



Fernanda Viana Martins de Azevedo

**Cuidados e negligência na infância:
O que pensam os pais de crianças hospitalizadas?**

Dissertação de Mestrado

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre pelo Programa de Pós-graduação em Psicologia do Departamento de Psicologia da PUC-Rio.

Orientadora: Profa. Andrea Seixas Magalhães

Rio de Janeiro
Março de 2012



Fernanda Viana Martins de Azevedo

**Cuidados e negligência na infância:
O que pensam os pais de crianças
hospitalizadas?**

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica do Departamento de Psicologia do Centro de Teologia e Ciências Humanas da PUC-Rio. Aprovada pela Comissão Examinadora abaixo assinada.

Profa. Andrea Seixas Magalhães

Orientadora

Departamento de Psicologia - PUC-Rio

Profa. Terezinha Féres-Carneiro

Departamento de Psicologia - PUC-Rio

Profa. Edna Lúcia Tinoco Ponciano

Instituto de Psicologia - UERJ

Profa. Denise Berruezo Portinari

Coordenador Setorial de Pós-Graduação
e Pesquisa do Centro de Teologia
e Ciências Humanas – PUC-Rio

Rio de Janeiro, 16 de março de 2012.

Todos os direitos reservados. É proibida a reprodução total ou parcial do trabalho sem autorização da autora, da orientadora e da universidade.

Fernanda Viana Martins de Azevedo

Psicóloga e Bacharel em Psicologia pela Universidade Estadual do Rio de Janeiro. Especialista em Psicologia Clínico-Institucional – Modalidade Residência – Hospital Universitário Pedro Ernesto / Universidade Estadual do Rio de Janeiro. Possui experiência na área de Psicologia clínica, Psicologia hospitalar.

Ficha Catalográfica

Azevedo, Fernanda Viana Martins de

Cuidados e negligência na infância: o que pensam os pais de crianças hospitalizadas / Fernanda Viana Martins de Azevedo; orientadora: Andrea Seixas Magalhães. – 2012.

111 f. ; 30 cm

Dissertação (mestrado) – Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Departamento de Psicologia, 2011.

Inclui bibliografia

1. Psicologia – Teses. 2. Crianças hospitalizadas. 3. Infâncias. 4. Cuidados parentais. 5. Negligência. 6. Violência. I. Magalhães, Andrea Seixas. II. Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. Departamento de Psicologia. III. Título.

CDD: 150

A todos os pacientes que compartilharam um pouco de suas vidas comigo e tornaram esse trabalho possível.

Agradecimentos

Aos participantes desta pesquisa, pela generosidade em dividir seus sentimentos comigo.

À minha orientadora, Andrea Seixas Magalhães, por sua disponibilidade, incentivo, carinho e bom humor, qualidades fundamentais e que tanto me ajudaram a desenvolver este trabalho.

A todos os funcionários e professores do Departamento de Psicologia da PUC-Rio.

Ao CNPQ, pelos auxílios concedidos.

Às professoras Terezinha Féres-Carneiro e Edna Lúcia Tinoco Ponciano, que gentilmente aceitaram avaliar este trabalho.

À Sandra Miriam e à Sheila Maria, que me acolheram com amor e tanto têm contribuído para a minha caminhada.

À Dra. Maria do Carmo Cintra de Almeida Prado que com sua generosidade tanto contribuiu para o meu crescimento profissional.

A toda equipe do Setor de Terapia de Família pelo carinho, amizade e aprendizagem.

Aos meus pais, João e Lúcia, pela educação e carinho de toda vida.

Ao Zé Márcio e à Nena que, sempre tão amorosos, foram meus grandes incentivadores.

À Cláudia, Nayra, Karla, Cidiane, Simone, Paula, Erika Fernanda e Erica todo meu carinho e gratidão pela paciência, compreensão, incentivo e que me são tão caros.

Resumo

Azevedo, Fernanda Viana Martins de; Magalhães, Andrea Seixas (Orientadora). **Cuidados e negligência na infância: o que pensam os pais de crianças hospitalizadas?** Rio de Janeiro, 2012. 111p. Dissertação de Mestrado – Departamento de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

A valorização do infantil na criança na sociedade contemporânea criou novas expectativas relacionadas às demandas de cuidados diferenciados a serem oferecidos à criança. Concomitantemente, situações envolvendo diversas formas de maus-tratos contra a infância ganharam maior destaque na sociedade. No contexto hospitalar, muitas crianças internadas são vítimas de violência e de negligência que, frequentemente, acontecem dentro de casa. Esta pesquisa tem como objetivo investigar como pais ou principais cuidadores compreendem o que sejam cuidados adequados a serem dispensados à criança e como significam as diversas formas de maus-tratos contra a infância, sobretudo a negligência infantil. Realizamos um estudo de campo, entrevistando nove cuidadores responsáveis – dentre eles sete mães, um pai e uma avó paterna - que acompanhavam crianças internadas em hospital estadual de emergência, com idades entre dois meses e quatro anos. Buscamos entender como esses cuidadores percebem os fenômenos da violência e da negligência contra criança, considerando os possíveis desdobramentos para o desenvolvimento infantil. O material discursivo coletado nas entrevistas foi analisado. Emergiram oito categorias de análise: *fatores de risco e fragilidades do corpo infantil; sentimentos relacionados à concepção de cuidados; cuidados gerados pelas demandas de afeto; o papel das famílias; o papel das instituições; negligência em questão; violência física e abuso sexual; violência psicológica*. Constatamos que as prioridades nas relações de cuidados estão diretamente relacionadas às realidades sócio-econômicas dos cuidadores e às especificidades de cada fase do desenvolvimento. De acordo com a percepção dos entrevistados, os maus-tratos na infância são considerados extremamente danosos ao desenvolvimento infantil.

Palavras-chave

Crianças hospitalizadas; infância; cuidados parentais; negligência; violência.

Abstract

Azevedo, Fernanda Viana Martins de; Magalhães, Andrea Seixas (Advisor). **Care and negligence in infancy: what do parents of hospitalized children think?** Rio de Janeiro, 2012. 111p. MSc Dissertation – Departamento de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

The valorization of children's infantile aspect in contemporary society has created expectations regarding the demands for differentiated care to be offered for children. Simultaneously, situations involving several forms of mistreatment against infancy have been emphasized in society. In the hospitalar context, many children are victims of violence and negligence, which frequently occur inside their homes. This research has the goal to investigate how parents and main caretakers understand the meaning of adequate care to be offered to children, and how they make sense of the several forms of mistreatment against infancy, mainly children's negligence. One field study was conducted, during which we interviewed nine caretakers – seven mothers, one father, and a paternal grandmother – who accompanied hospitalized children in a state emergency hospital. Children aged from two months to four years-old. The objective was to understand how these caretakers perceive the phenomena of violence and negligence against children, considering the possible outcomes for children's development. The discursive data collected in interviews was analyzed. Eight categories of analysis emerged: *risk factors and frailty of infantile body; feelings related to care conceptions; care practices generated by demands of affect; the role of families; the role of institutions; negligence in question; physical violence and sexual abuse; psychological violence*. We concluded that the priorities in care relationships are directly related to the caretakers' social-economic realities, as well as the specificities of each developmental phase. According to the perception of interviewed participants, mistreatment in infancy is considered extremely harmful to children's development.

Keywords

Hospitalized children; infancy; parental care; negligence; violence.

Sumário

1. Introdução	10
2. Referenciais de cuidados parentais historicamente construídos	14
2.1 O infantil na criança	15
2.2 O lugar da infância no movimento higienista	18
2.3 Desdobramentos do movimento higienista na família brasileira	19
2.4 Infância na família brasileira	20
2.5 Cuidados parentais e desenvolvimento emocional infantil	25
2.6 Laços familiares na relação de cuidados	35
3. Violência, negligência e desenvolvimento emocional infantil	41
3.1 Maus-tratos na infância	41
3.2 As notificações de maus-tratos e a relação com os serviços de saúde	46
3.3 A negligência e suas significações	49
3.4 Fatores de risco social e negligência	57
3.4.1 Famílias que negligenciam seus filhos	60
3.4.2 Mães vulneráveis	60
3.4.3 Conflitos emocionais maternos interferindo nas relações de cuidados	62
4. A Pesquisa	66
4.1 Participantes	67
4.2 Ambiente de coleta de dados e procedimentos da pesquisa	70
4.3 Instrumento	73
4.4 Análise e discussão dos resultados	74
4.4.1 Fatores de risco e fragilidades do corpo infantil	76
4.4.2 Sentimentos relacionados à concepção de cuidados	79
4.4.3 Cuidados gerados pelas demandas de afeto	81
4.4.4 O papel das famílias	83
4.4.5 O papel das instituições	86
4.4.6 Negligência em questão	88
4.4.7 Violência física e abuso sexual	93
4.4.8 Violência psicológica	96
5. Considerações finais	99
6. Referências bibliográficas	103
Anexo I	110
Anexo II	111

Negrinha era uma pobre órfã de sete anos. Preta? Não; fusca, mulatinha escura, de cabelos ruços e olhos assustados. Nascera na senzala, de mãe escrava, e seus primeiros anos vivera-os pelos cantos escuros da cozinha, sobre velha esteira e trapos imundos. Sempre escondida, que a patroa não gostava de crianças. (...) Assim cresceu Negrinha – magra, atrofiada, com os olhos eternamente assustados. Órfã aos quatro anos, por ali ficou feito gato sem dono, levada a pontapés. Não compreendia a idéia dos grandes. Batiam-lhe sempre, por ação ou omissão. (...) Que idéia faria de si essa criança que nunca ouvira uma palavra de carinho? Pestinha, diabo, coruja, barata descascada, bruxa, pata choca, pinto gorado, mosca morta, sujeira, bisca, trapo, cachorrinha, coisa ruim, lixo – não tinha conta o numero de apelidos com que a mimoseavam. (...) Brincar! Como seria bom brincar!

(...) Que aventura, santo Deus! Seria possível? Depois, pegou a boneca. E muito sem jeito, como quem pega o Senhor Menino, sorria para ela (...), Fora de si, literalmente... Era como se penetrara no ceu e os anjos a rodeassem, e um filhinho de anjo lhe tivesse vindo adormecer ao colo. (...) Negrinha, coisa humana, percebeu nesse dia da boneca que tinha uma alma. Divina eclosão! Surpresa maravilhosa do mundo que trazia em si e que desabrochava, afinal, como fulgurante flor de luz. Sentiu-se elevada á altura de ente humano. Cessara de ser coisa – e d’ora avante ser-lhe-ia impossível viver a vida de coisa. Se não era coisa! Se sentia! Se vibrava! (...) Brincara ao sol, no jardim. Brincara!... Acalentara, dias seguidos, a linda boneca loura, tão boa, tão quieta, a dizer mãã, a cerrar os olhos para dormir. Vivera realizando sonhos da imaginação. Desabrochara-se de alma.

