



ESCOLA E SERVIÇOS DE SAÚDE: CAMPOS DE PRODUÇÃO DE SENTIDOS SOBRE NEGLIGÊNCIA, INFÂNCIA E VULNERABILIDADE

Circe Maria Jandrey¹ - UFRGS
Vera da Costa Somavilla² - UNISC

Resumo:

O presente texto levanta questões sobre possíveis sentidos assumidos como negligência na infância, tanto pela instituição escolar quanto pelos serviços de saúde, e de que modo tais sentidos produzem práticas nesses campos. Os questionamentos produzidos foram instigados por leitura de pesquisa desenvolvida acerca da temática, em estudo que promoveu a escuta de agentes comunitários de saúde (ACS) e educadores em relação à negligência. A partir de dois eixos presentes em observações do cotidiano de trabalho, nas quais oscilam discursos sobre negligência: ora esta é tudo, ora é nada, abordam-se as implicações dessas oscilações e o que isto pode produzir quando referido às práticas de saúde no âmbito da escola. Ao articular negligência a noções de risco e vulnerabilidade, problematiza-se em que medida alguns dos sentidos produzidos integram políticas públicas de educação e saúde, compreendidas, no âmbito dessas reflexões, como estratégias de governo da população.

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

Apresentação

Contemporaneamente, discutir modelos de atenção em saúde, materializados em sistemas e ações de saúde, desde a perspectiva com que neles são operados conceitos de cidadania, dever e sujeito de direito, possibilita apontar problematizações à interseccionalidade entre políticas públicas de saúde e educação em nosso país.

O Sistema Único de Saúde (SUS), criado pela Lei Federal nº 8080, datada de 10 de setembro de 1990, assume que condições de saúde-doença integram um processo social e postula um modelo de atenção à saúde cujos princípios basilares são universalidade de acesso, equidade e integralidade em suas ações e serviços. Entre suas diretrizes operacionais estão descentralização, regionalização e hierarquização das redes de atenção, bem como participação social e intersetorialidade; todas essas condições implicam em mudança cultural.

À semelhança da legislação estabelecida para o SUS, no campo da Educação, a Lei de Diretrizes e Bases (LDB), datada de 20 de dezembro de 1996, é resultante de embates entre

¹ Doutoranda do PPGEDU UFRGS, Cirurgiã Dentista Serviço de Saúde Comunitária - GHC Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

¹ Doutoranda do PPGEDU UFRGS, Enfermeira Docente na Universidade de Santa Cruz do Sul

perspectivas distintas para a conformação do sistema educacional brasileiro, mas carrega, enquanto princípios básicos, o direito universal à educação para toda a sociedade e também a intersectorialidade como estratégia à sua consecução.

A prioridade dada às ações preventivas para obtenção e manutenção de boas condições de saúde, prioridade inscrita, inclusive, no arcabouço jurídico legal, aponta a instituição escolar como parceira inquestionável na divulgação de propostas à implantação de programas, ações e serviços de saúde. Como exemplos recentes dessas propostas no âmbito do Rio Grande do Sul (RS), podemos destacar os programas Primeira Infância Melhor (PIM) e distribuição da Carteira do Adolescente, a partir do Programa Saúde na Escola (PSE), instituído pelo decreto presidencial número 6.286, de 5 de dezembro de 2007, o qual visa à ampliação das ações de saúde com alunos de ensino fundamental da rede pública (2009). Em distintas regiões do RS, tem sido firmadas parcerias com instituições de ensino na busca por captar a população a quem se dirigem esses programas, favorecendo, simultaneamente, a adesão de escolares adolescentes aos serviços de saúde.

Dentre as importantes condições pelas quais crianças e adolescentes aportam aos serviços de saúde - muitas vezes, inclusive, a partir do olhar da escola - uma delas está relacionada a situações de violência. Dados provenientes do Centro de Defesa da Criança e do Adolescente (CEDECA, 2009), ao referir violência na infância, embasam, em conjunto com outros levantamentos, a criação de ações específicas, vinculadas, em alguma medida, a programas de saúde. Sobre os tipos de violência sofrida pelas crianças e adolescentes envolvidos, os registros apontam 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%. Acerca das vítimas, 49,73% são do sexo feminino e 49,18%, do sexo masculino. Em relação à idade, 30,63% dos casos situam-se na faixa entre 6 e 11 anos.

