

Negligência no campo da saúde: estratégia de governo das populações

Betina Hillesheim
Lílian Rodrigues da Cruz
Vera Elenei da Costa Somavilla
Josiane Delazeri Hilgert
Bárbara Luciane Fischer
Gisele Dhein

Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC

RESUMO

O presente artigo discute os sentidos que assume a negligência na infância para as equipes de Programa de Saúde da Família e como tais sentidos produzem as práticas de saúde. Para tal, utilizamos dados obtidos mediante a observação da rotina de trabalho das equipes, especialmente das agentes de saúde. A discussão foi realizada a partir de dois eixos que se fizeram presentes no decorrer da pesquisa e entre os quais oscila o discurso sobre negligência: ora esta é tudo, ora é nada. Abordamos as implicações desta oscilação e o que isto vem produzir no que se refere às práticas de saúde. Finalizamos articulando esta discussão com as noções de risco e vulnerabilidade, buscando pensar como os sentidos produzidos para negligência integram as estratégias de governo da população.

Palavras-chave: Negligência; saúde; governamentalidade; infância; vulnerabilidade.

ABSTRACT

Negligence in the health field: populations government's strategy

The present article discusses the meanings that the negligence assumes in the childhood for the teams of the Family Health Program and in which way such meanings produce the practices of health. For such, we have used data obtained through the observation of the work routine of the teams, especially of the health agents. The discussion was accomplished starting from two axes that were presents throughout the research and among these ones the speech on negligence oscillates: some times this is everything, other times it is nothing. We have approached the implications of this oscillation and what it will produce concerning to the practices of health. We concluded articulating this discussion with the risk notions and vulnerability, searching to think how the meanings produced for negligence integrate the strategies of the population government.

Keywords: Negligence; health; governamentalidade; childhood; vulnerability.

RESUMEN

Negligencia en el campo de la salud: estrategia de gobierno de las poblaciones

El presente artículo discute los sentidos que para los equipos del Programa de Salud de la Familia, tiene la negligencia en la infancia y cómo esos sentidos producen las prácticas de salud. Para esto, utilizamos datos obtenidos mediante la observación de las rutinas de trabajo de los equipos, especialmente de los agentes de salud. Realizamos la discusión en torno de dos ejes que se presentaron en el transcurso de la investigación y entre los cuales oscila el discurso sobre la negligencia: a veces lo constituye todo y a veces no es nada. Abordamos las implicaciones de esta oscilación y lo que esto produce en lo que se refiere a las prácticas de salud. Finalizamos articulando esta discusión con las nociones de riesgo y vulnerabilidad, con la intención de pensar cómo los sentidos atribuidos a la negligencia integran las estrategias de gobierno de la población.

Palabras clave: Negligencia; salud; gobernabilidad; infancia; vulnerabilidad.

A negligência, entendida como negação de cuidados e de proteção ao desenvolvimento das crianças, tem sido apontada como um problema de saúde pública, constituindo-se, a partir de diversos estudos estatísticos, como a forma de maus-tratos mais prevalente na infância (Beserra, Corrêa e Guimarães, 2002). No Rio Grande do Sul num levantamento de violência realizado junto a 60 Conselhos Tutelares do Estado, entre os meses de agosto a outubro de 2005, foi constatado o registro de 1281 casos (CEDECA, 2005). Sobre o tipo de violência sofrida, tais registros apontaram negligência em 50,56% dos casos, violência

psicológica em 22,08%, violência física em 17,58%, abuso sexual em 6,01% dos casos e exploração sexual em 2,58% (FEE, 2006). A negligência também tem sido apontada como principal motivo de ingresso em entidades de abrigo (Santos, 2004; Cruz, 2007).¹

Se recorrermos à literatura especializada, encontraremos a negligência como um tipo de violência doméstica. No conceito de Guerra (2001), a negligência representa uma omissão em termos de prover as necessidades físicas e emocionais de uma criança ou adolescente. “Ela é configurada como uma falha dos pais (ou responsáveis) em termos de alimentar, de

vestir adequadamente. E quando *tal falha não é o resultado das condições de vida além do seu controle*” (p.33). Algumas interrogações: as condições de vida ‘além de seu controle’ estariam relacionadas com a pobreza material? Estariam ligadas às questões de saúde? Contudo, veremos em outros autores que a negligência permanece associada à omissão e privação (cf. Oliveira-Formosinho e Araújo, 2002; Beserra, Corrêa e Guimarães, 2002). Ser negligente é, assim, deixar de prover, não fazer, ausentar-se.

Entretanto, negligência é um conceito escorregadio, o que nos leva às seguintes questões: a quem cabe cuidar? Em que condições? Em que medida? Negligência e maus-tratos estão sempre associados? Em que momento a negligência passa a ser visto como maltrato? Roig e Ochotorena (1993) (citado por Weber, Prado, Viezzer e Branderburg, 2004) consideram que a negligência passa a ser abusiva, constituindo-se como maltrato, quando os responsáveis em suprir as necessidades básicas da criança (físicas, psicológicas, sociais e intelectuais) não o fazem. Contudo, deve-se ainda pontuar que a definição de maus-tratos também não é tranqüila, sendo que as tentativas nesse sentido são dificultadas tanto pelas ambigüidades que caracterizam tais situações, como pelos diferentes propósitos (legais, médicos, acadêmicos, etc.) que podem presidir tal definição, ou mesmo por diferenças culturais referentes ao que é considerado maltrato (Oliveira-Formosinho e Araújo, 2002).