Monteiro Lobato, *Negrinha*

Introdução

O século XX constituiu-se em período determinante no que se refere ao lugar que a criança passou a ocupar na família e na sociedade. As relações de cuidado de um adulto com a criança pequena modificaram-se e estão estreitamente relacionadas à preocupação com o desenvolvimento emocional infantil, mas, principalmente, ao reconhecimento da fragilidade e da dependência que a criança tem de seus cuidadores.

A violência e a negligência contra criança podem ser extremamente prejudiciais ao desenvolvimento infantil, sobretudo quando tais fenômenos acontecem recorrentemente nos primeiros anos de vida. Estudos apontam a negligência como a forma mais frequente de maus-tratos contra crianças e que comumente aparece associada a outras formas de violência (Avanci, Assis, Santos & Oliveira, 2005; Assis, Avanci, Pesce, Ximenes, 2009). A negligência se dá de diversas maneiras e, às vezes, pode passar despercebida, pois, nem sempre apresenta sinais físicos evidentes. Em nossa sociedade, a concepção de maus-tratos na relação do adulto com a criança ainda está bastante associada aos sinais físicos que a vítima apresenta. Na maioria das vezes, a negligência e outras formas de violência contra criança ocorrem dentro de casa e, geralmente, os pais ou os principais cuidadores são os responsáveis pelos maus-tratos.

Os significados atribuídos a toda e qualquer forma de violência contra a infância e os dispositivos protetivos relacionados são construções da sociedade contemporânea e estão diretamente vinculados às transformações da própria noção de infância e aos referenciais de cuidados com as crianças.

A partir da nossa experiência como psicóloga em enfermaria pediátrica e CTI pediátrico em hospital estadual de emergência, surgiu o interesse em investigar os referenciais de cuidados infantis, a negligência e a violência na infância. Nesse contexto hospitalar, chegam crianças necessitando de internação e em delicado estado de saúde em decorrência de diversos tipos de adoecimento. Na maior parte das vezes, as crianças são trazidas por pais ou responsáveis. No

atendimento aos familiares, na unidade hospitalar, observamos que a instituição coloca-se como representante do Estado, do qual se espera assistência e garantias de cuidados e proteção para um desenvolvimento saudável. E, em muitas situações, a unidade hospitalar constitui-se em refúgio para crianças que adoecem em decorrência de relações de cuidados insuficientes, de maus tratos e de violência.

Neste estudo, buscamos investigar a compreensão que pais ou principais cuidadores possuem sobre noções de cuidados adequados a serem dispensados a crianças de 0 a 4 anos de idade, assim como sobre a violência e a negligência infantil. E, para atingir tal objetivo, realizamos uma pesquisa qualitativa.

No segundo capítulo, inicialmente, daremos enfoque às mudanças na concepção da infância e dos cuidados dirigidos à criança. Por isso, trataremos da Reforma Higienista europeia que provocou mudanças radicais nos cuidados com crianças nas famílias e na sociedade, através do desenvolvimento de novas concepções de cuidados relacionados à higiene, à saúde e à educação infantil.

Serão discutidas as repercussões do movimento higienista europeu na colonização brasileira e como todas as modificações, com relação à própria percepção de infância, foram incorporadas à sociedade brasileira até a atualidade. Além disso, destacaremos como as mudanças verificadas na família brasileira tiveram desdobramentos sobre as concepções de cuidado contemporâneas e sobre o lugar que a criança ocupa na constituição familiar.

Pensaremos as relações de cuidados de pais com seus filhos, mas procurando destacar como se constituem as condições ideais para o desenvolvimento emocional saudável. Para tanto, discutiremos a relação mãe-bebê, a importância do investimento afetivo na relação de cuidados e o exercício da parentalidade. Com destaque para as relações de cuidado desde o nascimento até o quarto ano de vida.

Trataremos de questões referentes aos laços familiares e à função que os membros da família ocupam como auxiliares importantes nas relações de cuidado e na criação das crianças. Ressalta-se que o suporte e o auxílio oferecidos pelos familiares são fundamentais, sobretudo no caso das famílias mais carentes, e em

situações envolvendo a separação conjugal ou, ainda, quando apenas um dos pais assume as responsabilidades inerentes à criação dos filhos.

Começaremos abordando as diversas formas de maus-tratos contra crianças, com destaque para a negligência. Discutiremos a questão das notificações de maus-tratos contra crianças e como tais situações são percebidas e tratadas nos serviços públicos de saúde. Desenvolveremos os conceitos de negligência e, em especial, os sentidos atribuídos à negligência afetiva.

Discutiremos algumas circunstâncias de vida que podem corroborar para a fragilização das relações de cuidados dos adultos responsáveis com suas crianças. Fenômenos relacionados à insuficiência de recursos econômicos ou à falta de conhecimento podem ter desdobramentos significativos sobre a qualidade dos cuidados que pais oferecem a seus filhos. A fragilização e a inconstância das relações de cuidados podem também estar associadas aos conflitos emocionais vivenciados pelos cuidadores ou, ainda, ao uso de drogas lícitas e ilícitas.

Destacaremos a mulher como a principal referência de cuidados na relação com a criança, ratificando que essa permanece como uma atribuição predominantemente feminina. Discutiremos dificuldades que a mulher vivencia no exercício da maternidade no contexto contemporâneo, sobretudo nas camadas mais desfavorecidas da população brasileira. Algumas mães assumem as responsabilidades envolvidas nos cuidados e na proteção de seus filhos em meio a situações de desestruturação familiar, outras não contam com o apoio emocional e/ou instrumental do pai da criança.

No quarto capítulo, apresentaremos a pesquisa de campo, realizada com cuidadores responsáveis que acompanhavam suas crianças durante o processo de internação, em hospital estadual de emergência. Foram entrevistados nove sujeitos, dentre eles sete mães, um pai e uma avó paterna. O convite dos sujeitos para participação na pesquisa não tinha com pré-requisito o envolvimento em quaisquer situações de maus-tratos contra crianças. Nenhuma das crianças que tiveram seus cuidadores entrevistados estava internada em decorrência de situações envolvendo maus-tratos. Todos os relatos trazidos pelos entrevistados foram discutidos à luz da literatura revisada, com o objetivo de compreender como os cuidadores percebem o fenômeno da violência e da negligência contra

crianças e como entendem as relações de cuidados adequadas às necessidades de um desenvolvimento infantil saudável. O material discursivo coletado nas entrevistas foi analisado e dele emergiram oito categorias de análise: *fatores de risco e fragilidades do corpo infantil; sentimentos relacionados à concepção de cuidados; cuidados gerados pelas demandas de afeto; o papel das famílias; o papel das instituições; negligência em questão; violência física e abuso sexual; violência psicológica.*

No quinto capítulo, apresentamos as considerações finais. Constatamos que, para os cuidadores entrevistados, as prioridades nas relações de cuidados com crianças estão relacionadas às particularidades do contexto sócio-econômico em que vivem e às necessidades próprias de cada fase da infância. De acordo com a percepção deles, os maus-tratos contra crianças são bastante danosos ao desenvolvimento infantil, podendo ter repercussões negativas na vida adulta.

Ademais, este estudo contribui para o aprofundamento da compreensão sobre condições de acolhimento de famílias mais carentes nos serviços públicos, constituindo-se em ferramenta importante para pensarmos a relação existente entre as práticas dos profissionais da saúde e a qualidade dos cuidados que pais ou cuidadores responsáveis oferecem a seus filhos. A partir da reflexão sobre o valor do trabalho do profissional de saúde no acolhimento de pais e/ou cuidadores, pode-se propiciar um ambiente continente capaz de amparar os familiares, tornando-os mais confiantes em relação aos cuidados infantis e ao exercício da parentalidade.

2

Referenciais de cuidados parentais historicamente construídos

Primeiramente, daremos atenção a algumas das mudanças historicamente construídas no olhar do homem sobre o infantil. Assim, mais à frente, poderemos nos debruçar sobre as diversas circunstâncias que envolvem situações de maus-tratos, fenômenos que vêm sendo exaustivamente estudados, mas ainda de difícil enfrentamento, para melhor compreendê-los. A violência se dá nos espaços públicos e privados caracterizando-se como um fenômeno complexo e diante do qual não existem soluções simples, embora demande medidas concretas e eficientes do poder público e da sociedade visando à proteção da infância (Gonçalves, 2003).

Para discutir a construção do conceito de infância, faremos um recorte de determinado período histórico, de modo que nos auxilie na compreensão da noção de infância contemporânea e dos ideais de cuidado relativos a essa fase da vida. Daremos destaque à Reforma Higienista, que teve como um de seus maiores objetivos a melhoria das condições de vida da população europeia -que morria em decorrência de doenças, como a peste -, em geral, tais doenças estavam relacionadas às péssimas condições de alimentação, higiene e habitação da época, e que teve repercussões no Brasil. Ainda durante a colonização brasileira, as políticas sanitárias europeias e as concepções relativas à infância, de um modo geral, foram trazidas para nossa sociedade e passaram a exercer funções de controle sobre as famílias de diversas condições sociais, destacando-se também pelo incentivo a uma maior atenção à saúde e à educação infantil.

À descoberta da infância e às práticas higienistas, somavam-se importantes mudanças nas relações familiares da sociedade brasileira, que no início do período colonial fundamentaram-se em costumes e valores europeus, mas que progressivamente foram se diferenciando. Às contínuas alterações verificadas no seio da família colonial, somaram-se novas percepções e preocupações acerca das necessidades infantis. Com a valorização progressiva da maternidade, as mulheres

passaram a assumir posições importantes. Práticas de cuidado, antes despercebidas, passaram a ter prioridade nas relações da sociedade com o infantil e, principalmente, nas relações mãe-filho. Atitudes relacionadas à precariedade de cuidados, e que tantas vezes culminavam na morte prematura de crianças, ganharam conotações negativas e condenáveis socialmente.

2.1

O infantil na criança

Durante a Idade Média, o mundo infantil mesclava-se indiferenciadamente ao mundo do adulto (Ariès, 1973; Del Priore, 1999; Gonçalves, 2003). Foi, aproximadamente, em fins do século XVI que se deu o nascimento do sentimento da infância. Com o advento do processo de higienização, que ocorreu nos centros urbanos europeus no século XVIII, a infância se confirmou como um momento diferenciado da vida, caracterizando-se por fases distintas e envolvendo exigências de atenção antes impensáveis (Foucault, 1979; Costa, 2004; Szymanski, 2007).

Até os fins do século XVIII, porém, as mães que se apegassem mais intensamente aos filhos corriam um maior risco de sofrer com a perda, principalmente no caso de crianças com menos de um ano de idade, que eram mais ameaçadas por uma morte prematura. Por outro lado, a morte de uma criança era logo compensada com o nascimento de outro bebê. Muitos pais não iam ao enterro dos filhos, outros demoravam a tomar ciência de suas mortes, pois alguns moravam com suas amas em regiões mais afastadas. Era também comum privilegiar os cuidados e a criação dos primogênitos. Enquanto isso, os cuidados nos primeiros anos de vida de outros filhos eram delegados a amas. Até o século XVIII, poder não amamentar os filhos era considerado sinônimo de maior status social (Ariès, 1973; Badinter, 1985; Gonçalves, 2003).