Uma leitura possível para esse tipo de documento sugere que, frequentemente, é incorporado um tom crítico de culpabilização às famílias, quando estas parecem não responder a orientações dos serviços de saúde ou da escola. Embora o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA 1990) explicita a importância do fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários e da excepcionalidade de aplicar medidas de proteção como a denominada abrigo em entidade, ainda é preciso trabalhar para atingir essas condições.

No Brasil, levantamento realizado pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (Fundo de Economia e Estatística - FEE, 2006), com vistas ao desenvolvimento e promoção de políticas públicas, registra diferenças regionais importantes no chamado Índice de Desenvolvimento Infantil (IDI) da faixa entre 0 e 6 anos de idade. O IDI, calculado a partir da

oferta de serviços de saúde, educação e proteção à família, indica que o grau de vulnerabilidade e bem-estar das crianças brasileiras está relacionado à escolaridade dos pais e ao poder aquisitivo das famílias. Outro estudo desenvolvido em oito localidades brasileiras (FEE, 2006), aponta que 80% de nossas crianças possuem condições de moradia sob risco. Quanto à situação de crianças em abrigos, o mesmo documento a refere como uma entre oito possíveis medidas de proteção. No entanto, afirma que essa medida tem sido utilizada com uma frequência maior do que a esperada, sugerindo que, de parte dos gestores públicos, há investimentos insuficientes à manutenção dos vínculos familiares.

As discussões a cerca da infância e violência no Brasil, fundamentadas pela Declaração de Estocolmo - **Crianças e Cuidado Institucional: Novas estratégias para o Novo Milênio** (GONSALVES, 2003), destacam a importância de desenvolver ações em todas as instâncias sociais, de modo a diminuir o número de crianças institucionalizadas: apoio às famílias, criação de alternativas de acolhimento, além do fortalecimento de ações e serviços de promoção à saúde. Em perspectiva semelhante, os questionamentos trazidos nesse texto também sugerem que, para enfrentar os problemas da infância e adolescência, é necessária a integralidade de olhares e escutas. Há múltiplas condições atuantes, tais como pobreza das famílias e precariedade/insuficiência das políticas públicas de educação, saúde, trabalho, moradia e saneamento básico.

Nesse panorama, em que negligência parece expressar um dos tipos mais frequentes de violência contra crianças e adolescentes, o presente texto intenta problematizar que noção ou noções de negligência circulam pelos serviços de saúde em sua articulação com as instituições escolares. Instigadas por falas de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e educadores em seus cotidianos de trabalho, as autoras compreendem que o incremento de ações públicas intersetoriais entre os campos da educação e saúde possibilita pensar sobre a produção/discussão de significados à noção de negligência. Esse espaço se torna possível à medida que, para além dos aspectos materiais envolvidos, a promoção de intersetorialidade contempla escuta a diferentes grupos.

INFANCIA – Escola e saúde – Negligência e vulnerabilidade

Nos espaços de saúde e nas instituições escolares, produzem-se discursos usuais sobre negligência, infância e vulnerabilidade, os quais estabelecem, entre seus efeitos, critérios de verdade, como, por exemplo, a associação entre pobreza e negligência. Programas

compartilhados entre serviços de saúde e escolas reiteram a idéia de governo dos corpos e das vivências corporais. O processo de disciplinamento desses corpos de crianças e adolescentes, atravessado por estratégias relacionadas à vigilância, controle, correção e modelagem dos estudantes, perpassa tanto as práticas escolares quanto as sanitárias. É possível pensar, pois, que alguns sentidos produzidos para a noção de negligência nesses espaços integram o que Foucault (2004) denomina *estratégias de governo da população*, à medida que propõem quais as formas adequadas para o cuidado de crianças/adolescentes. Normatizam-se formas de viver, educar e compreender a infância e a adolescência, a partir da prescrição do que é ser um 'bom' pai e/ou mãe. Os serviços de saúde e a escola podem ser espaços, mesmo quando os resultados não são os esperados por essas instituições, onde o simples acesso constitui modos de governo que atuam na (re)produção, manutenção e transformação de práticas em relação aos cuidados da criança/adolescente, sinalizando que "a responsabilidade é de cada um/cada família".