Tendo isto em vista, o presente artigo discute os sentidos que a negligência na infância assume para as equipes de Programa de Saúde da Família² – PSF – e como tais sentidos produzem as práticas de saúde. Este trabalho derivou-se de uma pesquisa³ desenvolvida em duas equipes do Programa de Saúde da Família, em um município de médio porte, no interior do Rio Grande do Sul. As duas equipes contavam com a coordenação de uma enfermeira, um médico generalista, cinco agentes comunitárias de saúde, uma odontóloga e uma auxiliar de enfermagem. Os procedimentos metodológicos incluíram observações assistemáticas nos PSFs, abarcando tanto o ambiente do serviço como as atividades dos profissionais de saúde.

Para a discussão dos dados, utilizamo-nos das contribuições de Michel Foucault, mais especificamente de determinadas ferramentas conceituais, tais como ontologia do presente, saber/poder, regimes de verdade, governamentalidade e modos de subjetivação. Destacamos que não é possível denominar a perspectiva foucaultiana de ‘método’, pois as contribuições deste autor rompem com a concepção tradicional de fazer pesquisa. Considerando-se que as diferentes práticas humanas engendram objetos sempre diversos, as práticas de saúde, a partir de determinadas estratégias de saber-poder, articulam-se no sentido de regulação e controle dos corpos, prescrevendo determinadas formas de viver. Inverte-se, assim, o procedimento filosófico de remeter a um sujeito constituinte, voltando-

se para as práticas concretas pelas quais se constitui este sujeito, na medida em que se toma como fio condutor da análise as relações entre sujeito e verdade.

Desta maneira, discutimos os seguintes eixos que se fizeram presentes no decorrer de toda a pesquisa e entre os quais oscila o discurso sobre negligência: ora esta é tudo, ora é nada. Deste modo, abordamos as implicações desta oscilação e o que esta produz no que se refere às práticas de saúde, buscando mostrar como o discurso sobre negligência não poderia ser outro, ocupando, a partir de determinadas ordens de saber e relações de poder, um lugar que nenhum outro poderia ocupar (cf. Foucault, 2004). A seguir, articulamos esta discussão com as noções de risco e vulnerabilidade, buscando pensar como os sentidos produzidos para negligência integram as estratégias de governo da população.

DO INVISÍVEL AO EXCESSO: ONDE SE SITUA A NEGLIGÊNCIA?

Uma das primeiras reações das equipes de PSFs ao serem apresentados os objetivos desta pesquisa foi de estranhamento: *Negligência? Não temos isto aqui!* Negligência, assim, fica no plano da invisibilidade. Se entendermos esta invisibilidade não como “um puro e simples silenciar” (Foucault, 1985, p. 29), mas que aquilo que não é visto – ou não é dito – compreende um elemento das estratégias de conjunto, a negação das situações de negligência aponta para determinadas formas de abordagem da mesma, na qual há diferentes modos de não dizer, determinando quais os discursos autorizados ou os silêncios exigidos de uns e outros.

Calar sobre a negligência significa circunscrevê-la ao âmbito familiar; o que acontece no espaço doméstico não é visível, especialmente porque remete ao que não é feito – lembramos aqui que as definições de negligência passam pela idéia de omissão. Ao ‘não’ fazer corresponde um ‘não’ visto e um ‘não’ dito, considerando-se que não se vê ou se fala qualquer coisa, mas aquilo que é possível ver e falar a partir de um determinado lugar. A linguagem impõe, assim, uma ordem.

Deleuze (1992), ao discorrer sobre o ‘visível’ e o ‘enunciável’, coloca que ver não se refere a pousar o olho sobre as coisas, nem falar remete às frases ou palavras: é preciso rachar as coisas e as palavras, extraíndo delas as visibilidades e os enunciados. E, para ele, “a visibilidade de uma época é o regime de luz, as cintilações, os reflexos, os clarões que se produzem no contato da luz com as coisas” (p. 120), enquanto o enunciável é o regime de linguagem de uma época e suas variações.

Tendo em vista que toda formação histórica diz tudo o que pode dizer e vê tudo o que pode ver, trata-se de responder à questão: o que somos capazes de dizer e ver a respeito da negligência? *Nada*, respondem as equipes de PSF, aqui não há negligência. Mas a que corresponde este *nada*?

Ora, para se entender o problema do saber, não se trata de traçar uma correspondência ou uma conformidade entre ver e dizer, visto que “nunca se diz o que se vê e nunca se vê o que se diz” (Deleuze, 1992, p. 134), mas o visível e o enunciável surgem entre essas duas proposições, existindo uma série de jogos entre um e outro.

Para discutir melhor esta relação entre visível e enunciável, compreende-se o PSF como um dispositivo. Deleuze (1990), ao explicar a idéia de dispositivo em Foucault, coloca que este conceito deve ser entendido, em primeiro lugar, como um novelo composto por linhas de diferentes naturezas – tanto de sedimentação quanto de fratura – formando processos sempre em desequilíbrio. Além disto, dispositivos são máquinas de fazer ver e fazer falar e que são atravessadas por linhas de força. E, por fim, os dispositivos não podem ser circunscritos a uma linha que os envolvem sem que outros vetores os transponham: trata-se da dimensão do si-mesmo, da produção de subjetividade.

