

## ALGUNS PERCURSOS HISTÓRICOS ENTRE O HIGIENISMO E A MEDICALIZAÇÃO NA ATENÇÃO À INFÂNCIA E ÀS FAMÍLIAS

Flávia Cristina Silveira Lemos<sup>1</sup>

flaviacslemos@gmail.com

Daniele dos Santos Vasco<sup>2</sup>

danielevasco@yahoo.com.br

**Resumo:** O presente texto traz um percurso histórico introdutório a respeito do movimento higienista, da medicalização da infância e das famílias, com foco nas mulheres mães como higienistas no interior da família. Este artigo também visa debater a emergência do processo de medicalização e seus efeitos cotidianos no campo da história das políticas públicas para crianças e adolescentes e para as famílias brasileiras. Por fim, o estudo é teórico, genealógico, com uso de ferramentas de Foucault, e traça um percurso breve do período republicano brasileiro em concomitância com as políticas higienistas e medicalizantes dos corpos de crianças, adolescentes e famílias com vistas a organizar um país que se pretendia desenvolvido e alvo de um projeto de defesa social sanitário e de segurança, transformando a violação de direitos em problema social.

**Palavras-chave:** Infância. Família. Medicalização. Brasil República. Higienismo.

**Abstract:** This paper provides a historical introductory about the hygienic movement, the medicalisation of childhood and families, with a focus on women as mothers hygienists within the family. This article also aims to debate the emergence of the medicalization process and its effects everyday in the field of the history of public policies for children and adolescents and families in Brazil. Finally, the study is theoretical, pedigree, using tools and Foucault traces a route brief republican period concomitantly with Brazilian policies Hygienists and medicalizing the bodies of children, adolescents and families in order to organize a country that was intended developed and the target of a defense project health and social security, turning the violation of rights issue in social, economic and political development of state and society.

**Keywords:** Childhood Family. Medicalization. Brazil Republic. hygienism.

A medicalização é a transformação das questões sociais, políticas, econômicas, subjetivas e culturais em problemáticas médicas, sobretudo, por meio da racionalidade da biomedicina, ou seja, das práticas biologizantes, inclusive, por meio do próprio conceito de vida como espécie biológica e do fazer viver e deixar morrer da biopolítica, como estratégia de regulação social pela biossociabilidade. A medicalização do corpo das mulheres ocorreu e vem acontecendo paralelamente à da família, da infância e da cidade, na modernidade, em especial, a partir da segunda metade do século XVIII. Ora, mas como este processo vem se estabelecendo e de que modo se atualiza em nosso presente? Que

forças são entrecruzadas, resultando na constituição do corpo da mulher como questão médica e preocupação de intervenção do Estado e da medicina social, pelo movimento higienista?

Para que se operasse a conservação das crianças, seu adestramento e docilidade, a família teve que se submeter à tutela de políticas estatizantes e sofreu todo um reordenamento de suas funções, sendo alvo das políticas higienistas, que a medicalizavam. As relações familiares com a criança foram recodificadas, atribuindo-se aos pais a tarefa de educadores, responsáveis por estes supostos seres pequenos e frágeis, classificados como corpos em formação e desenvolvimento.

Vigiar atentamente os filhos, estar próximo, cuidar com afeto, mantê-los limpos, levá-los à escola e acompanhá-los cotidianamente são regras que são impostas aos pais. Ao mesmo tempo, o sistema de submissão dos filhos aos pais não é alterado, obediência é uma palavra que permanece mediando essa relação. A minúcia do cuidado é enfatizada pelos manuais de puericultura: como amamentar, como vestir, que alimentos são nutritivos e em que horários, como exercitar as crianças, como estimular o aprendizado por meio de brincadeiras, que locais frequentar com os filhos, enfim, uma nova cartilha regeria a atenção da família com as crianças e adolescentes (FOUCAULT, 1979). Cunha (2006) afirma que:

Os manuais de civilidade eram considerados vetores de sistemas de valores, ferramentas para a consolidação das formas e dos códigos morais e sociais. Eles compunham-se de inúmeros conselhos, regras precisas e orientações de conduta pessoal, moral e social cujo objetivo era transmitir e ensinar atenções e cuidados que cada indivíduo deveria dirigir a si mesmo, no espaço público e privado (p.352).

Ao problema 'das crianças' (quer dizer de seu número no nascimento e da relação natalidade - mortalidade) se acrescenta o da 'infância' (isto é, da sobrevivência até a idade adulta, das condições físicas e econômicas desta sobrevivência, dos investimentos necessários e suficientes para que o período de desenvolvimento se torne útil, em suma, da organização desta 'fase' que é entendida como específica e finalizada). Não se trata, apenas, de produzir um melhor número de crianças, mas o de gerir convenientemente esta época da vida. [...] A família não deve ser mais apenas uma teia de relações que se inscreve em um estatuto social, em um sistema de parentesco, em um mecanismo de transmissão de bens. Deve-se tornar um meio físico denso, saturado, permanente, contínuo que envolva o corpo da criança. [...] organiza-se como o meio mais próximo da criança, tende a se tornar, para ela, um espaço imediato de sobrevivência e de evolução (FOUCAULT, 1979, p. 198-9).

Desse modo, a criança passou a ocupar um lugar central na família, devendo receber "afeto", ser "cuidada" e "educada" pelos pais. A família reduziu-se ao núcleo casal e filhos e fechou-se em um mundo de intimismo e privacidade, tendo na casa higienizada seu local de refúgio (SENNETT, 1988; FOUCAULT, 1979). Na atualidade, podemos perceber como tais mudanças foram naturalizadas e codificadas em leis e normas, como no Estatuto da Criança e do Adolescente, no Brasil, e nas práticas

de especialistas dirigidas a essa população. Neste estatuto, a família é concebida como o lugar natural e o mais importante para o desenvolvimento da criança, e, se os familiares se omitem de suas funções supostamente naturais são penalizados e submetidos a uma série de mecanismos de vigilância de diversos aparelhos sociais, médicos e psicológicos e, em último caso, à justiça.

A concepção da família como a base da sociedade afirmada pela filosofia positivista continua em voga, na gestão das populações, pelo Estado e por organismos internacionais. A bandeira da construção da paz por meio da manutenção da ordem para o desenvolvimento em direção ao progresso permanece, sendo até mesmo revitalizada pelas posturas políticas pautadas em uma ética utilitarista, na atualidade.