A negligência tem sido referida como um tipo de violência doméstica. Segundo Guerra (2001), negligência representa uma omissão em termos de prover as necessidades físicas e emocionais de uma criança ou adolescente quando há condições materiais para tal. “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). Autores como Beserra, Corrêa e Guimarães (2002) afirmam que 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 forma de maus-tratos mais prevalente na infância. Para outros estudiosos (Oliveira-Formosinho & Araújo, 2002), negligência permanece associada à omissão e privação: ser negligente é deixar de prover, é não fazer, é ausentar-se.

A expressão desses conceitos suscita alguns questionamentos: as chamadas condições de vida ‘além de seu controle’ estariam relacionadas à pobreza material? Estariam ligadas às condições de saúde e educação? E estas seriam as “causas” da negligência?

Pensando em negligência como uma noção escorregadia, podemos chegar ao desdobramento de questões como: a quem cabe cuidar? Em que condições? Em que medida? Negligência e maus tratos estão sempre associados? Em que momento negligência passa a ser visto como maus tratos? Roig e Ochotorena (1993) (citado por Weber, Prado, Viezzer, & 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. Cabe, contudo, destacar que a compreensão de maus tratos, por sua vez, não parece ser unívoca ou linear. Isso decorre tanto de

ambigüidades que caracterizam tais situações, como pelos diferentes propósitos (legais, médicos, acadêmicos, etc.) que presidem a compreensão, ou mesmo por diferenças culturais e econômicas referentes ao que se consideram maus tratos (Oliveira-Formosinho & Araújo, 2002).

Nesse contexto, também a noção de saúde se torna um enunciado ambíguo, pois existem fronteiras instáveis e paradoxais (acesso/demanda, prescrição/obediência, orientação/ordem). As ações interdisciplinares resultantes dessas interfaces, das escolas- e dos serviços de saúde, centram-se, eletivamente, numa perspectiva curativo-assistencial, denotando uma marca discursiva dos serviços de saúde. Na maioria das situações, a possibilidade de medicalização para solucionar dificuldades/conflitos parece integrar os discursos institucionais sem que se faça qualquer problematização a esse respeito.

Negligência em silêncios e reverberações...

Em distintas situações observamos o estranhamento como uma reação frequente entre professores e profissionais de saúde: “*Negligência? Este problema não temos*”. Negligência parece, assim, ficar no silêncio. 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*’, tendo em vista que não se vê ou se fala qualquer coisa, mas o 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, extraindo 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.

Neste sentido, podemos questionar sobre o que somos capazes de ver e dizer sobre

negligência. E a que correspondem estes discursos e estes olhares. Dizendo de outro modo, 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 o um e outro.

Para discutir melhor esta relação entre visível e enunciável, compreendem-se aqui escola e serviço de saúde como dispositivos. Deleuze (1990), ao explicar a idéia de dispositivo em Foucault, coloca que essa noção deve ser entendida, em primeiro lugar, como um novelo composto por linhas de diferentes naturezas – tanto de sedimentação quanto de fratura – formando processos sempre em desequilíbrio. Dispositivos são máquinas de fazer ver e falar, atravessadas por linhas de força. Nessa compreensão, dispositivos não podem ser circunscritos a uma linha que os envolve 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 nestes campos constitui temáticas e intervenções no atendimento às famílias, à infância e à adolescência. Objetivam formas de ser mãe, ser pai, ser criança e ser adolescente. As curvas de visibilidade e regimes de enunciabilidade permitem, portanto, a criação de determinados sujeitos, os quais são fixados pelo próprio dispositivo que os sustentam. Desde esse entendimento, negligência não conforma 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 a adolescência e as famílias.

Ao dizer que não há *negligência*, a fala referida assume a perspectiva usual dos cuidados assistenciais em saúde: no que se refere à infância e a adolescência, a ação deve estar centrada, fundamentalmente, nas orientações e busca por tratamento nos serviços. E é no campo desse acompanhamento que a negligência também passa a ser enunciada e considerada: quando falham os cuidados assistenciais com saúde.

De certo modo, essa compreensão de negligência permanece relacionada àquela adotada pelas escolas públicas em décadas passadas, quando as ações relacionadas ao campo da saúde tinham como objetivo transmitir cuidados de higiene e primeiros socorros, ofertando ainda, em alguma medida, assistência médica e/ ou odontológica apenas àqueles formalmente inseridos na instituição escolar. À ocasião, as ações de saúde centravam-se na apropriação dos corpos dos estudantes, os quais deveriam ser higienizados e tornados saudáveis. Noutra frente, a atenção aos estudantes era realizada sob o marco de uma psicologia “medicalizada”,

capaz de solucionar “desvios” e/ou “déficits” ligados ao comportamento/disciplina e/ou a capacidade de aprender e/ou atentar. (Brasil, 2009).