Deste modo, o que se enuncia e se visibiliza sobre negligência no campo do PSF constitui temáticas e intervenções no que se refere ao atendimento às famílias e à infância, objetivando formas de ser mãe, ser pai e ser criança. Portanto, as curvas de visibilidade e regimes de enunciabilidade permitem a criação de determinados sujeitos, os quais são fixados pelo próprio dispositivo que os sustentam. Negligência infantil, assim, não é um conceito natural, mas funciona de acordo com determinadas regras do dizer verdadeiro ou falso, as quais delimitam formas de ver e falar sobre a infância e as famílias.

Dizer que *negligência não há aqui* também diz do PSF e uma abordagem biologicista da saúde: a ação das agentes comunitárias, no que se refere à infância, centra-se fundamentalmente nas orientações quanto à amamentação e no acompanhamento do peso dos bebês, do esquema de vacinação e das consultas ao pediatra. E é no campo deste acompanhamento que a negligência também passa a ser enunciada, ou seja, quando falham os cuidados com a saúde da criança. A negligência então passa a outro pólo: *tudo é negligência*.

Junto com a negação da negligência, aparece outra reação: *Negligência? Sim, temos vários casos*. Desta maneira, a equipe põe-se a relatar uma lista de situações nas quais identifica negligência, as quais se caracterizam por uma diversidade de questões, tal como expresso na fala de uma enfermeira: *até quando a mãe não dá banho na criança é negligência*. Percebe-se, portanto, que a negligência, se por um lado não existe, por outro se coloca como excesso: tudo pode ser considerado negligência. Neste extremo oposto, negligência se refere especialmente ao descuido com a saúde física das crianças (alimentação, consultas com o pediatra, vacinas, higiene).

Apontamos que o conceito de negligência está entrelaçado com vários outros, tais como risco e vulnerabilidade, uma vez que se percebe no âmbito das políticas públicas de atenção à infância uma preocu-

pação em avaliar o *risco* de ocorrência de uma situação de negligência ou então uma busca em definir grupos ou condições que predisponham a maior *vulnerabilidade*. Realizamos, a seguir, algumas articulações no que se refere à negligência, risco e vulnerabilidade.

NEGLIGÊNCIA SOB A ÓTICA DO RISCO E VULNERABILIDADE

A noção de risco possibilita analisar as transformações nas formas de controle social que apontam para uma transição de uma sociedade disciplinar – típica da modernidade clássica – para uma sociedade de risco – formação emergente da modernidade tardia. Embora a humanidade sempre tenha enfrentado perigos, tanto involuntários (como aqueles decorrentes de catástrofes naturais, guerras ou vicissitudes cotidianas), como voluntários (decorrentes do que se denomina como ‘estilo de vida’), a palavra risco não estava disponível no léxico existente, sendo estes eventos definidos como perigos, fatalidades ou dificuldades. A idéia de risco surge, assim, na passagem de uma sociedade feudal para as novas formas de territorialidade que originaram os Estados-nação (Spink, 2001).

Ao discutir como a ciência e a tecnologia são os principais responsáveis pelos riscos atuais, Beck (1999) traz o conceito de ‘sociedade de risco’, o qual designa um estágio da modernidade em que a sociedade se constitui como um tema e um problema para si própria, tornando-se reflexiva. O autor aponta que as principais características de uma sociedade de risco relacionam-se à globalização, à individualização e à reflexividade. Entretanto, como assinalam Pereira e Souza (2006), o termo risco é ambíguo, visto que associa tanto o possível e o provável como o positivo e o negativo, incorporando a noção de incerteza, que é composta de resultados que podem ser tanto favoráveis como desfavoráveis.

Spink (2001) assinala que os riscos modernos passam a ser compreendidos como sistêmicos e imponderáveis, havendo a necessidade de mecanismos complexos de gestão dos mesmos, as quais irão se traduzir tanto no nível das populações quanto das pessoas. Assim, ocorre um deslocamento do foco de uma gestão da vida para uma gestão de risco, na qual há uma mudança importante na concepção da natureza dos riscos, nos mecanismos de gestão das populações e as estratégias de gestão individuais.

Por outro lado, embora em processo de construção, o conceito de vulnerabilidade pretende superar a característica individualizante e probabilística do conceito de risco, na medida em que enfatiza os aspectos coletivos e contextuais das suscetibilidades aos agravos de forma geral, privilegiando a construção de significados e uma compreensão dos fenômenos em sua totalidade (Ayres, 2001). Porém, pode-se dizer que, do mesmo modo que negligência, o termo vulnerabilidade sofre de um excesso semântico (cf. Delor e Hubert,

2000), sendo que o seu uso disseminou-se a partir do final da década de 1980 e início dos anos 1990, especialmente através da literatura sobre desastres naturais, sendo que atualmente tem sido largamente utilizada nas discussões sobre AIDS.⁴

Para Meyer (2006), o termo vulnerabilidade tem sido crescentemente incorporado ao vocabulário técnico, programático e político, sendo que, apesar de sua potência teórico-analítica, esta implicação não tem implicado em mudanças substantivas nas políticas e práticas que deve subsidiar. Risco e vulnerabilidade, segundo a autora, têm sido usados quase que de forma indiferenciada, como sinônimos.