Operou-se uma mudança radical, pois, segundo Ariès (1981), da Idade Média até o século XVIII, a comunidade determinava mais o destino dos indivíduos do que a família. Era a comunidade quem demarcava as fronteiras entre os direitos e deveres dos indivíduos. A afetividade era difusa, não se concentrava na família e nas relações entre pais e filhos.

A família e a cidade foram submetidas a um intenso processo de medicalização, sendo que a família foi o principal instrumento das práticas higiênicas. "O corpo sadio, limpo, válido, o espaço purificado, límpido, arejado, a distribuição medicamente perfeita dos indivíduos, dos lugares, dos leitos, dos utensílios, o jogo do "cuidadoso" e do "cuidado", constituem algumas das leis morais essenciais da família. [...]" (FOUCAULT, 1979, p. 199).

[...] obrigações de ordem física (cuidados, contato, higiene, limpeza, proximidade atenta); amamentação das crianças pelas mães; preocupação com um vestuário sadio; exercícios físicos para assegurar o bom desenvolvimento do organismo: corpo a corpo permanente e coercitivo entre os adultos e as crianças (p.199).

A família constituiu-se como o lugar, por excelência, da felicidade, da expressão de afetos, núcleo essencial da sociedade, destacando-se em relação às outras instituições, sendo, portanto, extremamente valorizada. Nela, deve ser garantida a educação, a assistência, o desenvolvimento, a segurança, satisfazendo as necessidades de seus membros e promovendo o bem-estar de cada um deles (CAPONI, 2000).

A infância e a família modernas emergem como efeito de práticas discursivas, de poder e subjetivação. A composição e o confronto de forças, ao acaso, produzem novos objetos. Um regime de dizibilidade, de visibilidade separa os corpos, os categoriza, define, compara, diferencia-os. A infância

surge por meio do aparecimento de discursos e práticas médicas, pedagógicas, psicológicas, estatais, demográficas, econômicas, políticas de governo da vida e de ampliação das habilidades e capacidade de produção dócil, em uma sociedade capitalista.

Neste processo de higienização, as famílias burguesas foram o alvo, em um primeiro momento, conforme relatam Foucault (1979) e Costa (1989), afirmando-se como classe diferenciada e, supostamente, acima das demais em função do valor que passou a atribuir ao corpo, à sua saúde e à limpeza de suas casas. Suas emoções, suas sensações, seus prazeres se tornaram cultivados com grande esmero (FOUCAULT, 1979b).

A mãe burguesa passou a cúmplice e aliada dos médicos, desenvolvendo uma medicina doméstica e acionando um poder disciplinar; ela que será uma leitora insaciável da literatura médica, psicológica e pedagógica sobre a educação e o cuidado com os filhos. Ela não enviará mais os filhos para serem amamentados pelas amas de leite ou por suas escravas, mas, ela mesma, em uma atitude de "proteção" e "afeto", irá amamentar sua prole (DONZELOT, 1986).

Um novo modelo materno foi construído para as mulheres burguesas e aceito por elas, que atendiam aos conselhos médicos sem hesitar, tornando-se mães devotadas, que se sacrificam pelos filhos, passando a amá-los de uma maneira tão intensa; designada por muitos como instinto materno (BADINTER, 1985).

Porém, enquanto os burgueses preocupavam-se em seguir os ditames higienistas, as classes populares não consideravam seu corpo como um valor; não o cultivavam, nem o protegiam com tamanha atenção. A vida como um valor, o corpo "saudável e limpo", a casa higienizada e a conjugalidade centrada nos filhos serão impostos às classes pobres por meio da escola, da política habitacional, da higiene da cidade e dos órgãos da vigilância sanitária, das instituições de assistência e previdência, da medicina coletiva, enfim, de toda uma tecnologia política de controle, vigilância e correção dos corpos do proletariado.

Os valores da burguesia foram naturalizados e universalizados como efeito das relações de saber-poder em exercício na sociedade disciplinar. E essa imposição não se restringia somente a uma estratégia de dominação das classes populares pela burguesia, mas operava dentro de um projeto de normalização de todo o corpo social. Rago (1985) explicita esse acontecimento da seguinte maneira:

[...] o poder médico defendeu a higienização da cultura popular, isto é, a transformação dos hábitos cotidianos do trabalhador e de sua família e a supressão de crenças e práticas qualificadas como primitivas, irracionais e nocivas. [...] a criança foi percebida pelo olhar disciplinar, atento e intransigente, como elemento de integração, de socialização e de fixação indireta das famílias pobres. [...] O recorte e a circunscrição daquilo que se configurou como o tempo da infância e sua objetivação pela medicina atenderam, então, ao objetivo maior de legitimação das práticas de regulamentação e controle da vida cotidiana. Os médicos procuraram apresentar-se como a autoridade mais competente para prescrever normas racionais de conduta e medidas preventivas, pessoais e coletivas, visando produzir a nova família e o futuro cidadão. [...] Uma ampla literatura procura dar conta da infância, explicar suas fases, entender suas necessidades e definir seus contornos: dizer o que é a criança, como deve ser tratada e educada, impondo, portanto, uma infantilização exterior a ela. [...] É também neste momento que surgem as primeiras instituições de assistência e proteção à infância desamparada e os primeiros institutos profissionalizantes (RAGO, 1985, p. 118-120).

Às mulheres das camadas populares foi designado o papel de vigilantes de seus maridos, deveriam impedir os maridos de transitar pelas ruas, gastando em bares seus poucos recursos. Poderiam ser culpabilizadas pela sociedade, caso os maridos a abandonassem e/ou os filhos seguissem por um "caminho" que não estivesse de acordo com o esperado socialmente (RAGO, 1985). Ao marido, a higiene prescreveu um papel de provedor, estando nesse modelo sua virtude e respeito. O contrário dessa regra era visto de modo depreciativo, podendo, também, entrar em um registro patológico e de risco "social". A gestão da vida, principalmente por meio da *conservação das crianças* torna-se uma das principais estratégias do exercício de poder nas *sociedades de normalização*. Donzelot (1986, p. 15 e 21-2), em *A Polícia das Famílias* relata que:

A partir de meados do século XVIII, floresce uma abundante literatura sobre o tema da conservação das crianças. [...] Mas, o que se instala nessa época é uma reorganização dos comportamentos educativos em torno de dois polos bem distintos, cada qual com uma estratégia bem diferente. O primeiro tem por eixo a difusão da medicina doméstica, ou seja, um conjunto de conhecimentos e de técnicas que devem permitir às classes burguesas tirar seus filhos da influência negativa dos serviçais e colocar esses serviçais sob a vigilância dos pais. O segundo poderia agrupar, sob a etiqueta de 'economia social' todas as formas de direção da vida dos pobres com o objetivo de diminuir o custo social de sua reprodução, de obter um número desejável de trabalhadores com um mínimo de gastos públicos, em suma, o que se convencionou chamar de filantropia.