A entrega das crianças às amas sem quaisquer conhecimentos acerca das condições em que viviam e, muitas vezes, sem qualquer forma de notícias por anos, evidencia uma forma de negligência não reconhecida no passado. Diferentemente daquela sociedade, atualmente interpretaríamos tais práticas como

formas de abandono extremo. Badinter (1985) ressalta que não era porque tantas crianças pequenas morriam que suas mães não davam maior importância, mas acredita que acabavam morrendo, justamente, porque as mães não se interessavam por elas, suficientemente.

Nessa época, o tratamento dado à infância ainda era fortemente afetado pela força do pensamento religioso e moralizante, até então, dominante. Além disso, o efeito da árdua realidade política, social e econômica, que se impunha ao cotidiano do homem medieval, interferia em seu modo de estar no mundo, em suas crenças, valores e costumes. No entanto, a partir do movimento do Renascimento, entre os séculos XV e XVI, deu-se início na Europa a uma fragilização da fé católica e de seus preceitos moralizantes.

O crescente interesse pelas ciências demográficas e os frutos do movimento Renascentista resultaram, então, em uma conscientização sobre a importância do desenvolvimento de uma população para seu país. A criança ganhava *status* de valor mercantil, na medida em que ela se transformava naquela que se constituiria na possibilidade de aumento futuro da riqueza econômica e, além disso, ela também surgia como mais uma garantia do poderio militar de uma nação (Gonçalves, 2003; Motta, 2005). Portanto, pais que haviam entregado seus filhos, por alguns anos, aos cuidados de amas, queixavam-se ao recebê-los doentes, malformados, raquíticos - talvez mais do que se recebessem notícias de suas mortes - já que crianças doentes representavam gastos futuros e poucas vantagens a longo prazo (Badinter, 1985).

Ao final do século XVIII, na França, objetivando igualmente benefícios econômicos, as mães passaram a ser incentivadas a cumprir com o dever de cuidar mais de perto de seus filhos. Colocava-se o mito do amor materno em primeiro plano na vida das mulheres. Dessa forma, evidencia-se o quanto cada momento da história apresenta expectativas distintas sobre a maternidade e, igualmente, sobre a função da família, assim como sobre a diferenciação de papéis na criação dos filhos. As concepções de cuidados são atravessadas pelos interesses dos sistemas econômicos vigentes (Motta, 2005).

A infância, antes considerada período de transição a ser rapidamente superado, emergia como fase da vida atravessada por fragilidades e debilidades.

Compreendia-se a necessidade de amar as crianças, apesar de suas imperfeições (Del Priore, 1999). A infância era considerada um mal necessário, que a humanidade tinha que tolerar, e que afastava o homem da perfeição divina. Essa forma de perceber a infância ainda se manteve na Idade Moderna até o século XIX. Durante os cinco primeiros anos de vida, as crianças eram tratadas como seres mais frágeis, delicados e encantadores. Ainda assim, as atitudes e comportamentos infantis eram considerados inadequados e, em algumas situações, interpretados como perversos e corrigidos com punições mais severas (Gonçalves, 2003).

Os educadores, dotados de autoridade e com concepções específicas em relação a uma educação ideal para crianças, desempenharam funções importantes na atenção às particularidades da infância. No início do século XVII, na Europa, já havia farta literatura pedagógica, com forte cunho religioso e moral, objetivando a preservação da inocência infantil. A literatura pedagógica era voltada para pais e educadores, confirmando as dificuldades parentais na educação adequada dos filhos, o que certamente favoreceu a fragilização das funções da família (Foucault, 1979).

Foucault (1979) ratifica que, naquele momento histórico, deram-se sensíveis mudanças nas formas de cuidado dirigidas à criança, que tinham como principal objetivo aumentar as chances de sobrevivência e assegurar melhores condições para o desenvolvimento infantil. Mesmo antes do século XVIII, as famílias já começavam a valorizar a vacinação dos filhos, e mostravam-se mais favoráveis às práticas de higienização e de medicalização (Del Priore, 1999).

Progressivamente, verificavam-se mudanças nos vocabulários de adultos e crianças (Ariès, 1973). As mães começavam a ser incentivadas a amamentar, o que se tornou condição para o crescimento mais saudável. Passaram também a expressar seus sentimentos pelos filhos, através dos cuidados do corpo e de uma linguagem própria, e que antes talvez não se permitissem. Descobria-se a primeira infância, com corpo, hábitos, fala e as especificidades da criança pequena (Del Priore, 1999).

No século XVIII, a criança já havia assumido um lugar central no seio da família, especialmente nos países europeus, e que exportavam costumes e valores

para as nações colonizadas, como era o caso do Brasil. Vislumbrava-se o futuro, ao se pensar nos cuidados que deveriam ser dispensados aos filhos. Entendia-se o investimento na educação como fundamental para a função que aquele indivíduo desempenharia no mundo (Foucault, 1979; Costa, 2004).

2.2

O lugar da infância no movimento higienista

O surgimento de um olhar diferenciado acerca das necessidades da infância instituiu um novo lugar social para a criança relacionado a mudanças importantes no cenário político, econômico e cultural dos principais centros urbanos. Na Europa, o pânico da população urbana frente ao avanço da peste acabou incentivando a aceitação pela sociedade de uma política de purificação do espaço público e privado (Costa, 2004).

Ao adotar um modelo europeu, a família brasileira passou por uma ação normalizadora promovida pelo Estado por intermédio do dispositivo médico. O poder público inseria-se, portanto, nos núcleos familiares sem ferir as liberdades individuais. As estratégias que defendiam a saúde e a moral constituíram-se em formas de intervenção junto às famílias. A ação dos governos e da medicina social, para interferência na vida privada, fundamentava-se na visão de uma família que ainda era incapaz de proteger a vida das crianças e que, por isso, precisava de orientação (Costa, 2004).

A Reforma Higienista teve influência marcante nesse momento histórico porque interferiu no lugar ocupado pela criança na sociedade. Assim, as políticas de higienização passaram a nortear uma prática de cuidados com higiene, alimentação, vestuário e educação. Concomitantemente, impulsionava-se uma reconstrução da noção de cuidados dispensados à infância, com relação à saúde, mas também aqueles voltados às práticas de educação. A sociedade passava a reconhecer as limitações e as fragilidades dessa etapa da vida.

As repercussões dessas mudanças são tão significativas que afetam nossas concepções atuais do que sejam cuidados adequados e inadequados na relação de um adulto com uma criança. Sabemos, ainda, que o tema relativo aos cuidados

com a infância é central para a discussão proposta nessa pesquisa, considerando que o ambiente de coleta de dados é, justamente, uma unidade de saúde. Nesse contexto, o psicólogo é convocado a ocupar um lugar de cuidador e de guardião, a partir de um olhar diferenciado sobre as necessidades infantis.

2.3

Desdobramentos do movimento higienista na família brasileira

No Brasil, a política sanitária de higiene das cidades afirmou-se a partir da influência de Dom João VI, difundindo-se entre as famílias já no século XIX, com a consolidação do Estado Nacional (Costa, 2004; Diniz e Coelho, 2005). Estruturou-se, enfim, como base para o entendimento das relações entre família, medicina e Estado no século XIX. A política higienista acabou revelando o perigo que o ambiente familiar representava, pois não conseguia proporcionar aos seus filhos os cuidados adequados relacionados à saúde e à educação. A partir da crescente fragilização das famílias e de suas funções protetivas, inseriam-se aos seus costumes as expectativas convenientes às demandas político-econômicas do Estado. Por esse motivo:

Na família conjugal moderna os pais dedicavam-se às crianças com um desvelo inconcebível nos tempos coloniais. No entanto, (...) perante os novos técnicos em amor familiar, os pais, via de regra, continuam sendo vistos como ignorantes, quando não “doentes”. Há sempre um “a mais” a corrigir, um “a menos” a tratar. Amar e cuidar dos filhos tornou-se um trabalho sobrehumano, mas precisamente, “científico”. (Costa, op. cit., p. 15).

Nas famílias burguesas, criou-se a necessidade de um cuidado maior com os filhos por intermédio do rearranjo da vida familiar, com foco na preservação e na educação das crianças. Já nas classes populares, as políticas sanitárias marcaram presença através dos esforços voltados para a diminuição das conseqüências da miséria. Isso se deu, principalmente, em relação ao contágio de doenças, com grande ênfase às campanhas de moralização e de higiene (Costa, 2004; Diniz e Coelho, 2005).

Progressivamente, os valores europeus sobre as particularidades da infância foram sendo disseminados na sociedade brasileira. Do mesmo modo, as políticas sanitárias expandiam-se como fiscais da higiene, da alimentação, da urbanização, da educação e, é claro, da preservação da sobrevivência infantil. A sociedade tentava acompanhar tais exigências e, ao mesmo tempo, vivenciava contínuas mudanças nos ideais de família, aos quais daremos destaque.

2.4

Infância na família brasileira

A família brasileira estruturou-se a partir de um modelo de família portuguesa, que tinha características basicamente patriarcais e mais conservadoras. Era um modelo bastante comum no ambiente rural e, durante muito tempo, consolidou-se como modelo de família brasileira, com funções econômicas, políticas e sociais ativas. Nas famílias patriarcais, havia um homem, marido e pai, a quem se delegava a função de autoridade máxima, e de uma mulher, esposa submissa e mãe, que ocupava um lugar mais restrito ao ambiente doméstico. A família patriarcal também era chamada de família extensa, constituída por muitos filhos, parentes de sangue e até filhos ilegítimos, empregados e escravos. Apesar disso, ainda na época colonial, já existiam famílias com estruturas mais simplificadas e distintas do modelo patriarcal (Samara, 1983).

Diferentemente do início da colonização, no século XVIII, as famílias ganhavam características mais simplificadas e com um menor número de componentes. Alguns núcleos familiares eram compostos por homens ou mulheres solteiros que viviam sozinhos ou com seus filhos ilegítimos. O celibato e o concubinato eram comuns e contribuíam para a grande incidência de filhos ilegítimos. Desde o início do período colonial, era comum encontrar na população brasileira um grande número de crianças frutos de relacionamentos extraconjugais. Em uma sociedade paternalista, muitas vezes, mesmo os filhos nascidos fora do casamento eram reconhecidos e acolhidos no interior das famílias. Quando os filhos não eram reconhecidos por um dos pais, as crianças

eram protegidas por parentes mais próximos. A família exercia, assim, seu papel fundamental ao reunir pessoas por parentesco ou outro tipo de ligação social. Os filhos ilegítimos que não eram acolhidos e criados por familiares, passavam aos cuidados das instituições públicas, como acontecia com muitas crianças colocadas na conhecida Roda da Santa Casa (Samara, 1983; Marcilio, 1997).