No caso da vulnerabilidade social, inicialmente os estudos centraram-se no fenômeno da pobreza, mas paulatinamente tal questão foi sendo ampliada, abrangendo as diversas modalidades de desvantagem social. Para Abramovay, Castro, Prinhoiro, Sousa e Martinelli (2002), a vulnerabilidade social é definida como situação em que os recursos e habilidades de um dado grupo social são insuficientes e inadequados para lidar com as oportunidades oferecidas pela sociedade. Estas oportunidades constituem uma forma de ascender a maiores níveis de bem-estar ou diminuir probabilidades de deterioração de vida de determinados atores sociais.

O conceito de vulnerabilidade proposto por Mann et al. (1993) está impregnado da tradição norte-americana ao focalizar na esfera individual o que é da esfera coletiva (Paris, 1999, citado por Sánchez e Bertolozzi, 2007). Para explicitar esta questão, as autoras citam um estudo sobre vulnerabilidade à Aids, numa perspectiva psicossocial, a partir da população de mulheres portadoras do HIV. Os resultados apontam para a vulnerabilidade relacionada aos fatores estruturais da sociedade, aos aspectos fisiológicos e decorrentes das relações de gênero e à “vulnerabilidade na esfera da significação, que integra o conceito de risco e a maneira como se expressa, no imaginário social, além de seus diferentes significados através da história” (p. 320-321).

Ayres (2002) também difere do marco conceitual proposto por Mann et al. (1993), ao não dar ênfase à vulnerabilidade como determinação individual. Precisa a inseparabilidade indivíduo-coletivo. Para o autor, a vulnerabilidade individual articula-se com a quantidade e a qualidade das informações a respeito das enfermidades, bem como a aplicabilidade das mesmas. A vulnerabilidade social atrela-se ao acesso aos meios de comunicação, à disponibilidade de recursos cognitivos e materiais e ao poder de participação nas instituições e decisões políticas.

Meyer (2006), ao discutir os conceitos de risco e vulnerabilidade, tomando como referência suas utilizações na área da saúde, argumenta que o quadro conceitual da vulnerabilidade é ‘potencialmente útil’ para repensar os modos como as áreas da educação e saúde têm organizado suas práticas direcionadas ao atendimento de mulheres que se tornam mães. Desta

forma, cita as chamadas ‘mães de risco’, ‘desnaturadas’, questionando quais sentidos e práticas essa nomeação carrega, na medida em que cada vez mais a ciência busca produzir instrumentos que identifiquem estas ‘mulheres potencialmente perigosas’ precocemente.

A partir disto, podemos perguntar: quais situações são definidas como *de risco* no que se refere à negligência infantil? Quais os grupos classificados como *vulneráveis* para a ocorrência de negligência? A fala de um dos médicos nos dá uma direção: ele identifica que as situações de negligência são mais frequentes em *mães adolescentes, no caso de uso de drogas por parte dos pais, em famílias desestruturadas*, e, de forma mais genérica, em *famílias infelizes*. Nas observações realizadas junto às agentes comunitárias, o acento é dado aos aspectos da falta de acesso a condições materiais – a pobreza –, embora esta não seja vista como determinante, uma vez que reconhecem situações de pobreza nas quais as crianças recebem os cuidados considerados como adequados.

Retomando a colocação de Meyer sobre a vulnerabilidade como um conceito ‘potencialmente útil’, em que medida as situações consideradas como de risco e grupos identificados como vulneráveis pelas equipes de PSF são úteis? E úteis para quê? Entramos aqui na idéia do PSF como uma estratégia de governo da população, no qual o acompanhamento e controle estão sempre presentes, especialmente na gestão dos pobres. As famílias são assim reinscritas em um regime de vigilância e regulação; neste sentido, quanto mais indefinido o conceito de negligência, mais ele se molda às necessidades de controle e disciplinamento dos sujeitos.

NEGLIGÊNCIA E GOVERNO DA POPULAÇÃO

Para melhor compreendermos como a questão da negligência se insere em uma estratégia de governo da população, é necessário explicitar o que é poder em uma perspectiva foucaultiana. Para Foucault (1985), o poder não remete a um conjunto de instituições e aparelhos de Estado, nem a modos de sujeição que assumem a forma de regra; enfim, o poder não se constitui um sistema geral de dominação que se exerce de um elemento ou grupo sobre outro, cujos efeitos se fazem sentir em todo o corpo social. O poder se constitui como uma relação de forças, não sendo algo que se adquira ou possua, mas que se exerce a partir de inúmeros pontos, não havendo uma oposição entre opressores e oprimidos. O poder é onipresente, visto que está em toda a parte: não porque englobe tudo, mas porque se produz a cada momento, em toda relação, entre um ponto e outro. Além disto, Foucault (1989) salienta que o poder não é somente repressivo, isto é, não funciona apenas como uma recusa, mas é produtivo, ou seja, incita, induz, desvia, facilita ou dificulta, amplia ou limita, coloca em discurso. De acordo com Deleuze (2005), o exercício de poder aparece como afeto, visto que a própria força se define pelo seu po-

der de afetar e de ser afetado por outras forças: assim, não emana de um ponto único ou central, mas percorre, de um ponto a outro, o interior de um campo de forças. Além disto, “a força afetada não deixa de ter uma capacidade de resistência” (p.79).