O remodelamento contemporâneo dessa perspectiva parece proporcionar o entrelaçamento de noções de negligência a vulnerabilidade/risco; no âmbito das políticas públicas de atenção à infância e adolescência, não só há preocupação em avaliar o *risco* de ocorrência de uma situação de negligência, mas também busca por grupos ou condições que predisponham a maior *vulnerabilidade*. Risco e vulnerabilidade são, usualmente, definidos pelo campo da saúde, como condições implícitas ao não-seguimento de prescrições/cuidados (Cruz, 2007).

Negligência e vulnerabilidade - Estratégias de governo para infância/adolescência

Na interface contemporânea entre serviços de saúde/escola, negligência parece estar colocada em articulação com vulnerabilidade. Essa articulação é operada como forma de superar a característica individualizante e probabilística do conceito de risco, à medida que enfatiza 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).

Para Meyer (2006), pela sua potência teórico-analítica, o termo vulnerabilidade tem sido crescentemente incorporado ao vocabulário técnico, programático e político, ainda que não tenha implicado em mudanças substantivas nas políticas públicas e práticas que deve subsidiar. Tomando como referência suas utilizações na área da saúde, a autora 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.

Na maior parte das vezes, ao classificarem situações como negligência, serviços de saúde e escola vinculam-nas a *mães adolescentes, uso de drogas por parte dos pais e a famílias desestruturadas*. Outra associação desses discursos no que tange à negligência, é que ela decorre de insuficiência/precariedade de condições materiais, embora essas não sejam vistas como determinante, dado que reconhecem a existência de situações de pobreza nas quais as crianças recebem cuidados, (principalmente de saúde), considerados adequados.

Retomando a idéia de vulnerabilidade como um conceito ‘potencialmente útil’, não seria possível pensar a escola (em sua articulação com os serviços de saúde) como uma estratégia de governo da população? Estratégia em que acompanhamento e controle estão

sempre presentes, especialmente na gestão dos pobres? As famílias não estariam constantemente reinscritas em regimes de vigilância e regulação, a partir do disciplinamento de determinadas condutas? Nesse sentido, quanto mais indefinido o conceito de negligência, mais apropriado seu uso às necessidades de controle e moldagem dos sujeitos.

Tomar o discurso sobre negligência como produção inserida em uma estratégia de governo da população pressupõe compreender poder em uma perspectiva foucaultiana. Poder é aqui entendido como relação de forças, constituindo-se como uma ação sobre a ação (FOUCAULT, 2003). Se o poder incita, produz, induz, desvia, facilita ou dificulta, amplia ou limita, torna mais ou menos provável, ele não é somente repressivo, nem é algo que se possa possuir. Poder é exercido. O exercício de poder aparece como afeto, visto que a própria força se define pelo seu poder 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” (FOUCAULT, 2003, p.79).

Ao discutir a questão da negligência, escola e serviços de saúde reforçam o papel das famílias como campo para operacionalização de intervenções. Para o Ministério da Saúde (BRASIL, 2009) a escola deve ser entendida como um espaço de relações com as famílias e com os serviços de saúde; ao contribuir na construção de valores pessoais, crenças, conceitos e maneiras de conhecer o mundo, interferindo diretamente na forma como as famílias produzem atitudes saudáveis, a escola é vista como espaço privilegiado para o desenvolvimento crítico e político.

Conquanto que os discursos institucionais não mais a posicionem enquanto modelo de governo (aqui entendido como utilização de táticas para o alcance de determinadas finalidades), diferentemente do século XVI, quando foi eleita como foco para governamentalidade, família permanece como instância importante de intervenção social. Ainda que tenha cedido lugar à noção de população (cujas regularidades e efeitos próprios à sua agregação não são redutíveis à noção de família), sempre que se pretende obter algum dado sobre as populações, é pelas famílias que se deve começar (FOUCAULT, 2003).

Tomada como referência imediata do indivíduo (SCHEINVAR, 2006), família é posicionada como instância privilegiada, seja no âmbito das campanhas sanitárias, no discurso pedagógico ou nos espaços jurídicos. Ocorre a 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). O entrelaçamento público/privado, sustentado por uma concepção

preventiva, produz uma forma de subjetividade em que o controle íntimo da família garante a ordem social. O autor destaca que, diante da diversidade de condições para se constituir um único modelo de família considerado 'certo', a relação no cuidado com os filhos se torna um de seus definidores. São os equipamentos sociais, dentre os quais, majoritariamente, escola e serviços de saúde, que diagnosticam e afirmam a capacidade/incapacidade da família ser família na perspectiva do modelo hegemônico.