Era significativo o índice de mortalidade infantil. Muitas crianças nasciam mortas ou faleciam antes de completar um ano de vida. A alta taxa de mortalidade atingia crianças de todas as classes sociais e econômicas. O descuido com as moléstias comuns à infância, a precariedade dos vestuários e da alimentação, a falta de higiene, as condições de precariedade das moradias e doenças como a sífilis eram os motivos frequentes de mortes prematuras (Samara, 1983).

As crianças das classes mais abastadas também ficavam sob os cuidados das amas-de-leite. Quando as amas não eram pagas, a amamentação ficava sob a responsabilidade das escravas. Muitos bebês morriam enquanto estavam sob os cuidados das amas, por inúmeros motivos, mas, principalmente, em razão da precariedade de cuidados oferecidos e que, comumente, eram divididos com outras crianças pequenas (Samara, 1983).

O alto índice de mortalidade infantil aproximava mulheres de classes distintas, fossem elas mães de famílias tradicionais, ou mães de famílias menores e mais empobrecidas, ou ainda mães concubinas e as mães escravas. Desde o início da colonização, com todas as mudanças verificadas nos modelos de família brasileira, o papel feminino na sociedade estava indiscutivelmente associado à maternidade. Esperava-se que a mulher exercesse a função de esposa, fosse mãe e que tivesse muitos filhos ao longo da vida.

Mesmo nas instituições que se encarregavam dos cuidados e da criação dos pequenos, constatavam-se altos índices de mortes ainda na primeira infância. Por outro lado, a absorção dos valores europeus relacionados ao lugar social ocupado pela criança interferia crescentemente no olhar da sociedade brasileira sobre a relação entre a mulher e a maternidade. Além disto, o movimento higienista teve fortes influências no seio das famílias brasileiras, promovendo modificações nos cuidados e na relação do adulto com as crianças, o que acabou repercutindo no aumento progressivo da sobrevivência infantil.

A partir do século XVIII, esses fenômenos foram acompanhados de um avanço do processo de modernização e do capitalismo na sociedade brasileira, possibilitando o início da industrialização e da urbanização durante o século XIX. Entretanto, essas modificações afetaram de maneiras distintas as diversas camadas da sociedade, acirrando a situação de desigualdade social. A modernização levou a mudanças radicais na configuração familiar. A família passaria, então, a uma organização nuclear, sendo formada basicamente pelo casal e seus filhos. Além disso,

“(…) ao longo da segunda metade do século XVIII (…) a sociedade começa a dar sinais da presença de suas muitas contradições. Questionamentos em torno dos valores tradicionais provocam mudanças. Uma delas é a insatisfação com a condição feminina: mulheres começam a sair dos casamentos arranjados pelas famílias” (Diniz e Coelho, 2005, p. 14).

As mulheres brancas e de classes mais favorecidas passaram a gozar da possibilidade de frequentar a escola para aprender a ler e a escrever, a fim de que tivessem maiores recursos no papel de educadoras dos filhos. A mesma realidade não se verificava com mulheres das camadas mais desfavorecidas da sociedade, e muitas delas precisavam manter uniões insatisfatórias de modo que pudessem garantir a subsistência dos filhos. Algumas precisavam trabalhar, ainda que de maneira informal, para complementar a renda familiar, dividindo-se entre o trabalho, os serviços do lar e os cuidados com a criação e a educação dos filhos (Diniz & Coelho, 2005).

Nesse momento histórico, portanto, a maternidade e o cuidado na criação e educação dos filhos ganhavam maior destaque. É importante lembrar que se investia em um modelo ideal de família em que as crianças fossem bem educadas e a esposa fosse totalmente voltada para os cuidados com marido, com os filhos e com os afazeres domésticos. Ao homem caberia o trabalho fora do lar, para que se mantivesse voltado apenas para o sustento da família (Diniz e Coelho, 2005).

Apesar das mudanças sociais verificadas ao longo dos séculos XVIII e XIX, na atualidade, as famílias nucleares têm características semelhantes às daquelas das famílias extensas. Isto se verifica na manutenção de uma rede de parentesco

que funciona oferecendo auxílio econômico e dando suporte à rotina de cuidados com as crianças.

Féres-Carneiro, Ponciano & Magalhães (2007) pontuam que, no início do século XX, o modelo de família ideal era estruturado pelo casal vivendo com seus filhos. O homem tinha a função de provedor da família e a mulher de responsável pelos afazeres domésticos e cuidados com as crianças. No entanto, nas camadas mais desfavorecidas é mais comum encontrarmos famílias de diferentes gerações vivendo na mesma moradia ou em terreno comum diferentemente de uma configuração nuclear, mais frequentemente encontrada nas camadas médias (Diniz e Coelho, 2005). Avós, tias, irmãos, irmãs, e mesmo vizinhos, auxiliam nos cuidados com as crianças, sobretudo nas camadas mais pobres. A relação entre as gerações constitui-se em importante fortalecedor da família no desempenho de sua função social. A ligação entre os diferentes membros de uma família está presente nos sentimentos que permeiam as relações, assim como nos contatos, nas trocas, nos conflitos, nos valores e no oferecimento de um suporte instrumental e emocional (Féres-Carneiro, et al., 2007, 28-29).

Com base nas mudanças verificadas na família moderna, enfatiza-se a valorização do lugar da mulher em sua relação com a maternidade. Cuidados com crianças, que durante séculos foram delegados a terceiros, passaram a ser exercidos mais de perto pelos próprios pais, especialmente pelas mães. Todavia, tais modificações não impediram que esses cuidados e funções protetivas fossem divididos com pessoas fora do núcleo familiar ou, ainda, com o próprio Estado, seja através do trabalho de creches, de abrigos, de Conselhos Tutelares, de hospitais, de postos de saúde, de escolas, entre outras instituições (Del Priore, 1999).

Na família contemporânea, espera-se que a mulher faça a maternagem dos filhos, cabendo à própria mãe a tarefa de dar banho, alimentar, vestir e manipular com carinho o corpo infantil da criança. Trata-se, portanto, do cuidado com afeto, como propõem Donald Winnicott, John Bowlby e René Spitz. Criam-se diferentes expectativas quanto ao desempenho feminino frente à função materna em todas as classes sócio-econômicas (Saffioti, 2001).

Apesar do reconhecimento da infância como fase diferenciada da vida pela sociedade brasileira, Del Priore (1999) ressalta que diferentemente da Europa, nossa realidade foi marcada por uma profunda desigualdade social e econômica, e que sempre interferiu na proteção à infância. Há, ainda, os desdobramentos da história de escravidão sobre as condições de vida das crianças. A pobreza e a baixa escolarização da criança brasileira marcam nossa história como sendo consideravelmente distinta.

A situação da educação no país ratifica essas diferenças. As primeiras escolas foram implementadas pelos jesuítas e apenas para algumas crianças. Filhos de famílias mais abastadas tinham professores particulares, em condições mais privilegiadas. A primeira escola pública foi implantada apenas no século XVIII, sem que pudesse atender a toda a população infantil, obviamente. Assim, as crianças mais pobres sempre tiveram menor acesso à educação. Muitas cresceram dividindo o tempo entre a escola e o trabalho nas lavouras ou outras atividades que complementassem a renda familiar. Grande parte delas era obrigada a abandonar os estudos a fim de ter maior tempo disponível para o trabalho (Del Priore, 1999).

No Brasil pós-colônia já existia uma busca por redes de apoio no amparo aos pequenos, que historicamente viam-se submetidos à experiência de violência e humilhação nas relações com pais, senhores e/ou patrões. Essa rede começou a funcionar e a oferecer algum tipo de proteção através das escolas, igrejas, asilos e, até mesmo, a Roda da Santa Casa. Na atualidade, porém, os abrigos e os Conselhos Tutelares vêm tentando garantir a dignidade e a proteção à infância, apesar da precariedade de alguns serviços.

Portanto, historicamente, a criança brasileira vive em condições diferentes daquela infância saudável e alvo de um futuro promissor idealizada pela sociedade europeia. No Brasil, grande parte das crianças é empobrecida e mestiça. A discriminação ainda presente na relação da sociedade com os filhos das famílias pobres não parece muito distante da ausência de sentimento da infância, da indiferença e do desprezo identificados nas experiências das crianças do período medieval. Os meios de comunicação têm mostrado o tratamento cruel a que estão submetidas muitas crianças brasileiras, em pleno século XXI, especialmente

àquelas dos segmentos mais pobres da sociedade. O abandono, as diversas formas de negligência, a prostituição, diversas formas de maus-tratos e a pedofilia continuam aterrorizando a infância (Motta, 2005). Em muitos casos, situações abusivas são toleradas ou ignoradas por famílias, órgãos públicos e por uma parcela da sociedade. De certa maneira, esses fenômenos nos aproximam dos infanticídios silenciosamente tolerados na Grécia Antiga até os séculos XVI e XVII, que eram praticados em segredo, apesar das punições previstas em lei contra esses crimes (Gonçalves, 2003).

A história da infância nos auxilia na discussão das diversas perspectivas de cuidado que a sociedade contemporânea vem adotando na relação com a criança. Os referenciais de cuidado construídos, historicamente, vão influenciar a percepção da negligência e da violência na relação entre cuidadores e crianças. Essa compreensão é fundamental para o desenvolvimento dessa pesquisa.

2.5

Cuidados parentais e desenvolvimento emocional infantil

Durante o século XX, período determinante nas conquistas relacionadas à infância e ao universo infantil, desenvolveram-se as contribuições da psicanálise, da pedagogia, da psicologia do desenvolvimento, da medicina, dentre outras ciências que tiveram papel fundamental para a compreensão das diferentes fases do desenvolvimento infantil. Daí ser importante darmos destaque a alguns aspectos relacionados ao desenvolvimento emocional e à função do cuidar, o que nos permitirá refletir mais apropriadamente sobre as circunstâncias envolvendo a violência e, mais especificamente, a negligência sofrida por crianças ainda nos primeiros anos de vida.

Pensar as experiências de cuidados com crianças pequenas permite aos profissionais que trabalham com famílias e crianças a chance de reavaliarem suas atuações, de modo a garantir práticas assistenciais adequadas a contextos específicos. Por outro lado, facilitar aos pais a possibilidade de reflexão sobre a relação de cuidados que têm com seus filhos só vem confirmar o valor de suas atribuições.

Quando pensamos sobre as relações de cuidado de um adulto com uma criança pequena, precisamos compreender que diferentes fatores vão interferir na forma como cada responsável se dispõe a cuidar de uma criança. Sabemos, também, que a situação econômica e social da família constitui-se em fator fundamental na construção da relação entre o adulto e seu filho. Características associadas à cultura regional, questões religiosas, étnicas e especificidades de determinados momentos históricos estão profundamente relacionadas ao lugar que a fragilidade e a dependência da infância ocupam no olhar de uma família, seja ela extensa, nuclear ou constituída apenas pelo cuidador responsável e pela criança.