Portanto, não há uma infância como essência da criança original, mas um conjunto de práticas de sabre-poder que, ao se agenciarem, possibilitaram a emergência deste objeto. A criança infantilizada é o produto do poder disciplinar e biopolítico, amparados pelos peritos da norma e pelo surgimento de uma rede de proteção do Estado e por inúmeras instituições caritativas, filantrópicas e

organizações governamentais, tomando a família como segmento principal na gestão dos indivíduos e da população.

Sabemos que a atenção à infância não é homogênea, pois se o objeto infância não é natural, as práticas que a circunscrevem também não o são. Só podemos pensar uma atenção preventiva e de proteção integral, na atualidade, em que priorizamos esta etapa da vida e elegemos o controle virtual como tática de governo dos corpos. Várias séries se multiplicam no cuidado da criança, a série caritativa, a série filantrópica assistencial, a série médico-higienista e a do Complexo Tutelar. Elas não são uma sucessão de modelos em direção a uma assistência mais evoluída, de melhor amparo e zelo pela infância, mas são modos diferentes de olhar e conceber estes corpos. Em um constante embate de forças, formam-se novos dispositivos, utilizando e misturando estratégias dos anteriores, e, em certos períodos, contrapondo-se e disputando espaços de difusão.

Até o século XVIII, a assistência funcionava a partir de uma lógica Caritativa. Pautada na piedade e na compaixão como norteadora de suas práticas. O compassivo oferece seus préstimos sem que seja solicitado. A dor do outro lhe incomoda bastante. Os que auxiliavam os desafortunados entravam no rol dos virtuosos e os auxiliados no dos eternamente gratos (DONZELOT, 1986).

A caridade seria um ato egoísta, pois visava remediar a dor dos beneméritos em frente da miséria do outro que os angustiavam. A caridade funcionava pela lógica da compaixão e da piedade, não sendo um ato que promovia a justiça e a equidade, mas a diferenciação entre os agentes morais e os necessitados. Não havia o objetivo de transformar a condição de vida dos que recebiam as doações. Os que eram ajudados apareciam como carentes de algo, como incapazes de conquistar o suprimento de suas necessidades e, ao serem alvos da piedade, tornavam-se presos a uma gratidão eterna em frente daqueles que os auxiliavam (CAPONI, 2000).

Foi por meio da caridade que a pobreza passa a ser racionalizada, primeiramente nas Igrejas de uma maneira irregular e sem pretensões de modificar moralmente os auxiliados. Não distribuía os recursos de acordo com os critérios (DONZELOT, 1986). Havia uma concepção divina da pobreza; os ricos benfeitores, em especial as mulheres – damas de caridade –, tinham o dever cristão de amparar e assistir a pobreza. Nessa relação fundada na desigualdade, os pobres eram submetidos a humilhações e coerções, eram reduzidos à impotência. Os ricos compassivos, que corriam a socorrer a miséria dos outros, mesmo sem serem solicitados, afirmavam suas virtudes (CAPONI, 2000).

À medida que a caridade foi se tornando mais organizada por homens e mulheres pertencentes às sociedades laicas, por volta dos séculos XVII e XVIII, foi se configurando um modelo de atenção filantrópico-assistencial, pautado em uma ética utilitarista. Esta nova série funcionava ofertando doações, porém, estabelecendo critérios claros como prioridade em função de idade, de gênero e de necessidade justificada.

Também objetivava a mudança moral daqueles que recebiam os benefícios e revestia-se de uma capa de humanismo desinteressado. Substituiu-se a religião cristã pela religião do bem-estar, pois o novo homem não poderia tolerar a dor, deveria eliminá-la com a administração racional da vida, de acordo com Caponi (2000). Nesta série, à criança já era conferido um acesso privilegiado na atenção a frente dos adultos e idosos. O objetivo era a conversão moral de uma pobreza considerada promíscua e portadora de maus hábitos. Instituiu-se um interrogatório social, pois as damas de caridade realizavam visitas com vistas a levantar informações a respeito do cotidiano das famílias que recebiam as doações. Negociava-se a transformação de modos “imorais” de vida concomitantemente ao recebimento de benefícios (DONZELOT, 1986).

O acompanhamento da família permitia saber se as doações estavam sendo bem utilizadas e se estavam conduzindo a uma mudança das maneiras de viver de seus integrantes. Por volta da segunda metade do século XIX, a classe médica vai ganhando prestígio, ao formar alianças que lhe permitem redimensionar seu papel social por meio de um trabalho sanitário e de projetos higienistas. Iniciava-se uma intensa racionalização do mundo da pobreza, fundada em uma ética utilitarista, tendo como parâmetros o bem-estar geral, a urgência social, a medicalização e instrumentalização das famílias, a eficiência na gestão e o controle das populações, conforme Caponi (2000).

Este movimento seria um efeito das análises de Foucault sobre a normalização social por dos dispositivos disciplinares e biopolíticos como modo de fortalecer os Estados Modernos. Neste projeto, podemos perceber como a gerência das famílias se torna um governo da infância e, paralelamente, gestão da população. Esta nova série, a médico-higienista, não desprezava completamente os mecanismos das anteriores, mas as direcionava com a finalidade de normalização e acrescentava uma preocupação com o cultivo da saúde. A família era concebida como um terreno de intervenção médica, visando a modelá-la a partir de um conjunto de regras de higiene, de cuidados com o corpo, de maneiras de cuidar dos filhos, de como constituir uma família, de como dividir o espaço da casa e de



como a relação entre os integrantes da família nuclear deve acontecer. Neste dispositivo, já existiria uma demanda pela intervenção estatal direta ou subvencionada com fins de normalização social (DONZELOT, 1986; CAPONI, 2000; FOUCAULT, 1979).

