as mulheres e crianças moradoras dos bairros em que realizava suas ações cotidianas. A distribuição do soro caseiro e as campanhas pelo parto normal, efetuadas por parteiras vinculadas às comunidades, são fortes e presentes em termos de redução da mortalidade infantil, no país.

Ligada à Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB), a Pastoral da Criança promove ações de melhoria da saúde das crianças e suas mães, orienta os homens sobre o papel do pai no desenvolvimento da criança, distribui a multimistura (uma opção barata e eficaz de combate à desnutrição), alfabetiza homens e mulheres, mantém brinquedotecas e apóia ações de geração de renda para famílias pobres. Um dos resultados de maior impacto da atuação da Pastoral em todo o país é a redução drástica nos índices de mortalidade infantil. (Unicef, 2001, p. 31).

Os relatórios do Unicef vinculam explicações das desigualdades sociais pelo desempenho ligado às características individuais, associadas a determinadas performances. Nesse sentido, a Psicologia tecnicista cumpriu uma missão liberal de atuar em função da ordem individualista e seletiva das tensões sociais, filtradas em cons-

truções de estigmas e rótulos que sustentam uma sociedade desigual (Castel, 1987). A crítica ao preconceito presente nos rótulos e carimbos de setores sociais discriminados em sistemas de avaliações baseadas em desvios de normas vem sendo intensivamente realizada por antropólogos e sociólogos, os quais afirmaram a lógica racista que ancorava muitos procedimentos capazes de transformar divergências políticas em anormalidades e que universalizavam condutas e padrões, estigmatizando as diferenças por meio do enquadramento em modelos ditos de normalidade (Collares & Moyses, 2010).

Outra crítica em relação à medicalização se deu pela interrogação das maneiras da indústria farmacêutica mercantilizar a saúde que, com o fim, ou quase, dos manicômios, passou a comercializar outros tipos de manicômios, os químicos, ou melhor, camisas-de-força psicofarmacológicas para silenciar os analisadores sociais sintomáticos dos mal-estares de uma sociedade consumista de fórmulas pragmáticas, de urgência e ilusórias de bem-estar a qualquer preço (Castel, 1987; Collares & Moisés, 2010). Resguardando-se por painéis de consultores e educadores que assimilam, inclusive, as problematizações em torno da medicalização da vida, o Unicef recomenda um detalhamento do controle do tempo livre das crianças, por exemplo, que o monitoramento do crescimento das

crianças e a fixação de determinados perfis e performances se converte em direito à saúde. Apoiando-se no cálculo econômico de base neoliberal, a criança e a família continuam sendo o foco das ações do Unicef:

Os custos de dar ao adulto uma segunda chance na vida são muitos maiores do que os custos de se prover cuidados no tempo adequado à criança, principalmente em seus primeiros anos de vida. O investimento na criança oferece de melhor aproveitamento escolar, maior produtividade e comportamentos positivos ao longo da vida. Serviços sociais básicos de saúde e educação, por exemplo, são investimentos preventivos muito mais efetivos e humanos. (Unicef, 2001, p. 17).

A ampliação das demandas de cuidado em saúde, sobretudo das mulheres e das crianças, está articulada à visão de zelar pelo que era e ainda é denominado o futuro da Nação; a clientela selecionada como prioritária se tornou um foco de proteção, à medida que se tinha um programa político de não apenas tornar o corpo saudável, mas também dócil e útil para o trabalho, lucrativo, ao mesmo tempo em que era educado em termos de normas de segurança social e práticas educativas dos modos de vida preventivamente, acarretando um cálculo econômico da oferta de saúde à população. A prescrição de saberes agencia um plano de poder como incitação de con-

dutas a efetuar para cuidar cada vez mais e mais, o que configura a biopolítica – gerir a vida pela expansão da saúde. A antecipação de crises e/ou de doenças pela promoção de uma educação em saúde implica em ensinar a viver de certa maneira para alcançar metas de uma agenda internacional, ratificada pelos países membros das Nações Unidas, entre eles, o Brasil. O fato de assinar esses pactos traz um compromisso ao país uma obrigação de aceitar ser monitorado pelo Unicef detalhadamente por meio de avaliações sistemáticas, formuladas com indicadores estatísticos de todos os dados que esta agência qualificar como produção de saúde e de vida.