Ao discutir as modificações que ocorrem na passagem de uma sociedade calcada num modelo absolutista para a constituição de um Estado-nação, Foucault (1985) pontua que a primeira é regida por um poder soberano, o qual é formulado como um poder de vida e morte, isto é, “o direito de *causar* a morte ou *deixar* viver” (p. 128). Nesta forma de sociedade, o poder é, primeiramente, um direito de apreensão (das coisas, do tempo, dos corpos e da própria vida). A partir do século XVIII, há uma mudança nas estratégias de poder, uma vez que este deixa de se constituir essencialmente como instância de confisco, mas se combina com outras funções, tais como: de incitação, controle e vigilância. Há, portanto, um deslocamento do poder como direito de morte para um poder que visa gerir a vida, sendo que “o velho direito de *causar* a morte ou *deixar* viver foi substituído por um poder de *causar* a vida ou *devolver* à morte” (p. 130). Emergem, ao mesmo tempo, duas funções do poder: uma função disciplinar, que se centra no corpo como máquina, exercendo-se sobre um corpo qualquer e que divide o espaço, ordena o tempo e compõe no espaço-tempo; e a função do biopoder, que se centra no corpo-espécie e visa gerir e controlar a vida numa multiplicidade qualquer (a população). Em torno destes dois pólos, que constituem uma ‘anatomopolítica’ – as disciplinas do corpo – e uma ‘biopolítica’ – os controles reguladores da população –, desenvolve-se a organização de um poder cuja função principal é o investimento sobre a vida.

Conforme Foucault (2003), o problema do governo emerge com intensidade no século XVI, sendo que, em um primeiro momento, a família foi eleita como foco. A noção de governo relaciona-se aqui com a intenção de alcançar determinadas finalidades, no sentido de se dispor das coisas a partir da utilização mais de táticas do que de leis. Deleuze (2005) assinala que o poder não se confunde com a forma-Estado, embora, em nossas formações históricas, esta tenha capturado tantas relações de poder. Assim, “o governo tem primazia em relação ao Estado, se entendermos por ‘governo’ *o poder de afetar sob todos os aspectos* (governar as crianças, as almas, os doentes, uma família...)” (p. 84).

O problema da população surge, a partir do século XVIII, com o grande crescimento demográfico. A população passa a ser objeto de vigilância, análise, intervenções, etc. Portanto, a família, como modelo de governo, cedeu lugar à população, visto que esta tem regularidades e efeitos próprios à sua agregação, os quais não são redutíveis à família. Por outro lado, embora não mais modelo de governo, a família passa a se constituir como um segmento importante de interven-

ção, uma vez que, quando se pretende obter algum dado a respeito da população (comportamento sexual, número de filhos, consumo, etc), é pela família que se deve passar (Foucault, 2003).

Scheinvar (2006) coloca que, no mundo moderno, a família constituiu-se como referência imediata do indivíduo, tornando-se foco privilegiado no âmbito das campanhas sanitárias, no discurso pedagógico, nos espaços jurídicos, etc. Deste modo, ocorre uma naturalização de uma estrutura social a partir de uma perspectiva individualizante, sustentada no binômio indivíduo-família: “assumida por meio de uma série de estratégias de controle disciplinar, a prática familiar produz efeitos tanto no seu âmbito interno (privado), como no âmbito do público (ordem pública)” (p. 50). Este entrelaçamento entre público e privado sustenta-se na concepção preventiva, produzindo uma subjetividade na qual o controle íntimo da família garante a ordem social.

Tal correlação entre público e privado compõe as práticas das equipes de saúde do PSF. Uma cena emblemática desta produção concomitante do público e privado é quando, em um encontro casual no mercado do bairro, a agente de saúde critica as compras de certos alimentos por usuários do PSF, sob o argumento de que são agravantes das enfermidades apresentadas por determinados pacientes (por exemplo, obesidade, hipertensão ou diabetes). Em outro momento, a agente, entre uma visita domiciliar e outra, questiona um usuário na rua: *você já tomou seu remédio? Não vá esquecer, hein?* Situações similares ocorrem quando a agente de saúde persuade algumas mulheres a fazer o procedimento denominado ligadura de trompas,⁵ uma vez que *já tiveram muitos filhos e não têm condições de cuidá-los* ou então quando a enfermeira chama uma das usuárias com o intuito de criticar o número de filhos da mesma, a partir da análise de sua renda familiar.

Percebe-se, nestes exemplos, como o ideal de prevenção volta-se preferencialmente para a população pobre, deixando implícito, tal como aponta Scheinvar (2006), que esta tem reduzidas chances de aderirem à ordem social instituída:

Perante a falta de condições para se constituir o modelo de família considerado ‘certo’, o seqüestro do direito à família vem ocorrendo, historicamente, pela intervenção na relação com os filhos, sendo esta uma das funções de certos equipamentos sociais, dentre os que se destacam, hoje em dia, a escola, em suas diversas formas (externato ou internato, em distintos sistemas), os consultórios médicos e psicológicos, o judiciário, os abrigos, o cárcere, os conselhos tutelares, etc. Abstraindo-se a análise das condições necessárias para aderir ao modelo hegemônico, tais equipamentos sociais diagnosticam a incapacidade da família ser família (p. 50).