Solis-Ponton (2004) destaca que ao pensarmos na família como fonte de identificação, deparamo-nos com o fato de que na sociedade ocidental atual as famílias conjugais estão bastante afastadas das famílias tradicionais. Para a autora, o modelo de família extensa cujos membros ajudavam nos cuidados com as crianças, faz falta à contemporânea família nuclear. Avós, tias, tios, primos, primas, perdem lugar para as instituições, creches, escolas, hospitais, templos religiosos, entre outros. Desse modo, cada vez mais se isolam pais e filhos.

No entanto, as configurações familiares e as formas de cuidado reveladas, por meio dos relatos de nossos entrevistados, na presente pesquisa, evidenciam uma convivência muito próxima ou mesmo a coabitação de três e até quatro gerações. Além disso, confirmam a função de parentes e até vizinhos no desempenho do cuidado e de atitudes protetivas com crianças pequenas, na ausência, ainda que temporária, dos principais cuidadores. Algumas famílias dependem desse tipo de suporte para que consigam criar seus filhos (Sarti, 2007). Como bem pontuam Féres-Carneiro, Ponciano & Magalhães (2007), na atualidade, nas diferentes formas de família, o relacionamento emocional, a valorização dos vínculos relacionais e geracionais permanecem presentes nas trocas de experiências entre mães, pais, avós e netos.

Apesar das especificidades relativas a cada modelo familiar demarcarem referenciais distintos na relação de cuidados de um adulto com uma criança, de um modo geral, espera-se que haja certo consenso sobre a responsabilidade de uma família na criação de um filho. Deve-se priorizar o acesso à educação e à escola e o estímulo à socialização dos filhos. Cuidados primários, como a

alimentação adequada e própria à idade, assim como o vestuário e condições adequadas de higiene e de moradia são consideradas fundamentais. Igualmente, o acesso aos serviços médicos de saúde e programas de vacinação são essenciais à garantia de um crescimento saudável (Bringiotti, 2005).

Ao lado dos cuidados primários, não tão diretamente perceptível, mas profundamente determinante para a sobrevivência da criança e para a qualidade dos cuidados que recebe, está o laço afetivo que o pai, a mãe ou o cuidador responsável mantém com o filho. A construção e a manutenção de uma relação de cuidados saudável com uma criança estão diretamente vinculadas às condições emocionais do cuidador e ao investimento afetivo feito naquela relação. O desenvolvimento de uma relação afetiva entre criança e cuidador é também atravessado por heranças familiares, conscientes e inconscientes, e que contém conflitos, fantasias, não ditos e costumes. Essas heranças permitem aos pais a possibilidade de reatualizar, nas experiências com a criança, a relação com seus próprios cuidadores.

Logo no início da vida, o bebê precisa ser socorrido em seu estado de desamparo pela mãe, ou cuidador substituto, que é capaz de se adaptar intuitivamente às demandas de cuidado do filho. Nesse momento, o amor e a dedicação maternal só podem ser demonstrados através do oferecimento de um *holding* físico ao lactente e que é observável em termos de cuidados corporais (Winnicott, 1962). Na relação empática da mãe com a criança, o cuidado é oferecido ao corpo físico e psíquico (Golse, 2004).

Dar *holding* envolve o cuidado materno na proteção do bebê e da criança pequena contra agressões fisiológicas, os cuidados com a sensibilidade cutânea e com a estimulação corporal, incluindo o toque, a temperatura, a sensibilidade auditiva e a visual. Estimula-se, assim, o desenvolvimento da coordenação motora e da percepção, possibilitando a emergência de uma identidade corporal (Martins, Macarini, Vieira, Sachetti, Seidl-de-Moura & Bussad, 2009).

Bowlby (1976) também confirma a importância dos cuidados que a mãe investe na relação afetiva com o filho, considerando-os como fundamentais pelo menos nos três primeiros anos de vida. Esses cuidados são transmitidos através das brincadeiras, das carícias, do segurar, e do conforto no contato com o corpo

materno, relacionados, freqüentemente, à intimidade da amamentação e às rotinas alimentares (Martins, Macarini, Vieira et. al., 2009). Essas formas de cuidado, que envolvem também os rituais do banho e do vestir, constituem-se em meios de demonstração do carinho materno ao bebê e à criança pequena, possibilitando a constituição de uma boa autoestima. Bowlby refere-se ao amor e ao prazer que a mãe experimenta ao cuidar do filho como alimentos espirituais para as crianças.

A mãe acolhe o filho como objeto de amor e a criança também o faz ativamente, quando em seu estado de dependência original toma como seu objeto amoroso aquele que a alimenta, protege e cuida (Spitz, 1979). A relação da criança com seu principal objeto de amor, e também com aqueles que sejam mais próximos, envolve o estabelecimento de vínculos afetivos com pessoas tomadas como figuras de referência de cuidado para a criança.

Durante os primeiros nove meses de vida, o bebê humano tem uma figura predileta e quanto mais experiências de interação social a criança vivenciar ao lado dessa pessoa, maiores são as chances de ligação, pois é ela quem desempenha os cuidados maternos, sendo a mãe natural ou não da criança (Bowlby, 1976).

Bowlby, entretanto, chama a atenção para implicações dos cuidados descontinuados e realizados por pessoas diferentes por tempos muitos alargados. Nesses casos, a criança pode desenvolver uma personalidade incapaz de desenvolver afeição. Situações como essas podem acontecer com crianças abrigadas; com aquelas que vivem em lares substitutos; ou ainda com crianças hospitalizadas por períodos muito alargados e mais afastadas do convívio com os pais; e, ainda, com crianças que recebem cuidados insuficientes por parte dos pais e que ficam continuamente sob a supervisão de várias pessoas pouco disponíveis afetivamente para oferecer-lhes os cuidados necessários.

Graças ao estado de identificação da mãe com seu bebê, no início de sua vida, o lactente permanece envolto em seu estado de fragilidade e dependência, sem qualquer conhecimento da existência de tudo que não seja ele mesmo (Winnicott, 1960; Szejer & Stewart, 1997). Em estado diferenciado de sensibilidade, iniciado ainda durante a gravidez e nos primeiros anos de vida do filho, a mulher retoma, a partir das experiências da própria infância, a

possibilidade de se identificar com a criança que irá conceber (Solis-Ponton, 2004). Identificada às necessidades de cuidado do filho, a mãe permite que a criança viva em um mundo subjetivo. Somente mais tarde o bebê terá condições de fazer uma avaliação mais objetiva da realidade e diferenciar o eu do não-eu.

A adaptação realizada pela mãe se dá intuitivamente e sem que ela tenha conhecimento intelectual daquilo que está se dando com o bebê; para tanto, basta que tenha condições de colocar-se na posição de mãe suficientemente boa, adaptando-se sensivelmente e ativamente às necessidades absolutas de cuidado no início da vida de sua criança (Winnicott, 1962, 1967, 2006).

Esse total estado de identificação da mãe com a criança, notadamente no início da vida do infante é chamado de loucura materna e permite à mulher colocar-se no lugar do bebê e entender como ele se sente. Essa condição da mulher ou da cuidadora substituta independe de contextos educacionais, sociais e econômicos em que vivam mãe e filho (Winnicott, 1956).

Nessa relação com o filho, a mãe vai buscar em sua imago materna um meio de sustentação psíquica que a auxilie no desempenho de sua função. Segundo Laplanche e Pontalis (1967): “A imago revela uma sobrevivência imaginária e que permite ao sujeito ver-se nela, através de um esquema imaginário adquirido, um *clichê* estático através do qual o indivíduo visa o outro” (p. 305). A função da imago é estabelecer a relação do organismo com sua realidade (Lacan, 1966). Assim, o sujeito toma para si recursos que, de algum modo, permitem que se faça um reconhecimento de si próprio, para que então possa relacionar-se com a realidade e com o que ela lhe apresenta. Nos momentos em que a mãe se dedica ao filho, a sua vida de fantasia se presentifica e ela acaba transmitindo sua vida imaginária à criança que, por outro lado, mostra-se ativa ao associar o vínculo com a mãe aos cuidados corporais que recebe e ao desejo de satisfação (Solis-Ponton, 2004).

Com a maternidade, a mulher tende a se tornar amorosa e capaz de criar um clima emocional favorável na relação com a criança ao longo de seu desenvolvimento. O investimento afetivo que a mãe, ou cuidador substituto, faz em seu filho durante o primeiro ano de vida é mais importante do que em qualquer outro momento. A percepção afetiva do bebê é preponderante, quando

comparada aos outros modos de percepção, considerando que o aparelho sensorial e a discriminação sensorial ainda não estão satisfatoriamente desenvolvidos. Por isso, é através da atitude emocional e afetiva da mãe que se consegue oferecer ao filho experiências vitais ricas, variadas e interligadas, criando condições para que a criança consiga responder às experiências que vive (Spitz, 1979; Szejer, 1999).

De acordo com Spitz (1979), há um canal de comunicação entre mãe e filho que permite a percepção de mudanças de comportamento, influenciando os sentimentos, os pensamentos ou as ações do outro, sejam intencionais ou não, dirigidos ou não. O bebê é capaz de perceber o humor da mãe e consegue sentir prazer ao perceber que suas ações são agradáveis a ela, especialmente àquelas carregadas de significado afetivo e facilitadas por ações conscientes e inconscientes dela. Mãe e filho influenciam um ao outro, e apesar dos dois serem participantes ativos da díade, esta é uma relação assimétrica em que o adulto cuida da criança em seu estado de imaturidade e dependência (Solis-Ponton, 2004). É através dos contínuos intercâmbios entre os dois que a criança vai progressivamente se desenvolvendo e estabelecendo uma individualidade.

Na relação suficientemente boa a mãe, inicialmente, alimenta a ilusão de onipotência de seu filho repetidamente. Sendo assim, o ego materno vai complementando o ego ainda imaturo do lactente, que aos poucos vai se tornando mais forte e estável (Winnicott, 1960). Durante o primeiro ano de vida, o bebê pode acreditar em uma realidade externa que, até certo ponto, é vista como mágica, graças à adaptação da mãe. É ela quem apresenta ao filho um objeto que seja capaz de satisfazer a suas necessidades, mas permitindo ao lactente perceber o que ela apresenta como algo que ele teria criado. A partir desse processo, nomeado por Spitz (1979) de identificação primária, o infante poderá se sentir mais confiante para criar seus objetos e um mundo real. Com a ajuda da mãe, então, o bebê terá condições para realizar as primeiras identificações táteis, iniciando uma fase de diferenciações que vão sendo enfrentadas, separadas e superadas.

Ultrapassado um primeiro estado de dependência absoluta dos cuidados do outro, o cuidado materno tende a se modificar, adaptando-se e respeitando às necessidades de crescimento da criança. Através de uma relação de cuidados

suficientemente boa, a mãe contribui para o desenvolvimento do potencial herdado de seu filho, possibilitando a continuidade da existência e o desenvolvimento de um senso de existir, rumo à autonomia (Winnicott, 1967).