No desenvolvimento de uma criança, existem períodos críticos que dizem respeito à sua capacidade de observar, adquirir linguagem e aprender. Apesar de cada um ser capaz de compensar as oportunidades perdidas, os efeitos acumulados de desnutrição, falta de cuidados de saúde, água não potável, saneamento precário, degradação ambiental, falta de estimulação intelectual e abuso físico ou emocional na primeira infância podem ter conseqüências duradouras para indivíduos e sociedades. (UNICEF, 2001, p. 15).

O incentivo à escolarização das mulheres, à sua entrada no trabalho de modo mais formal e com direitos garantidos, a demanda por creches para as crianças pequenas, a utilização de métodos anticon-

ceptivos, as campanhas pela prevenção à maternidade não planejada, a valorização da configuração familiar do casal heterossexual adulto, com determinada renda e escolaridade, foi prática bastante incentivadas pelo Unicef como maneira de gestão da saúde materno-infantil. A demanda pela amamentação exclusivamente materna, nos primeiros meses do bebê, foi e tem sido alvo de atenção dos assessores do Unicef. Essas normas prescritas fazem parte do que Foucault (1979) denominou de família medicalizada medicalizante. Ele destacava que a família se tornou o segmento privilegiado de governo da vida na biopolítica e que se tornou a principal instituição centrada no casal-filhos a educar crianças a partir de determinados ideais médicos de saúde, como os que são difundidos pelo Unicef.

A preocupação em enfatizar a importância da vacinação de todas as crianças brasileiras e de seu acompanhamento médico é uma das intervenções significativas dessa agência multilateral. Campanhas de vacinação, seguidas de incentivos à amamentação com leite materno, ao aumento de escolaridade das mães, à entrada precoce na escola, ao planejamento familiar, à realização de consultas de pré-natal, à submissão ao parto normal, à preocupação em fazer o registro de nascimento civil, à atenção às orientações de como educar os filhos pequenos e como zelar pelo seu de-

envolvimento, em todas as áreas são práticas do Unicef, implementadas no Brasil.

É fundamental realçar que o governo das condutas exercido por esse organismo multilateral, além de incidir diretamente sobre as famílias, exerce-se também sobre o Estado e a denominada Sociedade Civil, apelando ao engajamento da mesma na causa/missão do Unicef de proteger crianças e adolescentes. Assim, a sociedade é convidada a controlar o Estado com o auxílio deste organismo multilateral para vigiá-lo quanto ao cumprimento das normas e das leis de defesa e promoção dos direitos de crianças e adolescentes. Medicalizar é uma prática comum ao Unicef, em rede com outros organismos e entidades em prol da busca incansável da oferta de mais saúde para as famílias e, consequentemente, para as crianças brasileiras. Eis então um dos efeitos de poder saber nestas práticas, pois elas pressionam, ou seja, governam por relação de força com força, em alianças e em chantagens diante do fato dos Estados cumprirem ou não a agenda de metas, pactuada internacionalmente.

Calcular, investir, engajar: Unicef e o governo da saúde

A criação do Programa Saúde da Família (PSF) foi uma das iniciativas do Unicef, em parceria com o Ministério da

Saúde no país, o qual passou a se chamar Estratégia Saúde da Família e se generalizou como modelo de atenção primária, sobretudo focado nos bairros considerados pobres. Este programa é interessante no plano da promoção da saúde da família e das crianças, sem dúvida, contudo, amplia a vigilância destes corpos em uma rede fina e disciplinar além de biopolítica dos modos de vida dessas populações já que esta política implica nas visitas de acompanhamento permanente das condutas das famílias em bairros pobres brasileiros.

Assim como bem-estar significa mais do que riqueza, pobreza significa mais do que renda insuficiente para cobrir as necessidades mínimas de uma família. Sinais de que as necessidades básicas não estão sendo atendidas – como saúde frágil, baixa escolaridade, discriminação e marginalização – também são indicadores de pobreza. Assim, a pobreza está ligada ao acesso inadequado a serviços sociais básicos, como boas creches e suas alternativas, pré-escolas, postos de saúde e saneamento adequado (Unicef, 2001, p. 27).

O Programa de Saúde da Família (PSF), iniciado em 1994 por meio de uma parceria entre o Ministério da Saúde e o Unicef, mostra que oferecer às famílias serviços de saúde preventiva e curativa em suas próprias comunidades resulta em melhorias importantes nas condições de saúde das mulheres e das crianças atendidas. Um quinto da população brasileira de mais de

160 milhões de pessoas está atualmente em contato com as equipes de saúde da família, compostas por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e cinco ou seis agentes comunitários de saúde. Cada uma dessas equipes trabalha com 800 famílias e os agentes comunitários vivem nas comunidades onde trabalham (Unicef, 2001, p. 25).