Pode-se assim perguntar: estes programas seriam os novos aparelhos da “Polícia das Famílias”?⁶ Vê-se que muitas ações configuram-se em dispositivos de controle sobre as famílias e os sujeitos, exatamente como ocorria com a figura do criminoso (Foucault, 1984) e com os dispositivos higiênicos que fundaram a família nuclear moderna (Donzelot, 2001).

Em relação aos aspectos relacionados à negligência (e maus-tratos em geral) há uma via de mão dupla, pois os encaminhamentos se originam tanto dos PSFs para os conselhos tutelares, quanto no sentido inverso (os conselhos tutelares comunicam o caso para as equipes de PSF). Podemos pensar que a denúncia embasa os procedimentos de notificação, dando início (ou continuidade) ao escrutínio das famílias, como Foucault (2003) descreve no seu texto “A vida dos Homens Infames”. Ele lembra que a denúncia implica a todos e introduz nas ações banais do cotidiano um estado de vigilância que permite a um só tempo o exercício do desejo de banir qualquer estranheza ou anomalia, como também cria canais para o exercício da vingança. Esta relação se ajusta bem aos procedimentos dos referidos programas, pois a denúncia relaciona-se aos pequenos desvios da normalidade: os ditos doentes, violentos ou prejudiciais.

Assinala-se que as denúncias dos casos de negligência produzem um efeito semelhante ao apontado por Foucault (2003) no referido texto: essas existências obscuras, que até então estavam condenadas a passar pela vida sem deixar grandes rastros, encontram-se com o poder e provocam suas forças. “O que as arranca da noite em que elas teriam podido, e talvez sempre devido, permanecer é o encontro com o poder: sem esse choque, nenhuma palavra, sem dúvida, estaria mais ali para lembrar seu fugidio trajeto” (p. 207). As duas situações abaixo são ilustrativas destas vidas, “destinadas a passar por baixo de qualquer discurso e a desaparecer sem nunca terem sido faladas” (p. 207), iluminadas pelo poder por breves e fugidios instantes:

- Bebê (11 meses) deixado sozinho em casa, com o som alto, enquanto a madrasta de 14 anos, grávida, saía. Após a denúncia dos vizinhos, a agente de saúde e o conselho tutelar encontram o bebê mordido por mosquitos. A criança é retirada de casa.
- Família constituída por uma mulher jovem (18 anos) e 4 filhos (o primeiro nascido quando a mãe tinha 12 anos). A mãe manifesta desejo de cuidar de todos os filhos, mas o conselho tutelar intervém e retira a guarda das duas crianças mais novas, sob a alegação de que esta não teria condições de cuidar adequadamente de todos os filhos.

Neste sentido, tomamos aqui a pergunta formulada por Foucault (2003): o que restaria dessas existências se elas não tivessem, em dado momento, se chocado com o poder, o qual lhes propiciou um breve clarão que as torna visíveis? Elas adquirem uma fama inversa ao sentido de grandeza dos homens: enquanto

existências negligenciadas são infames, passando a existir através de poucas palavras que as tornam objeto de piedade, desprezo, indiferença: crianças sujas, abandonadas, doentes, descuidadas e famintas; famílias omissas, pobres, incapazes, desestruturadas e infelizes.

O conceito de negligência, entrelaçado com as noções de risco e vulnerabilidade, coloca-se assim como ‘potencialmente útil’, trazendo o cotidiano para a esfera do discurso, iluminando o que Foucault (2003) denomina de “universo ínfimo das irregularidades e das desordens sem importância” (p. 213) e utilizando-se da denúncia, da queixa e da confissão para este enquadramento. Assim, a idéia de negligência vem integrar os procedimentos da biopolítica, organizando um meio que permite determinadas circulações e regulando os processos da vida.