Ao final do século XIX e início do século XX, as forças que formavam o mecanismo médico-higienista começavam a sofrer uma reorganização à medida que o Estado ia deixando de financiar as políticas de atenção, passando a ser um regulamentador destas. Emergia um híbrido de assistência filantrópica moralista com a assistência médico-higienista e a caritativa, originando o Complexo Tutelar, em que as práticas sociais incidirão tanto sobre a infância classificada como em perigo como sobre considerada infância perigosa, por meio dos mecanismos de prevenção e de vigilância.

A iniciativa privada substituirá o Estado na moralização dos considerados delinquentes, nos internatos, por meio da pedagogia do trabalho. Já, no caso da prevenção, seria preciso acessar as famílias populares e romper com a inviolabilidade de seus lares. O Estado e o seu corpo de especialistas tutelariam as famílias, reduzindo a autonomia dos pais em relação aos filhos. As famílias consideradas suspeitas de procedimentos que comprometessem a segurança, a saúde, e a moralidade de sua prole poderiam sofrer a intervenção estatal e, até ter o pátrio-poder suspenso (DONZELOT, 1986).

A instalação de um gigantesco aparato tutelar reduzirá a autonomia familiar, ao final do século XIX, a partir do estabelecimento de conexões entre a assistência pública, a justiça de menores, a medicina e a psiquiatria. O dispositivo tutelar atuava de forma corretiva e salvadora dos membros mais frágeis da família (crianças e mulheres), porém, há uma perda dos direitos privados, essas famílias ficam expostas a uma vigilância e um controle contínuos em troca da proteção estatal e dos organismos não governamentais. No caso das famílias ricas, como elas não dependem de assistência material, se algum de seus membros passa a oferecer problemas, elas podem resolver tal situação por meio de intercâmbios contratuais na esfera privada, por exemplo, por meio de uma psicoterapia (DONZELOT, 1986).

A família torna-se um agente de normalização essencial em nossa sociedade, não porque reproduz a ordem estabelecida, mas por ser um mecanismo de governo. A instância familiar funciona mais como um campo de intervenções exteriores a ela do que reproduz a ordem social vigente. A família renuncia a seus direitos políticos para buscar o bem-estar privado. Para tanto, duas linhas ou



duas estratégias são dirigidas a ela – o Complexo Tutelar, para as famílias desfavorecidas e a Regulação das Imagens, para as burguesas (DONZELOT, 1986).

No Brasil Colônia, a família patriarcal era a base de um sistema fundado em uma estrutura econômica latifundiária e escravocrata. A casa grande abrigava o chefe de família, sua esposa, seus filhos legítimos e ilegítimos, suas concubinas, parentes, escravos, compadres e amigos, formando um verdadeiro clã. Em troca de proteção, todos se sujeitavam ao autoritarismo do patriarca. O pai-proprietário era a figura central desse modelo de organização familiar. A esposa e os filhos se submetiam ao seu despotismo. A Justiça garantia ao pai o direito de castigar todos os que se rebelassem contra ele: filhos, mulheres e escravos. Se não quisessem ser punidos, deveriam obedecer incondicionalmente às ordens do patriarca (COSTA, 1989).

A criança ocupava um papel secundário nessa teia de relações hierárquicas extremamente verticalizadas. A conjugalidade, neste sistema, era determinada em função dos interesses familiares. A mulher passava da tutela do pai a do marido; o amor não se empunha como condição para o casamento, mas sim o dote. Era bastante comum o casamento consanguíneo e entre pessoas de faixa etária distantes, como, por exemplo, uma moça de 13 anos com um homem de 60 anos. Tios se casavam com sobrinhas, primos com primas, enfim, os padrões que influenciavam a escolha dos parceiros não eram as normas higiênicas e o amor romântico como na atualidade. Porém, historiadores sociais, a partir da década de 80, questionaram a generalização desse modelo de família dos Senhores de Engenho, no Nordeste, a todas as classes sociais e regiões do país, como assinala Samara (1989; 1991). A autora destaca que, nas famílias das classes pobres, prevaleciam uniões consensuais e instáveis, sendo comum: separações e recasamentos.

Para Samara (1991), as famílias paulistas, em sua maioria, eram pequenas e não dividiam o espaço com muitos agregados. Ocorria de mulheres morarem, apenas, com seus filhos mestiços ou mesmo sozinhas, bem como homens solteiros morando cercados por escravos e agregados, sem parentes. A prática do concubinato era comum, e os filhos ilegítimos podiam ser reconhecidos ou não pelo pai. Caso não fossem reconhecidos, a mãe poderia entregá-los às Santas Casas de Misericórdia ou permanecer com eles. As taxas de mortalidade eram altas; os bebês, em geral, eram amamentados por amas de leite, e a utilização de parteiras era um costume bastante difundido.

De acordo com Araújo (1993), as discussões a respeito das famílias brasileiras, no período Colonial, são polêmicas. A autora reconhece a existência de diferentes modelos de família, porém, afirma: “o modelo de família patriarcal descrito por Freyre oferece um paradigma social para toda a população. [...] Embora não fosse a única em termos de ordenamento social, é inegável o seu poder no controle dos recursos da sociedade” (1993, p. 36). Deste modo, este modelo de família politicamente impôs-se frente aos outros e, de alguma maneira, todos eles se pautavam em relações estritamente hierárquicas, em que não eram considerados os desejos e as vontades individuais, mas os do grupo, mantendo uma ordem conservadora e opressiva.

Para Marcílio (1998), no Brasil, do período Colonial até o início do século XIX, as práticas assistenciais à infância eram basicamente caritativas. Além desse tipo de assistência, era uma prática comum, no Brasil, as famílias recolherem crianças abandonadas e criá-las. Esses gestos de atenção à infância eram restritos, não chegando a configurar uma política de proteção à infância desamparada. A assistência das misericórdias, pautada na caridade cristã, permaneceu até o século XIX. As Rodas brasileiras identificavam-se com os modelos europeus, de acordo com as Rodas de Expostos da Misericórdia de Lisboa, devido à colonização portuguesa. Ao longo do século XIX, as Rodas vão sendo alteradas, deixando a configuração de instituições fechadas, passando a manter um contato direto com as famílias das crianças recebidas.