O Unicef elogia a criação do Sistema Único da Saúde (SUS) no país e seu financiamento pelo Estado. Afirma que o PSF (agora Estratégia Saúde da Família – ESF) e o SUS são fundamentais para o cuidado das crianças e das famílias. Considera ainda que juntamente com a promulgação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), estas políticas ganharam expressão relevante de promoção de vida e saúde da população brasileira. Todavia, o Unicef, no que tange à gestão da saúde, assinala a precariedade da mesma e a necessidade de qualificá-la e controlá-la no uso das ferramentas e instrumentos de gerência da saúde. Além do mais, o órgão alerta o país para o fato deste ainda precisar melhorar indicadores, tais como: o de saneamento básico e seu impacto nas condições de vida, somado à habitação em moradias em locais de exposição a maiores riscos de doenças e de acidentes de parte significativa da população pobre e em situação de miséria, no país.

Intimamente relacionados à pobreza estão as oportunidades de inclusão no mercado de trabalho e o acesso aos serviços públicos de saúde, educação, água e saneamento e habitação. [...] Essa condição reflete-se diretamente nos índices de mortalidade infantil no país (Unicef, 2001, p. 28).

Igualmente é evidenciado pelo Unicef que o não acesso à água tratada, a ausência de rede de esgotos estruturada, a falta de limpeza das cidades, o acúmulo de lixo em locais próximos aos rios e às casas, a distância das moradias e a ausência de transportes ou dificuldade na mobilidade para acesso aos serviços de saúde e de trabalho impactam no adoecimento de muitas crianças e adolescentes, de maneira ainda drástica. Esta agência salienta que a qualidade da prestação de práticas de saúde e de educação deixa muito a desejar no Brasil, apontando as grandes disparidades regionais nos indicadores de realização da atenção à saúde e da oferta e acesso à educação escolar de maneira equitativa no país. Por exemplo, mulheres morrem mais no parto por falta de atendimento e ausência de consultas de pré-natal, nas regiões Norte e Nordeste. Crianças e suas mães são menos escolarizadas, nessas mesmas regiões. A baixa qualidade dos serviços de saúde existentes aparece como um indicador mais presente em ambas as regiões supracitadas, de acordo com os assessores dessa agência da ONU.

Há disparidades regionais e locais, entre contextos urbanos e rurais, as quais são realçadas pelo Unicef e assinalam a gritante desigualdade, quando se analisa a produção de saúde em termos de território e dinâmica da população no mesmo. Localiza-se no espaço onde estão os pobres e famílias na miséria e o lugar onde estão é o local em que morrem, por ausência de garantia de muitos direitos fundamentais que ainda lhes são negados, apesar de já postulados em muitas leis brasileiras, tais como: alimentação, habitação, saúde, educação e assistência social.

Para disseminar práticas de normalização das condutas, na heterogeneidade regional, o UNICEF recorre aos dispositivos já consolidados politicamente no controle social parecidos com os manuais de civilização, que são as cartilhas, os livretos e outros materiais educativos com versões locais para cada estado abrangido como prioritário para as ações desse órgão, bem como para as ações definidas como bem-sucedidas pelo Unicef. Esta agência premia com o chamado Selo Unicef as entidades que aplicam esses manuais de conduta periodicamente.

Fica patente a escolha política do Unicef, quando este frisa que as lacunas do alcance e da qualidade das políticas deverão ser supridas pela comunidade, no voluntariado, e pelas organizações da sociedade civil. A veiculação dessa postura im-

plica defender um Estado mínimo e que atua muito mais como regulamentador das ações em saúde do que financiador. Apesar de o Brasil ainda ter um sistema como o SUS e o financiar, este não tem sido suficiente para atingir toda a população de crianças e jovens, bem como suas mães. Além disso, há denúncias frequentes, nos relatórios do Unicef, de desvio de dinheiro público por inúmeras redes de corrupção, as quais impedem a concretização de coberturas significativas no cuidado integral e intersetorial em saúde, em todo o Brasil.