REFERÊNCIAS

- Abramovay, M., Castro, M.G., Prineiro, L.C., Sousa, F.L., & Martinelli, C. da C. (2002). *Juventude, violência e vulnerabilidade social na América Latina: desafios para políticas públicas*. Brasília: UNESC/BID.
- Ayres, J.R. de C.M. (2002). Práticas educativas e prevenção HIV/Aids: lições aprendidas e desafios atuais. *Interface – Comunicação, Saúde e Educação*, Botucatu, 6, 11, 11-24.
- Ayres, J.R. de C.M. (2001) Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 6, 1, 63-72.
- Beck, U. (1999). *World Risk Society*. Londres: Polity Press.
- Beserra, M.A., Corrêa, M.S.M., & Guimarães, K.N. (2002). Negligência contra a criança: um olhar do profissional de saúde. In: Silva, L.M.P. (Org.). *Violência doméstica contra a criança e o adolescente* (pp. 63-80). Recife: EDUPU.
- Brasil (1990). *Estatuto da Criança e do Adolescente, Lei 8.069, de 13 jul. 1990*. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, DF.
- Centro de Defesa da Criança e do Adolescente do Ceará. *Estatística sobre a violência contra crianças e adolescentes no Brasil em 2005*. [On line] Disponível em: www.cedecaceara.org.br
- Cruz, L.R. da. (2007). Infância abrigada: negligências e riscos no campo das políticas públicas. *Psicología para America Latina*, México, 9. Revista Eletrônica Internacional de la Unión Latinoamericana de Entidades de Psicología. Disponível em: http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php/lng_pt
- Deleuze, G. (2005). *Foucault*. São Paulo: Brasiliense.
- Deleuze, G. (1992). *Conversações*. Rio de Janeiro: Editora 34.
- Deleuze, G. ¿Que és un dispositivo? In *Michel Foucault, filósofo* (pp. 155-161). Barcelona: Gedisa, 1990. Disponível em: <http://www.unb.br/fe/tef/filoesco/foucault/art14.html> [Acesso em: 08 nov. 2007].
- Delor, F., & Hubert, M., (2000). Revisiting the concept of ‘vulnerability’. *Social Science & Medicine*, 50, 11, 1557-1570.
- Donzelot, J. (2001). *A polícia das famílias*, (3ª ed.) Rio de Janeiro: Graal.
- Fundação de Economia e Estatística (FEE). Governo do Estado do Rio Grande do Sul. Secretaria da Coordenação e Planejamento. *Índice de Mortalidade Infantil em 2006*. [on line] Disponível em: www.fee.tche.br
- Gonçalves, H. S. (2003.) *Infância e violência no Brasil*. Rio de Janeiro: NAU Editora/FAPERJ.
- Fonseca, C., & Cardarello, A. (1999). Direitos dos mais e menos humanos. *Horizontes Antropológicos*, Porto Alegre, 10, 11, 83-122.

- Guerra, V.N.A. (2001). *Violência de pais contra filhos: a tragédia revisitada*. São Paulo: Cortez.
- Hillesheim, B., & Cruz, L. R. Risco, vulnerabilidade e infância: algumas aproximações. *Psicologia & Sociedade* (no prelo).
- Foucault, M. (1984). *Vigiar e punir: história da violência nas prisões*, (3ª ed.). Petrópolis: Vozes.
- Foucault, M. (1985). *História da sexualidade. A vontade de saber*, (7ª ed.). Rio de Janeiro: Edições Graal.
- Foucault, M. (1989). *Microfísica do poder*, (8ª ed.). Rio de Janeiro: Edições Graal.
- Foucault, M. (2004). *A arqueologia do saber*, (7ª ed.). Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- Foucault, M. (2003). *Ditos e escritos IV: estratégia, poder-saber*. Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- Meyer, D.E.E. (2006). Maternidades desviantes: “de risco” ou vulneráveis. [Texto Completo]. In Seminário Internacional Fazendo Gênero7: gênero e preconceitos. *Textos Completos dos Seminários Temáticos*, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.
- Ministério da Saúde (2007). *Atenção básica Saúde da Família*. [Online] Disponível em: saude.gov.br/dab/atencao_basica.php [Acesso em: 05 dez. 2007].
- Oliveira-Formosinho, J., & Araújo, S.B. (2002). Entre o risco biológico e o risco social: um estudo de caso. *Educação e Pesquisa*, São Paulo, 28, 2. [Online] Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-97022002000200007&lng=pt&nrm=iso. [Acesso em: 03 set. 2007.]
- Mann, J., Tarantola, D.J.M., & Netter, T.W. (1993). *A AIDS no mundo: história social da AIDS* (1). Rio de Janeiro: Relume Dumará: ABIA:IMS, UERJ.
- Pereira, E.C., & Souza, M.R. de. (2006). Interface entre risco e população. [Texto Completo]. In Associação Brasileira de Estudos Populacionais (Org.). *Textos completos de comunicações científicas, XV Encontro de Estudos Populacionais*. Caxambu: ABEP. http://www.abep.nepo.unicamp.br/encontro2006/docspdf/ABEP2006_592.pdf [Acesso em: 23 abr. 2007].
- Rizzini, I., & Rizzini, I. (2004). *A institucionalização de crianças no Brasil: percurso histórico e desafios do presente*. São Paulo: Loyola.
- Sánchez, A.I.M., & Bertolozzi, M.R. (2007). Pode o conceito de vulnerabilidade apoiar a construção do conhecimento em Saúde Coletiva? *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 12, 2, 319-234.
- Santos, M.I. (2004). Mapeando a realidade de um trabalho voluntário: levantamento estatístico. In Azambuja, M.R.F., Silveira, M.V., & Bruno, D.D. (Orgs.). *Infância em família: um compromisso de todos* (pp. 17-28). Porto Alegre: Instituto Brasileiro de Direito de Família.
- Scheinvar, E. (2006). A família como dispositivo de privatização do social. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 58, 1, 48-57.
- Silva, E.R.A. (2004). O perfil da criança e do adolescente nos abrigos pesquisados. In Silva, E.R.A. (Org.). *O direito à convivência familiar e comunitária: os abrigos para crianças e adolescentes no Brasil* (pp. 41-70). Brasília: IPEA/CONANDA.
- Spink, M.J. (2007). Sobre a promoção da saúde: tensões entre o risco na modalidade da aventura e as estratégias contemporâneas de biocontrole. In Jacó-Vilela, A.M., & Sato, L. (Orgs.). *Diálogos em Psicologia Social* (pp. 345-360). Porto Alegre: Evangraf.
- Weber, L.N.D., Prado, P.M., Viezzer, A.P., & Branderburg, O.J. (2004). Identificação de estilos parentais: o ponto de vista dos pais e dos filhos. *Psicologia Reflexão e Crítica*, Porto Alegre, 17, 3. [Online] Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo>.