As Rodas recebiam incentivos de filantropos e funcionavam a partir de uma concepção utilitarista. Várias irmandades vieram da Europa para reorganizar o sistema das Rodas, impondo regras mais rigorosas. A preocupação em educar as crianças e adolescentes, em administrar o tempo em que eles ficariam internos e prepará-los profissionalmente intensifica-se. Ao final do século XIX, em um contexto de intensas mudanças como: a Abolição da Escravatura, a Proclamação da República, o crescimento das cidades e o agravamento das questões sociais, principalmente no que tange aos que recentemente são denominados como "menores" pelos discursos de médicos e juristas, operou-se uma reorganização das instituições voltadas para a infância desvalida. A Filantropia, que já norteava as práticas assistenciais na Europa, há quase um século, passa a inscrever-se como modelo de atendimento à infância no Brasil (MARCÍLIO, 1998).

Na transição do Império para a República, o Estado aliou-se à Medicina, iniciando um processo de higienização das cidades e das famílias brasileiras. “A psiquiatria surgiria como um campo

específico do conhecimento médico no Brasil a partir de 1880, consolidando-se e legitimando-se nas primeiras décadas da república” (ENGEL, 2002).

Este projeto intervencionista médico fundamentava-se na reorganização das relações familiares, em que não deveria haver mais dessimetria de poder entre o marido e a esposa e, entre pais e filhos. Os pais seriam, agora, tutores dos filhos e não mais proprietários deles; pois o verdadeiro proprietário, a partir de então, seria a nação. Para os higienistas, a família colonial cometia arbítrios em relação às crianças, e cabia, portanto, a eles e ao Estado intervirem nesse espaço e transformá-lo em favor dos direitos das crianças. Rago (1985), analisando a apropriação médica da Infância no Brasil, afirma:

[...] De uma posição secundária e indiferenciada em relação ao mundo dos adultos, a criança foi paulatinamente separada e elevada à condição de figura central no interior da família, demandando um espaço próprio e atenção especial: tratamento e alimentação específicos, vestuário, brinquedos e horários especiais, cuidados fundamentados nos novos saberes racionais da pediatria, da puericultura, da pedagogia e da psicologia. [...] Se, até o final do século XVIII, a medicina não se interessava particularmente pela infância nem pelas mulheres, o século XIX assiste à ascensão da figura do 'reizinho da família' e da 'rainha do lar', cercados pelas lentes dos especialistas deslumbrados diante do desconhecimento do universo infantil e do território inexplorado da sexualidade feminina. [...] A conquista deste novo domínio de saber, o objeto – infância, abriu as portas de especialistas, os médicos higienistas, no interior da família (RAGO, 1985, p. 117).

Junto às prescrições médicas saneadoras das casas e das cidades, das mudanças e redefinições de papéis, esboça-se uma preocupação com a saúde mental da população. “A criança seria o homem de amanhã, daí que ações preventivas e educativas a ela dirigidas resultariam na criação de um homem melhorado, sadio” (RIBEIRO, p. 75).

As primeiras décadas do século, no Brasil, foram marcadas por um intenso debate, tendo como meta redefinir a identidade nacional, utilizando o ideário higienista com vistas a desencadear o progresso do país. A concepção de sociedade doente que precisava ser tratada reforçou o engajamento médico em cruzadas pelo saneamento do país e divulgação das concepções higienistas e também das eugenistas (MAI, 2003). Até o Brasil Império vigorou uma mentalidade penal-repressiva de atendimento às crianças e adolescentes. Já, no início da República, acompanhamos várias transformações na sociedade brasileira como um todo, com vistas a propiciar a entrada do Brasil no rol de países “civilizados” e “modernos”.

Neste projeto de reorganização nacional, baseado nos ideários da República, as práticas dirigidas às crianças e adolescentes vão sendo concebidas a partir de uma visão jurídico-assistencial e médica. As cruzadas higienistas de combate à mortalidade infantil e de intervenção na saúde materno-infantil começam a ser idealizadas sob a liderança do médico Moncorvo Filho, no início do século XX. Nesse período, os psiquiatras definiram-se mais como higienistas, estendendo suas práticas a todo o campo social, penetrando no domínio da cultura, intervindo preventivamente na escola, nos meios profissional e social. A medicina e outros saberes, como o direito, tornam-se adjacentes aos judiciários, tais como: psicologia, assistência social, pedagogia e vão atuar por meio do uso de medidas autoritárias sobre a infância e a família, e os negros e pobres desviantes serão alvo de práticas cada vez mais policiais.

Rizzini (2000) ressalta como os discursos da criminologia de Lombroso e Ferri vão sendo apropriados pelos intelectuais brasileiros responsáveis pela efetuação de leis e pela criação de instituições de atendimento aos então nomeados como “menores”, às primeiras décadas da República, no Brasil. É no governo Vargas, em 1930, que as ideias higienistas ganham maior visibilidade política, no Brasil. Vários intelectuais da Liga Brasileira de Higiene Mental vão compor o Ministério da Educação e Saúde criado por Vargas. A preocupação com a infância e com a proteção à maternidade vão se ampliar neste momento.

No Brasil, a assistência à saúde mental das crianças também emerge nas escolas, como na Europa. Segundo Ribeiro (2003, p. 92), “a psiquiatria infantil, a psicologia da criança, a psicanálise e a educação escolar, integrando o trabalho de educadores, médicos, psicólogos e psicanalistas [...]” caminharam juntas nas primeiras décadas do século XX, no Brasil. Os problemas de aprendizagem já eram imputados às famílias dos alunos, neste período (DACOME, p. 2003).

Dessa maneira, podemos ver, também no Brasil, a configuração de uma assistência normalizadora que privilegiava a infância. Assim como na Europa, no Brasil a disciplinarização da infância e das famílias aconteceu, em um primeiro momento, sobre as elites, e depois impôs-se aos pobres. Entretanto, as estratégias não foram iguais. A criança pobre devia ser enclausurada em instituições disciplinares de assistência, profissionalização, além das escolas públicas, com o ensino obrigatório. Rago (1985) descreve o modo de operação das estratégias de controle e adestramento da infância pobre:

[...] a preocupação policial de luta contra a vagabundagem e a pequena criminalidade urbana esteve na origem da criação das instituições de sequestro da infância, antes mesmo da preocupação econômica de formação de novos trabalhadores para a indústria. Além do internamento das crianças pobres nos orfanatos, o poder médico defendia o aprendizado de uma atividade profissionalizante, muito mais em função do aspecto moral - manter a criança ocupada, 'incutir hábitos de trabalho', reprimir a vadiagem do que com a intenção econômica de prover braços para o mercado de trabalho em constituição (RAGO, 1985, p.122).