Quando as relações de apego transmitem segurança, à medida que a criança cresce sente-se cada vez mais confiante para começar a explorar o ambiente que a cerca. Progressivamente, a criança pequena, com aproximadamente um ano de idade, passa a ter necessidade de afastar-se do colo e da proteção da mãe, que precisa manter-se disponível e sensível para recebê-la de volta e para poder intervir nas situações em que o filho possa se colocar em situações de perigo. Continuamente, a criança aumentará as distâncias da mãe e ficará mais tolerante quanto ao tempo que aceita ficar longe dela (Winnicott, 1967; Bowlby, 1973; Ochoa-Torres & Lelong, 2004).

A partir do primeiro ano de vida, a criança adquire certa independência das figuras de apego, graças às novas capacidades locomotoras, verbais e cognitivas. Processo, freqüentemente, conflitivo porque necessita de contínuas readaptações, com aquisições e perdas de privilégios (Ochoa-Torres & Lelong, 2004).

A partir do segundo ano de vida, a criança consegue se movimentar com maior desenvoltura e pode manter-se afastada da mãe, mesmo que por pouco tempo. De fato, a criança ainda está bastante ligada a ela, mas não demanda sua atenção o tempo todo, diferentemente do bebê que vive na relação com a mãe a possibilidade de continuidade da experiência pessoal. Apesar da relação de amor e afeição com o filho constituir-se em contínuo motivo de interesse para a mãe, ela não é a única a oferecer um ambiente facilitador a ele, mas também o pai, os irmãos, e as pessoas mais próximas o fazem (Winnicott, 1967). Nessa época da vida, a criança já consegue se relacionar com outras pessoas mais próximas, irmãos e outros familiares.

No primeiro e no segundo ano de vida, as mudanças no desenvolvimento infantil são lentas e contínuas, caracterizadas por um comportamento de exploração sem a presença da figura de apego. No entanto, os momentos de tristeza ou de separação, podem ser percebidos como ameaçadores levando a ativação dos comportamentos de apego (Ochoa-Torres & Lelong, 2004).

Entre o terceiro e o quarto ano de vida, espera-se que a criança tenha conseguido superar uma parte importante dos conflitos que envolvem a relação de dependência e independência. Os vínculos afetivos, existentes na relação com a mãe e com os familiares mais próximos, constituem-se em relações de apego que se dão através da fixação de objetos de amor capazes de responder às demandas afetivas de ternura emitidas pela criança. É através da construção de uma base segura, ainda nos primeiros anos de vida, especialmente até o quinto ano de vida, que o indivíduo pode tornar-se mais autoconfiante e adquirir maior capacidade para confiar nos outros. Conseqüentemente, também são maiores as chances de conseguir estabelecer relações interpessoais gratificantes e de confiança (Winnicott, 1967; Bowlby, 1973, 1979; Pincus & Dare, 1981; Ochoa-Torres & Lelong, 2004; Gomes & Bosa, 2010).

Pais ou cuidadores substitutos que tenham um apego seguro tendem a responder mais adequadamente aos comportamentos da criança, quando comparados a pais com apego inseguro e, por isso, tendem a criar crianças com apego seguro. Os padrões de apego dos pais influenciam os seus comportamentos nas interações com os filhos e, por conseguinte, acabam afetando os padrões de apego de suas crianças. A responsividade ou sensibilidade do cuidador é o fator responsável pela transmissão transgeracional do apego. Mães com apego seguro são mais sensíveis do que mães com apego inseguro, devido à capacidade de autorreflexão que as auxiliam na percepção do ponto de vista dos filhos, tornando-as mais empáticas. A sensibilidade materna é fundamental no desenvolvimento da autonomia, da competência social e da adaptação emocional (Gomes & Bosa, 2010).

A própria ambivalência por que passa a criança ao experimentar sentimentos contraditórios pelos pais e relacionados ao amor, à hostilidade e à agressividade acaba exigindo relações de apego mais equilibradas da criança com seus pais. Espera-se que a criança possa expressar seus sentimentos em um ambiente que não seja permissivo, mas em que haja a capacidade de tolerância e de compreensão, viabilizando o desenvolvimento da capacidade de autocontrole, que é fundamental no desenvolvimento da personalidade infantil (Bowlby, 1973, 1979). Quando consegue ter autocontrole, a criança aos poucos conseguirá pôr

limites às exigências de sua sexualidade, que são baseadas, fundamentalmente, na satisfação das necessidades corporais. Em troca disso, ela pode reassegurar a proteção e o amor dos pais (Winnicott, 1967; Pincus & Dare, 1981; Solis-Ponton, 2004).

Em uma relação de cuidados eficiente, a criança sabe que haverá sempre uma mesma figura disponível e que virá em seu auxílio diante de situações ameaçadoras e, por isso, sente-se segura para se aventurar em outras experiências. Por isso, incentivar a criança envolve também apostar em suas capacidades, possibilitando o desenvolvimento de um sentimento de autoconfiança e de autoestima elevadas (Bowlby, 1973).

Logo no início da vida, espera-se que a criança possa sentir-se desejada e protegida, esta experiência é fundamental na construção de uma identidade e na humanização do sujeito. O narcisismo primário dos pais já aparece definindo sua parentalidade ainda durante a gravidez. A transmissão de traços psíquicos constitui-se em motivo de orgulho para os pais e confere aos filhos uma identidade familiar, investida de ideais que os pais não puderam alcançar em suas vidas. Para Solis-Ponton & Lebovici (2004) ser pai ou mãe é permitir aos filhos ter a percepção de que são amados e desejados.

Sabemos, no entanto, que não é apenas a criança que precisa ser parentalizada, mas também os pais, e a criança os ajuda nesta tarefa quando, por exemplo, “(...) demonstra à mãe o prazer que sente ao estar em seus braços ou ao ouvir sua voz” (p. 22). Essa relação de reciprocidade gratifica a mãe em seu narcisismo, tornando-a segura e capaz para dedicar-se constantemente ao filho (Bowlby, 1976).

No início da relação do bebê com seus pais vão surgir diferenças individuais que acabarão interferindo de formas distintas no desejo parental. Hoje é sabido que a criança consegue, já no início da vida, estabelecer relações de troca com o pai e com a mãe e que é capaz de responder de maneiras diferentes a cuidados semelhantes realizados por ambos os genitores (Klaus & Klaus, 2001; Solis-Ponton, 2004). As diferenças de atitude do bebê vão influenciar a relação mãe-filho e, é claro que, as dificuldades da mãe irão se refletir no lugar que o bebê ocupa na relação entre os dois. Mães mais seguras terão comportamentos com

seus filhos distintos daquela mãe mais permissiva e que também são diferentes das mães com comportamento mais hostil ou ansioso, frente às demandas da criança (Spitz, 1979).

De acordo com Solis-Ponton e Lebovici (2004), a parentalidade é definida como “(...) o produto do parentesco biológico e da parentalização do pai e da mãe” (p.22). Para os autores, a parentalidade está relacionada à reflexão quanto à própria descendência daquele que é pai ou mãe. Ser pai ou mãe implica, então, na realização de um trabalho interior que começa ao aceitarmos o que herdamos de nossos pais.

Solis-Ponton e Lebovici (2004) tratam a parentalização como sendo um processo que envolve, ainda, uma criança imaginária. A criança imaginada surge como parte de uma história, com um mandato transgeracional que lhe é passado pelos pais, avós, e que envolve conflitos, que podem ser modificados ao longo de sua vida. Consideram que, desde que os conflitos não sejam rígidos, a criança poderá participar e integrar-se na sociedade.

Os conflitos que compõem o processo de parentalização, associados às heranças transmitidas aos filhos e que vão marcar o destino dessas relações, surgem associados às questões narcísicas dos pais, que têm função importante na relação afetiva entre eles e os filhos. Conflitos envolvendo o próprio narcisismo parental podem ser observados nas tentativas de atribuir perfeições aos filhos, muitas vezes acompanhadas de expectativas que visam encobrir os defeitos destes. O sujeito revive e reproduz seu próprio narcisismo através de atitudes afetuosas com o filho (Freud, 1914). Os pais:

(...) se inclinam a reivindicar para a criança o direito a privilégios aos quais eles, os pais, há muito tiveram de renunciar. A criança deve ter melhor sorte que os pais, não deve ser submetida aos mesmos imperativos que eles tiveram de acatar ao longo da vida. Doença, morte, renúncia à fruição, restrições à própria vontade não devem valer para a criança; (...) a criança deve satisfazer os sonhos e os desejos nunca realizados dos pais, tornar-se um grande homem e herói no lugar do pai, ou desposar um príncipe, a título de indenização tardia da mãe (Freud, 1914, p. 110).

No ego parental, existem as representações transmitidas dos pais aos filhos. Essa transmissão intergeracional se dá a partir da intersubjetividade e da

elaboração intrapsíquica, que está relacionada à maturação. O ego parental traz consigo uma herança psíquica que confronta o sujeito com seus ancestrais e com suas crianças, mas que igualmente considera a alteridade em que se desenvolve o indivíduo.

A mãe não é a única a ter influência sobre o crescimento e sobre o desenvolvimento emocional do filho. O ambiente da criança compreende pai, irmãos, parentes e outras pessoas mais próximas. Winnicott (1952, 1967) assinala que todas as situações envolvendo um desenvolvimento emocional infantil saudável requerem formas de cuidado incessantes e que venham viabilizar ao indivíduo a possibilidade de continuidade de seu desenvolvimento emocional. Para tanto, faz-se necessária a existência de uma família e de pais que se sintam responsáveis e capazes de apreciar a função de que são investidos.

2.6

Laços familiares na relação de cuidados

Um indivíduo consegue atingir uma maturidade emocional num contexto em que a família possa proporcionar um caminho de transição entre os cuidados dos pais e a vida social que sabemos ser, em certa medida, uma extensão da função da família. Em meio aos laços familiares, portanto:

(...) à medida que a criança se desenvolve e os processos de amadurecimento se tornam mais apurados, e as identificações se multiplicam, a criança se torna cada vez menos dependente de obter de volta o eu (*self*) dos rostos da mãe e do pai, e dos rostos de outras pessoas com quem se encontra em relacionamento fraterno ou parental (Winnicott, 1960a).(...) quando uma família permanece íntegra e tem de si algo em desenvolvimento, durante certo tempo, cada criança extrai benefícios daí: pode ver-se na atitude de cada um dos membros ou na atitude da família como um todo (...) Com isso, poderíamos expressar a contribuição que uma família pode realizar no sentido do crescimento e enriquecimento da personalidade de cada um de seus membros, individualmente (Winnicott, 1971, p. 161-162).

Crianças criadas em famílias mais estabilizadas e com pais que conseguem propiciar apoio e estímulo têm mais chances de desenvolver uma personalidade mais bem adaptada e madura, tornando-se mais confiante e capaz de prezar a

relação com os outros. A partir dessa base segura, poderá vincular-se desde os primeiros anos de vida às pessoas mais próximas e posteriormente aumentará as relações (Bowlby, 1973; Gomes & Bosa, 2010).