[php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722004000300005&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722004000300005&lng=pt&nrm=iso) [Acesso em: 03 set. 2007].

Recebido em: 13/12/2007. Aceito em: 20/05/2008.

Notas:

¹ Segundo o Levantamento Nacional dos Abrigos, 52% dos ingressos estão relacionados à pobreza familiar, embora não nomeado desta maneira. Segundo Rizzini e Rizzini (2004), é também a extrema pobreza que tem levado ao aumento de pedidos de vagas nos abrigos do Rio de Janeiro. Alguns autores (Fonseca & Cardarelo, 1999; Cruz, 2007) têm questionado o significativo aumento no número de ingressos por “negligência dos pais”, aludindo à forma de se referir à pobreza, uma vez que o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) salienta que nenhuma criança pode ser retirada do convívio familiar devido ao motivo socioeconômico. Entretanto, pobreza e negligência são difíceis de diferenciar, visto que há uma associação entre desamparo e privação econômica, em um país tão marcado pela desigualdade social (Gonçalves, 2003).

² De acordo com o Ministério da Saúde (2007), a denominação atual deste programa passou a ser Estratégia de Saúde da Família – ESF, visto que o termo programa apontaria para atividades fins, enquanto que a noção de estratégia implica na reorganização da atenção básica, fundamentada nos princípios transversais da universalidade, integralidade e equidade.

³ Esta pesquisa obteve incentivo da Universidade de Santa Cruz do Sul, mediante o Fundo de Apoio à Pesquisa – FAP.

⁴ O conceito de vulnerabilidade foi incorporado ao campo da saúde a partir dos trabalhos de Mann, Tarantola e Netter (1993), realizados na Escola de Saúde Pública de Harvard. Tais estudos sugeriam a utilização de indicadores para avaliar o grau dessa vulnerabilidade à infecção e ao adoecimento pelo HIV, considerando três planos interdependentes de determinação: vulnerabilidade individual, vulnerabilidade programática e vulnerabilidade social. Segundo estes autores, na vulnerabilidade individual considera-se o conhecimento acerca do agravo e a existência de comportamentos que oportunizem a ocorrência de infecção; na vulnerabilidade programática leva-se em conta o acesso aos serviços de saúde, forma de organização desses serviços, o vínculo que os usuários dos serviços possuem com o profissional, as ações preconizadas para a prevenção e o controle de saúde. Na vulnerabilidade social avalia-se a dimensão do adoecimento, utilizando-se indicadores capazes de revelar o perfil da população da área de abrangência no que se refere ao acesso à informação, gastos com serviços sociais e de saúde, acesso aos serviços de saúde, coeficiente de mortalidade de crianças menores de cinco anos, a situação da mulher, o índice de desenvolvimento humano e a relação entre gastos com educação e saúde. Deste modo, pode-se dizer que o conceito de vulnerabilidade busca avaliar a suscetibilidade de indivíduos ou grupos a um determinado agravo à saúde.

⁵ A ligadura de trompas é uma cirurgia de esterilização voluntária e definitiva.

⁶ Donzelot (2001), no livro “A Polícia das Famílias”, discute como na França dos séculos XVIII e XIX o social se centrará em torno da família, dos seus exercícios e deveres. Sob o pretexto de promover a assistência aos segmentos pobres e utilizando-se da produção de um sentimento de responsabilidade social, elege-se o controle e a disciplinarização para fazer valer a ordem econômica-política-social vigente, que favorecia os interesses da burguesia ameaçados pela crescente miséria. Dessa forma, a ascensão do social vai promover a produção de modelos de família, educação e trabalho.

Autores:

Betina Hillesheim – Psicóloga, doutora em Psicologia (PUCRS), docente do departamento de Psicologia e do Mestrado em Educação na Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC) – betinah@viavale.com.br

Lilian Rodrigues da Cruz – Psicóloga, doutora em Psicologia (PUCRS), docente do departamento de Psicologia e do Mestrado em Letras na Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC) – lilianacruz2@terra.com.br

Vera Elenei da Costa Somavilla – Enfermeira, Mestre em Desenvolvimento Regional (UNISC), docente do curso de Enfermagem Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC), Coordenadora do Serviço Integrado de Saúde (UNISC) – veras@unisc.br

Josiane Delazeri Hilgert – Discente do curso de Psicologia na Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC), bolsista da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio Grande do Sul (FAPERGS) – josi_hg@yahoo.com.br

Bárbara Luciane Fischer – Discente do curso de Psicologia na Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC), bolsista da mesma Universidade – barbarafischer@terra.com.br

Gisele Dhein – Psicóloga (UNISC), mestranda em Psicologia Social e da Personalidade (PUCRS), bolsista CNPq – gidhein@gmail.com

Endereço para correspondência:

BETINA HILLESHEIM
Universidade de Santa Cruz do Sul – Departamento de Psicologia
Av. Independência, 2293 – Bloco 35 – Bairro Universitário
CEP 96815-900, Santa Cruz do Sul, RS, Brasil
betinah@viavale.com.br