Já as crianças e os adolescentes ricos, quando não estavam "aconchegados" em seus "lares" higienizados, deveriam frequentar escolas particulares, exercitarem seus corpos por meio de atividades físicas, como a ginástica e a prática de esportes; aprender línguas estrangeiras e música; enfim, preencher o tempo de ócio com atividades selecionadas, que iriam formar esses corpos de uma maneira diferenciada, preparando-os para funções distintas das que eram reservadas as crianças e aos adolescentes das camadas populares. De qualquer forma, tanto as pobres quanto às ricas seriam controladas, vigiadas e adestradas, porém, distintamente (RAGO, 1985).

Assim, produziu-se uma família tutelada por um corpo de especialistas, "guardiães da ordem", expressão utilizada por Coimbra (1995) para nomear os técnicos e suas práticas de ordenação social. Foram estes peritos que desenvolveram inúmeras tecnologias políticas de sujeição dos indivíduos e se apropriaram de outras estratégias já usadas pela Igreja e pelos filantropos para dirigir a vida dos pobres, prescrevendo normas e os policiando para que estas regras fossem cumpridas.

Marcílio (1998, p. 194) ressalta que as ideias positivistas de Augusto Comte, "que propunham a separação da infância problemática, desvalida e delinquente em grandes instituições totais, de regeneração ou correção dos defeitos, antes de devolvê-la ao convívio da sociedade estabelecida, também tiveram forte impacto nas práticas de juristas e médicos brasileiros".

A infância passou a ser diferenciada por meio dos termos "criança" e "adolescente", para os filhos de famílias favorecidas; e "menor", para qualificar os filhos de famílias populares, que estivessem em condição de abandono, de delinquência e "em risco" (CASTEL, 1987; FRONTANA, 1999). O termo "crianças em risco psicossocial ou social" passou a compor os relatórios de "especialistas" dos "problemas da infância desvalida". Qualquer situação, considerada pelos técnicos, que comprometesse de alguma forma o bem-estar das crianças, seria tomada como "risco". Atestado o "risco" que ameaçava determinada criança, transcorreria uma série de medidas de vigilância, de correção e punição.

Apresentamos as conceituações de Castel (1987) sobre a “gestão de risco” como um modo de gerência dos corpos na sociedade contemporânea. Vemos acima como a gestão de risco foi apropriada pelas políticas de assistência à infância e à juventude, na realidade brasileira. Rosenberg (1994) assinala a conotação classista que foi colada à categoria "em risco". Para ela, tal classificação se restringia às famílias pobres.

Diversos especialistas passaram a utilizar a categoria crianças e adolescentes "em situação de risco familiar", emprestada da psiquiatria e da epidemiologia, trazendo-a para as políticas sociais sem nenhuma crítica. Deste modo, podemos acompanhar, examinando a história nas primeiras décadas do século XX, a construção do "menor" como caso de polícia, e das crianças e adolescentes potencialmente "em risco psicossocial" como clientes de uma série de aparelhos de tutela.

As Rodas foram abolidas nas primeiras décadas do século XX, ao serem pressionadas por diversas denúncias realizadas por médicos higienistas e de filantropos iluministas, tal como na Europa. Porém, o Brasil foi o último país, no Ocidente, a suprimir o sistema das Rodas e, somente em 1950 foram desativadas as Rodas de Enjeitados, em São Paulo e na Bahia, segundo Marcílio (1998). O papel da família como uma instituição "fundamental" para o desenvolvimento da criança foi uma das justificativas alegadas pelos filantropos para abolir as Rodas. Outras políticas que substituíssem as Rodas e assistissem as mães pobres e/ou solteiras, para que estas não abandonassem seus filhos, eram debatidos. A tônica desses debates eram os modelos europeus de assistência e como implantá-los, no Brasil.

Marcílio (1998) assinala que, em fins do século XIX, multiplicam-se os estabelecimentos de internação e isolamento social de crianças e adolescentes sem família e as que eram denominadas como "carentes". Esses estabelecimentos eram especializados, pois não misturavam, no mesmo espaço, crianças abandonadas com adolescentes "prostitutas" ou com os "delinquentes". Pensava-se que, se eles ficassem juntos, se "contaminariam". A ideia da pureza e da limpeza, funcionando como vetor de construção de “apartheid” social é explícita nestas práticas.

De acordo com Roberto Machado (1978), estas instituições eram construídas em locais isolados dos centros das cidades. Tinham um espaço interno ordenado para higienizar e disciplinar esses corpos que encerravam. Neste cenário, vai se configurando a "questão do menor" (FRONTANA, 1999). A infância perigosa e em perigo torna-se uma preocupação para os especialistas e para os

governantes. Prevenir a delinquência e a desadaptação era um dos objetivos. Além da prevenção, era preciso moralizar esses corpos e formá-los trabalhadores dóceis e úteis ao Estado brasileiro (ALVAREZ, 1997).

Inúmeros debates, em especial de juristas, apresentavam a urgência em se criarem tribunais especiais para os menores, para julgar a criminalidade infantil. Discutiam a questão da menoridade, da responsabilidade penal e da adoção de um amplo sistema social de atendimento às crianças e adolescentes, bem como a outros "desamparados", como os idosos. Em 1919, criou-se o Departamento Nacional da Criança (DNC), segundo Marcílio (1998), pelo médico Moncorvo Filho.

Esse órgão seria responsável pelo controle das atividades de assistência às mães e às crianças e adolescentes; também, recebia doações da iniciativa privada e subsídios do Estado. Além de prestar assistência a essa população, o DNC realizava pesquisas e levantamentos das instituições de atendimento à infância (privadas ou oficiais) e desenvolvia estudos sobre natalidade, morbidade e mortalidade infantil.

As ações voltadas às crianças e às mães destas vão se ampliando dentro do setor de saúde, em nível nacional e estadual. Em 1922, realiza-se o I Congresso Brasileiro de Proteção à Infância; em 1924, institucionaliza-se o dia 12 de outubro em comemoração à criança; e, em 1937, Getúlio Vargas cria o Instituto Nacional da Criança (IYDA, 1994).

Em 1924, sob a influência da Declaração dos Direitos da Criança, de 1923, e da Declaração de Genebra, foi criado o Juízo Privativo de Menores Abandonados e Delinquentes. O juízo tinha a função de proteger, assistir, defender, processar e julgar "menores" abandonados e delinquentes, sendo competência do juiz, além de processar e julgar a criança, decretar perda ou suspensão do pátrio poder, destituir a tutela e nomear tutores, examinar os estados físico, mental e moral de "menores" que se apresentassem ao Juízo, bem como avaliar a situação social, econômica e moral dos pais ou responsáveis.