As políticas de descentralização foram uma importante conquista das democracias atuais, especialmente no Brasil, país com história de um Estado centralizador, marcado por conluios de corrupção, de resquíscios escravistas, de imensas desigualdades na distribuição de renda, de altas taxas de violação de direitos básicos, de classes médias que visam a buscar mais privilégios que direitos, de ausência de oportunidades de acesso a um conjunto de benefícios educacionais, políticos, culturais, econômicos, sociais, de mobilidade social e de comunicação, de alimentação, de moradia, de lazer, de saúde e de trabalho, capazes de fazer romper com os dramas históricos. O Unicef, como operador político estratégico, fomenta e opera a transposição e fixação das políticas de normalização para o campo de uma prevenção, educação e promoção de saúde

focadas na formação do adulto idealizado são, legalista, produtivo e dócil.

Considerações finais para uma crítica do presente

As mudanças nas leis, nas práticas institucionais, nos saberes e nos modos de pensar e conceber a criança e o adolescente constituem um exemplo desse jogo de forças em luta e embate constante. Há uma polícia discursiva, de acordo com Foucault (2004a), que filtra os discursos, apagando alguns, jogando luz sobre outros, controlando quem fala e o que fala, fixando limites de fala, estabelecendo critérios para a fala, qualificando algumas falas, desautorizando outras; conservando alguns discursos em arquivos e banindo outros, distribuindo alguns discursos e impedindo a circulação de outros, definindo fronteiras de discursos em disciplinas específicas, produzindo veneração de determinados discursos, recortando-os e os recompondo sob novas roupagens.

Assim como Foucault enfatizava que ele captava o intolerável e efetuava uma análise como atitude crítica, forjando práticas de heterotopias, também visamos a agir na inquietude de quem não se conforma com as sujeições atuais e busca cartografar quais são os novos perigos em nosso tempo, tentando efetuar uma história de nosso presente de mundialização dos direi-

tos e da cultura. Desejamos captar o intolerável da violação de direitos sustentada pela presença ainda intensa das lógicas reducionistas pautadas na ciência tecnicista hierarquizante dos saberes, nos processos constituintes das políticas da vida, no Brasil, em seus atravessamentos com os fluxos internacionais do capital, do direito e da educação, via organizações multilaterais e suas prescrições as quais colocam em jogo tantos interesses quanto os que elas objetivavam questionar, nos países onde atuam.

O intolerável neste caso é a prescrição de um pacote de como forjar saúde pela medicalização intensiva de crianças e famílias por um receituário detalhado e programado como um manual de condutas a ser seguido à risca sob pena de ser taxado de negligente e violador de direitos caso descumpra as normas de saúde evidenciadas como regras pactuadas no cenário internacional. Ora, os efeitos destas prescrições implicam a medicalização do Estado, da cidade, das famílias, da infância e dos trabalhadores ao mesmo tempo em nome da missão mais nobre para o UNICEF, na qual ele se legitima mundialmente, a de proteger crianças e adolescentes em nome da paz e da segurança global.

Notas

¹ A autora entende como manual todo documento que possui uma finalidade pedagógica.

² Magaldi (2007) destaca que essa compreensão se ancorava na Encíclica *Divini Illius Magistri*, de Pio XI, que a apontava como missão natural da família; somam-se a isso as outras duas instituições onde essa educação aconteceria: a Igreja e o Estado.

Referências

- Ariès, P. (2006). *História Social da criança e da família*. (2a ed.) (Dora Flaksman, trad.) Rio de Janeiro: LCT.
- Birman, J., & Costa, J. F. (1994). Organização das instituições para uma psiquiatria comunitária (p. 41-72). In: P. Amarante (Org.). *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Boarini, M. L. (2003). Apresentação. In M. L. Boarini. *Higiene e raça como projetos: higienismo e eugenismo no Brasil*. Maringá: EDUEM.
- Castel, R. (1978). *A ordem psiquiátrica – a idade de ouro do alienismo*. Rio de Janeiro: Graal.
- _____. (1987). *A gestão de riscos: da antripsiquiatria à pós-psicanálise*. Rio de Janeiro: Francisco Alves.
- Collares, C., & Moysés, M. (2010). Dislexia e TDAH: uma análise a partir da ciência médica. In: Conselho Regional de Psicologia de São Paulo & Grupo Interinstitucional de Queixa Escolar (Orgs.). *Medicalização de crianças e adolescentes: conflitos silenciados pela redução de questões sociais a doença de indivíduos*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Costa, J. F. (1979). *Ordem médica e norma familiar*. Rio de Janeiro: Graal.
- Cunha, M. T. S. (2006). Tenha Modos! Manuais de civilidade e etiqueta na escola normal. (1920-1960). In *Anais do VI Congresso Luso-Brasileiro de História da Educação. Comunicação Coordenada: De cor e salteado para ver e viver: lições em manuais do século XIX e XX*. Uberlândia – MG. 17-20 de abril de 2006. Recuperado em 28 novembro 2010 de <http://www.faced.ufu.br/columbe06/anais/arquivo/s/29MariaTeresaSantosCunha.pdf>.
- Cunha, S. R. V. (2008). Infância e cultura visual. In *Anais da 31ª Reunião da ANPED. Constituição Brasileira, Direitos Humanos e Educação*. Rio de Janeiro: Associação Nacional