Poderíamos visualizar as ações e programas intersetoriais, da escola e dos serviços de saúde, como os chamados aparelhos da “Polícia das Famílias”?³ Não estariam configurados como dispositivos de controle sobre famílias e 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 à negligência, escola e serviços de saúde ainda parecem concentrar e tomar para si a atribuição principal quanto ao diagnóstico e demarcação de situações que a envolvem. Podemos pensar em que medida os procedimentos de notificação sobre negligência são disparados por denúncias, dando início (ou continuidade) ao escrutínio das famílias, tal como descrito por Foucault (2003) em “A vida dos Homens Infames”. Ao introduzir nas ações banais do cotidiano um estado de vigilância permanente, estabelecendo desejo de banir qualquer estranheza/anomalia e, simultaneamente, canal possível para o exercício de vinganças, a denúncia implica a todos. Esta relação se ajusta bem às lógicas institucionais, tanto da educação quanto da saúde, pois a denúncia relaciona-se aos pequenos desvios da normalidade que lhes cabe corrigir, curar e educar: os ditos doentes, os que estão mal cuidados, em risco.

Denúncias de casos de negligência podem produzir efeito semelhante ao apontado por Foucault (2003): existências obscuras, até então condenadas a passar pela vida sem deixar grandes rastros, encontram-se, neste momento, com o poder e provocam suas forças. Retomamos sua pergunta, indagando-nos o que restaria dessas existências se elas não tivessem, em dado momento, se chocado com o poder? Não teria sido exatamente esse choque que lhes imprimiu visibilidade? 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,

³ 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.

desestruturadas e *infelizes*.

A noção de negligência, entrelaçada a risco e vulnerabilidade, coloca-se assim como 'potencialmente útil', trazendo o cotidiano para as esferas do discurso escolar/sanitário. Ao se utilizar da denúncia, queixa ou confissão, a negligência passa a enquadrar desordens e irregularidades. Não estaria a integrar procedimentos/estratégias biopolíticas, organizando um meio que permite determinadas circulações/regulações de processos da vida a partir da instituição escolar e dos serviços de saúde?

Referências

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.

Bessera, M. A.; Corrêa, M. S. M. & Guimarães, K. N. (2002). Negligência contra a criança: um olhar do profissional de saúde. Em: Silva, L. M. P. (Org.). *Violência doméstica contra a criança e o adolescente*. (pp. 63-80). Recife: EDUPU.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde na escola / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009.96 p. : il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Cadernos de Atenção Básica ; n. 24)

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 2009*. [on line] Disponível na World Wide Web: 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 Eletrónica Internacional de la Unión Latinoamericana de Entidades de Psicología. Disponível na World Wide Web: http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php/lnq_pt

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

Deleuze, G. ¿Que és un dispositivo? Em: *Michel Foucault, filósofo*. Barcelona: Gedisa, 1990, pp. 155-161. (disponível em <http://www.unb.br/fe/tef/filoesco/foucault/art14.html>. Acesso em: 08 de 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 na World Wide Web: www.fee.tche.br

Gonçalves, H. S. (2003.) *Infância e violência no Brasil*. Rio de Janeiro: NAU Editora/FAPERJ.

Guerra, V. N. A. (2001). *Violência de pais contra filhos: a tragédia revisitada*. São Paulo: Cortez.

Foucault, M. (1984). *Vigiar e punir: história da violência nas prisões*. 3ª ed. Petrópolis: Vozes.

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. Maternidades desviantes: "de risco" ou vulneráveis. [Texto Completo] Em Seminário Internacional Fazendo Gênero7: gênero e preconceitos. *Textos Completos dos Seminários Temáticos*, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2006.

Ministério da Saúde (2007). *Atenção básica Saúde da Família*. Disponível em saude.gov.br/dab/atencaoobasica.php Acesso em: 05 de 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). Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-97022002000200007&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 03 de set. 2007.

Scheinvar, E. (2006). A família como dispositivo de privatização do social. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 58 (1), 48-57.

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, v. 17, n. 3. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722004000300005&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 03 de set. 2007.