Em 1927, foi promulgado o Primeiro Código de Menores, tendo como protagonistas crianças e adolescentes que se encontravam nas ruas; as consideradas em abandono e excluídas (FRONTANA, 1999). Para os juristas da época, a família era culpada pela situação em que se encontrava a sua prole, não devendo o Estado ser responsabilizado pela condição dessas crianças e adolescentes (ALVAREZ, 1997).



De acordo com esse Código, a assistência ao "menor" seria oferecida por meio de convênios entre a assistência privada e o Estado. Esta assistência teria um caráter de "recuperação", de tutela e disciplina e não de punição. Para Oliveira (2003), o Estado manteve uma lógica de enclausuramento de crianças e adolescentes, afirmando a sociabilidade autoritária constitutiva das práticas de assistência no Brasil.

Os psicólogos utilizavam os testes e o estudo da personalidade da criança. A personalidade seria determinada pela hereditariedade e pelo meio. A Psicologia procurava encontrar as causas da delinquência nos aspectos físicos, intelectuais e morais que poderiam ser transmitidos à criança e ao jovem pela família, e no ambiente em que essas crianças e adolescentes eram educados.

A ideia de prevenção de atos infracionais de adolescentes através da oferta de uma política de assistência social ampla e federal é inaugurada pelo governo populista de Getúlio Vargas por meio de uma série de dispositivos de garantia de direitos trabalhistas, previdenciários, de saúde e extensão da educação escolarizada pública. O Serviço Social nasceu junto com o governo de Getúlio. Este presidente, em aliança com as assistentes sociais, passou a combater o que considerava o inimigo da nação — os problemas sociais. Na transição da década de trinta para a de quarenta, a questão da infância em uma perspectiva jurídica passa a dividir espaço com a concepção social, operando juntas e, ao mesmo tempo, entrando em desacordos e disputas de relações de poder (RIZZINI, 2000).

Em 1941, com a criação do SAM (Serviço de Assistência ao Menor), no governo Ditatorial de Getúlio Vargas, ampliam-se atividades de atenção à infância. Subordinado ao Ministério da Justiça, o SAM deveria combater e prevenir a chamada criminalidade infanto-juvenil e outras "situações de risco" e perigos que adolescentes populares pudessem representar ou estar sujeitos. No entanto, as relações clientelistas beneficiavam as famílias que não precisavam dos recursos em detrimento das que realmente necessitavam e também funcionando como cabide de emprego (RIZZINI; RIZZINI, 2004).

Em 1942, é criada a LBA (Legião Brasileira de Assistência), instalando postos de puericultura em muitos municípios, realizando doações com interesses político-partidários. Através da LBA, nasce o Serviço Social no Brasil (ROSEMBERG, 2003). Neste momento, já existia uma grande intervenção de organismos internacionais nas políticas sociais brasileiras, em especial da ONU e suas agências. "O Brasil, como outros países subdesenvolvidos, tem sido bombardeado com assessorias,

recomendações, propostas de organismos internacionais e intergovernamentais” (ROSEMBERG, 2003, p. 141).

Em 1960, o Estado já passa a concentrar, sob sua responsabilidade um aparato de instituições de assistência e proteção à infância. De acordo com Oliveira (2003), é nos períodos da Ditadura de Getúlio e da Ditadura Militar que o *Welfare State* emerge no Brasil. Curiosamente, as políticas sociais são implantadas por Estados ditatoriais, o que assinala o caráter de submissão política embutido na distribuição de serviços assistenciais.

Em 1964, criou-se Fundação Nacional de Bem-Estar do Menor, para planejar e efetivar uma política Nacional de bem-estar do "menor" que se ocupava do chamado "problema do menor", assim considerado pelos militares que governavam o país nesse período. Em nível estadual, são criadas a Fundação Estadual do Bem-Estar do Menor. A FUNABEM repassa os recursos financeiros e fornece o modelo teórico-prático para o funcionamento das FEBEMs (FRONTANA, 1999). Em 1979, houve uma reorganização do Código de Menores, tendo como parâmetro o anterior, oficializando o papel da FUNABEM.

Durante a vigência do código de Menores, o juiz era a figura central junto ao promotor, segundo Oliveira (2003). Porém, o caráter preventivo das políticas sociais dirigidas às crianças e adolescentes atualiza-se em práticas mais diretivas e de controle de certas camadas da população, a partir da revisão do Código de Menores de 1927, em 1979. Neste período, há uma entrada maciça de outros profissionais nas políticas de proteção e correção de crianças e adolescentes, formando uma equipe multidisciplinar de atenção.

Rosemberg (2003) relata que a pré-escola é difundida em massa, na década de 70, século XX, no Brasil, em função de pressões do UNICEF e da UNESCO como política compensatória e de assistência preventiva. O “assistencialismo dirige-se à criança e ao jovem perguntando pelo que ele não é, pelo que ele não sabe, pelo que ele não tem” (COSTA, 1988, p. 15). Legitima-se, assim, a concepção do chamado “menor” como carente bio-psico-sócio-cultural, como aponta Costa (1988). A ênfase recai mais sobre a constituição familiar das crianças e adolescentes do que na situação econômica destas (OLIVEIRA, 2003).

Todavia, a revisão do Código de Menores de 1979 não promoveu muitas alterações do Código anterior (o de 1927). Uma das alterações foi englobar a doutrina de Proteção ao Menor em Situação

Irregular, ou seja, o abandono moral e material da criança. O enfoque repressivo-correcional foi substituído pelo assistencialista-preventivo.

Até o fim da Ditadura Militar e início do período de redemocratização do país, a atenção às crianças e aos adolescentes era um híbrido de um modelo assistencialista, correcional-repressivo, filantrópico e médico-higienista, no Brasil. Prevalencia a normatização do Código de Menores e a visão de marginalidade e carência de crianças e adolescentes de famílias populares. Tal cenário terá algumas alterações, a partir das pressões de organismos internacionais de Proteção à Infância e de movimentos sociais dos diversos segmentos da sociedade civil, culminando na aprovação do Estatuto da Criança e do Adolescente, em 1990.