Menendez, Solis-Ponton, Casamadrid e Salinas (2004) compreendem que a família funciona como um sistema social, no qual os indivíduos permanecem comprometidos ao longo dos anos através de laços de afeto e lealdade. Quanto ao aspecto biológico, consideram que a família se constitui em unidade genética de transmissão e que, ao ser considerado um aspecto sociológico, a família pode concretizar a possibilidade de fazer parte de um grupo. Isso irá viabilizar a integração em grupos ainda maiores, onde há trocas que envolvem afeto e intimidade. Quanto ao aspecto psicológico, a família se constitui como uma referência para o desenvolvimento emocional e para as características da estrutura psíquica.

Para a maior parte dos sujeitos entrevistados no presente estudo, os amigos, os parentes e os vizinhos formam o suporte social imediato que, principalmente as mães, dispõem para cuidar de seus pequenos. O apoio social envolve a proximidade de outras pessoas que se disponibilizam a oferecer ajuda. Em situações de desamparo social, quanto maior for a rede de apoio social maiores serão os efeitos benéficos sobre a relação de cuidados dos pais com seus filhos (Sarti, 2007; Martins, Macarini, Vieira et. al., 2009).

A noção de família corresponde, de certa maneira, a uma rede de obrigações. Por isso, são da família aqueles com quem se pode contar ou aqueles em quem se pode confiar. Para muitas pessoas, a família constitui-se em referência simbólica, organizando e ordenando a percepção do mundo social, seja na convivência familiar ou na vida em sociedade (Sarti, 2007).

Na rede de parentesco, espera-se uma coletivização das responsabilidades com as crianças, especialmente no caso das famílias mais desmembradas, instáveis e em dificuldades, por diversas circunstâncias, envolvendo a violência, as separações conjugais, as mortes, as situações de extrema carência de recursos materiais, entre outras. Há uma divisão dos cuidados com as crianças entre os membros da família. Essa divisão de responsabilidades nos cuidados e na criação dos pequenos também se dá como solução para muitos pais e mães que se veem

diante de dificuldades concretas para criar seus filhos, ainda que mantenham uma união estável e equilibrada. Com o suporte instrumental e emocional de familiares mais próximos na criação das crianças, esses pais conseguem desempenhar suas funções parentais e mantêm o vínculo com os filhos. Nessas famílias, assim são definidos os laços de parentesco (Sarti, 2007).

Pensar em crenças e práticas parentais de cuidados com crianças pequenas é também pensar nessa função como predominantemente feminina. No entanto, é bem verdade que nas sociedades ocidentais contemporâneas é cada vez maior o número de mulheres que desejam libertar-se das funções exclusivas de mãe e dona de casa (Bowlby, 1976; Saffiotti, 2001).

Na atualidade, muitas mulheres conquistaram um espaço profissional, obtendo gratificação pessoal e independência financeira. Essa realidade, porém, permanece distante da vida de muitas mulheres e mães que precisam criar e cuidar de seus filhos (Sarti, 2007). Para muitas delas, o mercado de trabalho é visto como meio de garantir a subsistência ou como uma forma de complementar a renda familiar. Em grande parte das vezes, a atividade laborativa não necessariamente se constitui em realização pessoal. Para grande parte da população feminina, a necessidade de trabalhar implica precisar permanecer várias horas por dia, ou dias, afastadas do contato com os filhos (Diniz & Coelho, 2005; Sarti, 2007).

Além disso, a maternidade pode se tornar uma tarefa ainda mais árdua e solitária no caso de algumas mulheres que não contam com a divisão de tarefas nos cuidados com os filhos ou, mesmo, com qualquer tipo de apoio educacional, financeiro e emocional dos companheiros ou dos pais das crianças (Diniz & Coelho, 2005; Sarti, 2007).

Observamos que esses fenômenos compõem a realidade de vida de algumas famílias que recorrem à unidade hospitalar onde foi realizada a coleta de dados dessa pesquisa. Além disso, algumas famílias vivem em comunidades e ambientes mais pobres, onde crianças e jovens são cotidianamente ameaçados por situações de risco envolvendo o tráfico de drogas e o crime. Essas condições de vulnerabilidade são também verificadas na gravidez, na maternidade e na paternidade de adultos mais jovens (Celia, 2004).

A maternidade em épocas precoces da vida costuma ser mais comum nas classes mais empobrecidas, assim como as questões diretamente relacionadas à vulnerabilidade social (Oliveira-Monteiro, 2009). Para essas mães, as rotinas de cuidado com os filhos envolvem uma constante preocupação, em protegê-los da violência do crime, parte do contexto em que vivem. Cuidar dos filhos é também sinônimo de protegê-los de circunstâncias abusivas envolvendo violência e maus-tratos dos quais a criança, em sua fragilidade, ainda não saiba se defender, muitas vezes situações que as próprias mães podem ter vivenciado no passado (Lourenço & Deslandes, 2008).

Macarini, Martins, Minetto, Vieira (2010), em um estudo sobre crenças e costumes parentais na relação de cuidado de mães com seus filhos, tratam das etnoteorias parentais. Elas são caracterizadas por um conjunto de idéias que fazem parte das atividades cotidianas, dos julgamentos, das escolhas e das decisões dos cuidadores com relação às suas práticas parentais. As etnoteorias parentais são influenciadas pelo ambiente físico e social onde se vive, assim como os costumes e práticas de cuidado que são compartilhados em contextos culturais e históricos específicos. Os autores ressaltam que se costuma compartilhar modelos culturais de parentalidade que demarcam o contexto cultural no qual estão inseridos e que vão constituir as práticas de cuidado com as crianças.

De acordo com Macarini et. al. (2010), as mães com baixa escolaridade costumam valorizar o bom comportamento da criança em público, assim como as condições de higiene dos filhos. Aquelas que residem em contextos mais interdependentes – que são mais comumente encontrados em comunidades, favelas e em famílias que morem mais próximas, na mesma casa e no mesmo terreno – valorizam a adequação dos filhos às expectativas sociais, com estímulo às noções de respeito e de atitudes cooperativas no contexto social. Incentiva-se também a conquista de relações interpessoais adequadas e a possibilidade de cumprimento das obrigações, principalmente no que tange às relações em família (Martins, Macarini, Vieira et al, 2009).

Famílias de baixa renda, com baixo nível de escolaridade e que vivam em áreas de risco social têm como prioridade, nas práticas de cuidado com os filhos, o oferecimento de uma educação e formação moral que os estimule a cumprir as

normas sociais. Isso acaba assegurando à família a possibilidade de proteção dos filhos frente às mazelas de sofrer violência ou de se envolver com ela (Macarini et. al., 2010).

Vivendo em condições sociais adversas associadas ao tráfico, crime e uso abusivo de drogas, ser pai e ser mãe pode adquirir significado de valor protetivo, na medida em que a parentalidade implica proteção e dedicação à criança. Celia (2004) pontua que a parentalidade precisa ser consolidada em todos os grupos sociais e, especialmente, nos grupos familiares que vivem submetidos a condições de stress e violência. Assim, em graus e circunstâncias diferentes, o amor e a relação com um filho pode funcionar como um escudo que protege, provavelmente, mais às mães do que aos pais, dos riscos existentes nos territórios violentos.

Principalmente para mulheres mais jovens, o nascimento dos filhos pode se dar como condição adquirida intempestivamente e acabar trazendo à tona sentimentos associados à restrição da liberdade e à aceleração no curso de vida (Motta, 2005). O aumento da responsabilidade aparece como característica indicativa de um perfil de identidade de adulto. Por outro lado, as implicações da maternidade podem acabar restringindo as chances de melhor desenvolvimento escolar e, por conseguinte, diminuem as aspirações de ascensão social e profissional (Oliveira-Monteiro, 2009).

É muito importante que as mães consigam receber acolhimento em suas dificuldades, seja via programas sociais do Estado constituídos através dos trabalhos desenvolvidos pela rede assistencial, seja através de trabalhos desenvolvidos por entidades religiosas, ou por meio do acolhimento na comunidade onde vivem. Quando assistidas adequadamente, essas mães podem vir a sentirem-se compreendidas em suas dificuldades e repensarem suas formas de atuação nos cuidados com os filhos. Passando a uma posição de maior segurança, conseguem sentir-se mais valorizadas em sua autoestima (Celia, 2004).

Celia (2004) fala da necessidade de construção de uma pele psicossocial para essas mães mais carentes e submetidas a tantas formas distintas de privação. O autor aponta que para ajudá-las é importante que se tente compreender em que condições se deram suas experiências infantis e as formas de cuidado com que

pueram contar. Ressalta que sempre existem elementos sãos nas pessoas e que, recebendo algum nível de assistência em suas dificuldades, cada mulher em seu desejo e esforço para exercer a maternidade pode construir uma capacidade de resiliência. No acolhimento em uma rede de apoio, as mães mais carentes têm maiores chances de assumir os riscos e de responsabilizar-se nos cuidados com os filhos e com a manutenção do lar, legitimando suas funções como indivíduos adultos no interior de suas famílias (Kehl, 2003). Nessas condições, essas mulheres se sentem amparadas para cuidar de seus filhos. Para muitas mães, a criança é o bem que lhe é mais caro, pois algumas não conseguem ter mais nada que seja tão especial.

Através do contínuo oferecimento de políticas públicas de assistência eficientes, o Estado se aproxima das funções protetivas exercidas, logo no início da vida, pelas famílias e que são “(...) imprescindíveis ao desenvolvimento e à proteção social dos indivíduos (Carvalho, 2007, p. 268). No caso das famílias mais vulneráveis e em situação de pobreza, o suporte psicossocial realizado pelo poder público pode interferir diretamente na qualidade de cuidados que uma família oferece a suas crianças.

3

Violência, negligência e desenvolvimento emocional infantil

3.1

Maus-tratos na infância

Até o momento, estivemos tratando dos referenciais de cuidado dirigidos à infância. A partir desses referenciais, consideramos os diferentes olhares sobre o significado da violência contra a criança, bem como as diferentes circunstâncias em que podem ocorrer. Viver em condições de violência pode implicar prejuízos ao desenvolvimento humano, especialmente quando isso se dá nos primeiros anos de vida. A violência pode ser ainda mais devastadora quando é cometida por aqueles de quem se espera afeto e proteção, em especial, os pais.

Daí ser importante atentarmos para os diferentes sentidos atribuídos à negligência e à violência de uma forma geral. Ambas caracterizam-se por uma precariedade de cuidados dispensados às crianças e por abuso de poder na relação com os cuidadores (Azevedo & Guerra, 1989).

Em diferentes momentos históricos, bater, abandonar, descuidar e educar com rigidez são padrões de comportamento aceitos. Por isso, compreender o que hoje é nomeado de maus-tratos e negligência de pais contra filhos implica na atenção a diversos fatores que compõem posturas e comportamentos de pais e ou principais cuidadores.