- de Pesquisadores em Educação*. Recuperado em 30 novembro 2011 de http://www.anped.org.br/reunioes/31ra/4sessao_especial/se%20-%2006%20-%20susana%20orange%20viera%20da%20cunha%20-%20participante.pdf.
- Donzelot, J. (1986). *A polícia das famílias*. Rio de Janeiro: Paz e Terra.
- Ewald, F. (1993). *Foucault, a norma e o direito*. Lisboa: Vega.
- Fonseca, M. A. da (2002). *Michel Foucault e o Direito*. São Paulo: Max Limonad.
- _____. (2003). *Michel Foucault e a constituição do sujeito*. São Paulo: EDUC.
- _____. (2008). Para pensar o público e o privado: Foucault e o tema das artes de governar. In M. Rago & A. Veiga-Neto (Orgs.). *Figuras de Foucault*. Belo Horizonte: Autêntica.
- Foucault, M. (1979). *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal.
- _____. (1995). O sujeito e o poder. In: H. Dreyfus & P. Rabinow. *Michel Foucault. Uma trajetória filosófica: para além do estruturalismo e da hermenêutica* (p. 231-249). Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- _____. (1999a). *Em defesa da sociedade*. São Paulo: Martins Fontes.
- _____. (1999b). *Vigiar e punir: a história da violência nas prisões*. Petrópolis: Vozes.
- _____. (2001). *Os anormais*. São Paulo: Martins Fontes.
- _____. (2004a). Um sistema finito diante de um questionamento infinito. In M. B. Mota (Org.) *Michel Foucault: ética, sexualidade, política*. (pp. 126-146). São Paulo: Forense Universitária.
- _____. (2004b). *A ordem do discurso*. São Paulo: Loyola.
- _____. (2008). *Nascimento da biopolítica*. São Paulo: Martins Fontes.
- _____. (2010). Eu capto o intolerável. In: M. B. Mota (Org.) *Michel Foucault: repensar a política*. (pp. 31-33). São Paulo: Forense Universitária.
- Lima, A. L. G. (2007). Maternidade higiênica: natureza e ciência nos manuais de puericultura publicados no Brasil. *História. Questões e Debates*, v. 47, 95-122. Recuperado em 21 março 2010 de <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/historia/article/viewFile/12112/8473>.
- Magaldi, A. (2007). *Lições de casa: discursos pedagógicos destinados à família no Brasil*. Belo Horizonte: Argumentvm.
- Stephanou, M., & Bastos, C. (2004). (Orgs.) *Histórias e memórias da*

educação no Brasil (Vol. 1). Petrópolis: Vozes.

Unicef. Fundo das Nações Unidas para a Infância (1998). *A infância brasileira nos anos noventa*. Brasília: Unicef.

Unicef. Fundo das Nações Unidas para a Infância (2001). *Situação da Infância Brasileira*. Brasília: Unicef.

Enviado em: 29/07/2014 – **Aceito em:** 18/11/2014

Flavia Cristina Silveira Lemos: Psicóloga, mestre em Psicologia e doutora em História (UNESP). Profa. adjunta IV em Psicologia UFPA.

E-mail: flaviacristinasilveiralemos@yahoo.com.br

Dolores Cristina Gomes Galindo: Psicóloga/UFPE. Mestre e doutora em Psicologia Social/PUC-SP. Profa. de Psicologia Social/UFMT.

E-mail: dolorescristinagomesgalindo@gmail.com

Cristiane de Souza Santos: Assistente social e mestre em Psicologia/UFPA.

E-mail: cristianesouza_10@yahoo.com.br

Robert Damasceno Rodrigues: Graduando Psicologia/UFPA. Bolsista de IC Capes-Jovens Talentos.

E-mail: robert-1322@hotmail.com