Porém, para Faoro (1985), os setores hegemônicos tiveram seus interesses resguardados e mantidos, apesar das contestações dos diversos movimentos sociais e de suas reivindicações de instauração de direitos civis, políticos e sociais. De acordo com Botelho (1989), as questões sociais permaneceram atreladas a uma política de favores privatista e individualizadora, em que necessitar de auxílios da assistência social significava ser incompetente, culpado pelo próprio fracasso.

A cidadania, no Brasil, continuou a ser vista como dádiva, e os políticos como messias doadores de direitos sociais (CHAUÍ, 1996). De acordo com Sorj (2001), o Brasil, mesmo após a abertura política, permanece uma sociedade patrimonialista, cujos políticos e setores públicos e privados se apropriam dos recursos públicos para fins privados. O autor destaca que o patrimonialismo brasileiro moderno é caracterizado pela “associação com uma extrema desigualdade social, a impunidade de suas elites e o abandono dos setores mais pobres da população” (SORJ, 2001, p. 13).

## REFERÊNCIAS

ARIÈS, P. **História Social da criança e da família**. Trad. Dora Flaksman. 2ª Ed. Rio de Janeiro: LCT, 2006.

BOARINI, M. L. Apresentação. In: BOARINI, M. L. **Higiene e Raça como projetos**: higienismo e eugenismo no Brasil. Maringá: EDUEM, 2003.

CAPONI, S. **Da compaixão à solidariedade**: uma genealogia da assistência médica. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2000.

CASTEL, R. **A gestão dos Riscos**: da antipsiquiatria à pós-psicanálise. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1981.

COSTA, J.F. **Ordem médica e norma familiar**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.

CUNHA, M. T. S. Tenha Modos! Manuais de Civilidade e Etiqueta na Escola Normal. (1920-1960). In: Comunicação Coordenada: De cor e salteado para ver e viver: lições em manuais do século XIX e XX. **VI Congresso Luso-Brasileiro de História da Educação**. Uberlândia/MG. 17-20 de Abril de 2006. Disponível em < <http://www.faced.ufu.br/colubhe06/anais/arquivos/29MariaTeresaSantosCunha.pdf> > Acesso: 28/11/2010.

CUNHA, S. R. V. Infância e Cultura Visual. In: **31 reunião da ANPED**, 2008, Caxambu. Constituição Brasileira, Direitos Humanos e Educação. Rio de Janeiro: Associação Nacional de Pesquisadores em Educação, 2008. Disponível em < [http://www.anped.org.br/reunioes/31ra/4sessao\\_especial/se%20-%2006%20-%20susana%20range%20vieira%20da%20cunha%20-%20participante.pdf](http://www.anped.org.br/reunioes/31ra/4sessao_especial/se%20-%2006%20-%20susana%20range%20vieira%20da%20cunha%20-%20participante.pdf) > Acesso: 30/11/2011.

EWALD, F. **Foucault, a norma e o direito**. Lisboa: Veja, 1993.

FONSECA, M. A. da **Michel Foucault e o Direito**. São Paulo: Max Limonad, 2002.

FONSECA, M. A. **Michel Foucault e a constituição do sujeito**. São Paulo: EDUC, 2003.

\_\_\_\_\_. Para pensar o público e o privado: Foucault e o tema das artes de governar. In: RAGO, M.; VEIGA-NETO, A. (Org.). **Figuras de Foucault**. Belo Horizonte: Autêntica, 2008.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

FOUCAULT, M. **A ordem do discurso**. São Paulo: Loyola, 2004.

\_\_\_\_\_. **Arqueologia do saber**. São Paulo: Forense Universitária, 2009.

\_\_\_\_\_. Um sistema finito diante de um questionamento *infinito*. In: MOTA, M. de B. (Org.) **Michel Foucault: ética, sexualidade, política**. São Paulo: Forense Universitária, 2004, pp. 126-146.

\_\_\_\_\_. **O poder psiquiátrico**. São Paulo: Martins Fontes, 2006.

\_\_\_\_\_. **Nascimento da biopolítica**. São Paulo: Martins Fontes, 2008.

\_\_\_\_\_. Eu capto o intolerável. In: MOTA, M. de B. (Org.) **Michel Foucault: repensar a política**. São Paulo: Forense Universitária, 2010, pp. 31-33.

FRONTANA, I. C. R. C. **Crianças e Adolescentes nas Ruas de São Paulo**. São Paulo: Loyola, 1999.

MACHADO, R. **Ciência e Saber: a trajetória da arqueologia de Michel Foucault**. 2ª Ed. Rio de Janeiro: Graal, 1988.

MAI, L. D. "Difusão dos ideários higienista e eugenista no Brasil". In: BOARINI, M. L. (Org.) **Higiene e raça como projetos: higienismo e eugenismo no Brasil**. Maringá: EDUEM, 2003.

MARCÍLIO, M. L. **História Social da Criança Abandonada no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1998.

\_\_\_\_\_. **A lenta construção dos direitos da criança brasileira - Século XX**. Editorial "Direitos Humanos no Limiar do séc. XXI" - Biblioteca Virtual de Direitos Humanos da Universidade de São Paulo - Comissão de Direitos Humanos, 1997.

RIBEIRO, R. J. "O Poder de Infantilizar". In: GHIRALDELLI, P. (Org.) **Infância, Escola e Modernidade**. São Paulo: Cortez e Curitiba: Editora da UFPR, 1997.

RIBEIRO, P. R. M. "A criança brasileira nas primeiras décadas do século XX: a ação da higiene mental na psiquiatria, na psicologia e na educação" In: BOARINI, M. L. (Org.) **Higiene e raça como projetos: higienismo e eugenismo no Brasil**. Maringá: EDUEM, 2003.

ROSEMBERG, F. "Crianças pobres e famílias em risco: as armadilhas de um discurso". In: **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**. São Paulo, IV (1), 1994. pp. 28-33.

\_\_\_\_\_. "A LBA, o Projeto Casulo e a Doutrina de Segurança Nacional". In: FREITAS, M. C. de (Org.) **História Social da Infância no Brasil**. 5ª Ed. São Paulo: Cortez, 2003.

SORJ, B. **A nova Sociedade Brasileira**. 2ª Ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001.

---

<sup>1</sup> Dra. em História /UNESP, Profa. de Psicologia Social/PPGP/IFCH/UFPA.

<sup>2</sup> Mestre em Educação/UFPA, Psicóloga/SESPA.