Delfino, Biasoli-Alves, Sagim & Venturini (2005) apontam que características dos pais associadas à menor tolerância à frustração, ao estresse e, mesmo, à presença de problemas psicológicos, ou ao uso crescente e indevido de álcool e drogas podem favorecer posturas abusivas na relação com as crianças. Vitolo, Fleitlich-Bilyk, Goodman, Bordin (2005) destacam que fatores como o sexo da criança, a idade, as situações familiares (problemas de saúde mental, história de punição física na infância, violência conjugal), além das questões socioculturais (pobreza, má distribuição de renda, normas e valores culturais,

suporte social) podem motivar, diante da fragilidade e da vulnerabilidade da criança, as agressões físicas no ambiente doméstico.

A literatura nos mostra que dependendo do ambiente social e cultural em que a criança esteja inserida, os pais ainda vêm nos castigos físicos formas de disciplinar, dar educação e correção aos filhos. Dependendo do contexto em que estão inseridas, essas práticas podem ser valorizadas e compartilhadas (Deslandes, 1994; Gomes, Junqueira, Silva, Junger, 2002; Delfino et al., 2005; Vitolo et al., 2005). No ambiente hospitalar, local onde foi desenvolvida a presente pesquisa, observa-se que muitos cuidadores consideram que bater pode funcionar eficientemente como mais uma forma de educação. Pais que mantêm esse tipo de relação com os filhos costumam desvalorizá-los, não vendo neles boas qualidades. Nessas circunstâncias, geralmente, os pais têm grandes dificuldades em manter com suas crianças um bom relacionamento afetivo, sendo pouco frequentes as demonstrações parentais de carinho (Delfino et al., 2005; Vitolo et al., 2005).

Até há algumas décadas, a sociedade, de um modo geral, dava pouca atenção aos maus-tratos contra a criança. Minayo & Souza (1999) lembram que os profissionais de saúde, muitas vezes, permaneciam como espectadores diante dos fenômenos da violência, e que suas responsabilidades limitavam-se às tentativas de sanar os danos impostos ao corpo pelos conflitos sociais envolvendo a violência.

Na década de 1960, a sociedade de pediatria americana reconheceu a violência contra criança como um problema clínico-social. Inicialmente, deu-se atenção maior às crianças pequenas que sofriam maus-tratos no núcleo familiar, fenômeno nomeado como a Síndrome da Criança Maltratada (também chamado de Síndrome da Criança Espancada). O termo foi adotado para a caracterização da condição clínica a que crianças, bastante pequenas, viam-se submetidas ao sofrerem abusos físicos perpetrados por seus pais ou parentes mais próximos. A Síndrome caracteriza-se por ferimentos, fraturas, queimaduras inusitadas, em épocas diversas, e para os quais os pais dão explicações pouco esclarecedoras. Às vezes, eram necessários exames radiológicos para comprovação adequada da dimensão da lesão. Também conhecido como “trauma não reconhecido” por ortopedistas, pediatras e assistentes sociais, o fenômeno era pouco reconhecido.

Entretanto, quando havia um diagnóstico, a situação não era adequadamente conduzida pelo médico, ou outro profissional de saúde, o que também acontecia por hesitação em encaminhar os casos identificados às autoridades adequadas (Kempe & Helfer, 1980 apud Lippi, 1990; Gomes, Deslandes, Veiga, Bhering, Santos, 2002).

A partir do reconhecimento das práticas de maus-tratos, deram-se inúmeros avanços no que tange aos registros de violência contra crianças e adolescentes e na maneira como o assunto devia ser tratado pelas autoridades e pela sociedade. Apesar disso, ainda verificam-se grandes dificuldades para se tratar a violência como um problema social amplo. Ainda mais quando a violência é praticada intencionalmente contra crianças pelos próprios pais, causando grande perplexidade na sociedade.

A violência, frequentemente, revela um relacionamento assimétrico, de poder, envolvendo um contexto de dominação e de opressão. Ela se dá quando o ser humano é convertido em coisa, aquele que sofre uma experiência de maus-tratos ocupa um lugar marcado pela passividade e pelo silêncio (Chauí, 1985).

Na contemporaneidade, a criança já é vista como sujeito de direito, mas, ainda assim, permanece sofrendo as consequências da dominação de gênero e de geração. Essa desigualdade de relações envolve a submissão do mais fraco pelo mais forte, o que observamos nas diversas formas de maus-tratos contra crianças. Experiências recorrentes de violência e de negligência têm uma dimensão traumática no desenvolvimento do psiquismo infantil, na medida em que a linguagem emitida pelo adulto que maltrata não pode ser compreendida adequadamente pela criança. Essas experiências extremamente traumáticas envolvem não ditos e fantasias infantis e retratam, freqüentemente, uma impossibilidade de transformação e de elaboração por parte do agressor (Almeida Prado, 2009).

Os maus-tratos praticados contra a criança na sua vida em família implicam a falência do lugar de protetor que pertence ao adulto responsável, que nega aos pequenos o direito de serem tratados como sujeitos e pessoas na condição particular do desenvolvimento em que se encontram (Day, Telles,

Zoratto, Azambuja, Machado, Silveira, Debiaggi, Reis, Cardoso, Blank, 2003). Crianças que não podem contar com a proteção e com os cuidados de adultos correm risco social e vêem-se diante de ameaças de vida. Assim, são atacadas também em suas constituições psíquicas enquanto sujeito, e que se dão, como sabemos, na relação intersubjetiva entre o adulto e a criança (Ferreira, 2011).

Algumas crianças começam a ser agredidas durante a vida intrauterina, seja através da desnutrição ou da violência contra a mãe, que geralmente é agredida dentro de casa pelo parceiro. Quando sobrevivem às doenças perinatais, respiratórias e preveníveis por vacinação, à diarreia e à fome, muitas vezes ainda, chegam à idade adulta agredidas pela falta de oportunidades no mercado de trabalho, após evasão ou expulsão do ambiente escolar (Célia, 1990).

Há tipos de violência contra crianças que são mais conhecidos e outros menos. Grande parte da população dá destaque à violência física e à violência sexual, enfatizando-as como as formas de maus-tratos mais conhecidas, o que também pode sugerir a percepção da violência como algo mais visível. A negligência, apesar de ser apontada pelas pesquisas como uma das formas mais comuns de violência contra criança, frequentemente é menos nomeada e reconhecida com tal. Mas, apesar disso, suas diferentes formas de apresentação costumam ser observadas como sendo prejudiciais ao desenvolvimento infantil. Geralmente, o abandono de crianças aparece como forma mais evidente de negligência. Daí ser fundamental o investimento em estudos capazes de realizar maiores esclarecimentos sobre as diferenças existentes entre aquelas famílias que falham em termos de alimentar e vestir seus filhos por falta de condições financeiras; por desconhecimento das necessidades de cuidados infantis; e àquelas que, mesmo dispendo de condições, não o fazem.

Os maus-tratos contra crianças costumam ser divididos nos seguintes tipos: a violência psicológica, a violência física, a violência sexual, a negligência e o abandono. A violência psicológica, também chamada de tortura psicológica, caracteriza-se por toda e qualquer forma de rejeição, depreciação, discriminação, desrespeito, cobrança exagerada, punições humilhantes e utilização da criança para atender às necessidades psíquicas do adulto. A violência psicológica também pode envolver ameaças de abandono à criança, que pode se tornar mais medrosa e

ansiosa (Azevedo & Guerra, 1989). Esta forma de violência pode causar grande sofrimento mental à vítima e danos à autoestima, à identidade, ao desenvolvimento e ao crescimento biopsicossocial, podendo prejudicar o estabelecimento de relacionamentos interpessoais saudáveis. A violência psicológica é uma das formas de maus-tratos menos identificada pelos pais e cuidadores e por profissionais da área de saúde. Costuma aparecer associada a outras formas de maus-tratos (Brasil, 2002; Assis & Avanci, 2006; Guerra, 2008).

A violência física contra a criança é intencional e não acidental, ela se dá quando o cuidador responsável, sendo parente ou não, agride a criança com objetivo de ferir, danificar ou, até mesmo, matar. O maltrato físico perpetrado por pais, responsáveis ou qualquer pessoa que tenha acesso à criança varia em gravidade, podendo se dar através de beliscões, tapas, e que venham a resultar em lesões cutâneas e traumas na partes mais vulneráveis do corpo. Caracterizam-se também por fraturas, queimaduras e qualquer tipo de seqüela permanente. O abuso físico pode se dar com uso de objetos para ferir, para provocar sufocação e mutilação (Brasil, 2002; Guerra, 2008).

A forma como a experiência da punição física afeta a saúde mental de uma criança depende de seu nível de desenvolvimento, da gravidade, bem como da frequência das agressões sofridas e do acesso a serviços de saúde mental que possam prestar auxílio às vítimas e a seus familiares. A violência física crônica costuma resultar em quadros psicopatológicos graves. Qualquer possibilidade de recuperação e de reparação depende diretamente do acolhimento e da proteção que são oferecidos à criança em sofrimento. Redes sociais e comunidades coesas e solidárias constituem-se em fatores de proteção às crianças alvos de abusos físicos (Vitolo et al., 2005).

A violência sexual contra criança se dá quando uma ou mais pessoas em situação de poder obrigam a criança a manter práticas sexuais, havendo penetração ou não usando força física e/ou algum tipo de influência psicológica, que pode ser a sedução, a intimidação ou a ameaça. É todo ato ou jogo sexual, em uma relação hetero ou homossexual, com objetivo de estimular a criança sexualmente para obter algum nível de satisfação sexual para si. O adulto agressor encontra-se em estágio de desenvolvimento psicosssexual mais adiantado do que a

criança. Essa forma de abuso pode se dar ainda que não haja o contato sexual, através *voyerismo*, exibicionismo e através da produção de fotos. Nessa forma de maus-tratos estão incluídas as práticas de exploração sexual lucrativas, como é o caso da prostituição e da pornografia (Brasil, 2002; Guerra, 2008).

Quando os maus-tratos estão presentes, podem ser observados prejuízos à criança a curto e a longo prazo, incluindo danos à saúde em geral (lesões, fraturas) e problemas de saúde mental (ansiedade, depressão, isolamento social, suicídio, abuso de drogas, transtorno de conduta e delinquência). Outras conseqüências da violência contra as crianças incluem atrasos no desenvolvimento cognitivo, déficit intelectual e fracasso escolar, além da violência e de criminalidade na adolescência e na vida adulta (Vitolo et al., 2005).

A negligência e o abandono retratam omissões de pais ou responsáveis (e mesmo instituições) na relação de cuidado com a criança, considerando-se a condição de dependência e desproteção infantil. Nesses casos, não são atendidas as necessidades básicas para um desenvolvimento físico, emocional e social saudável. O abandono é tido como a forma mais radical de negligência (Brasil, 2002). Estudos apontam a negligência como forma mais comum de maus-tratos, e que comumente aparece associada a outras formas de violência (Avanci, Assis, Santos & Oliveira, 2005; Assis, Avanci, Pesce, Ximenes, 2009).

3.2

As notificações de maus-tratos e a relação com os serviços de saúde

No Brasil, os maus-tratos contra criança ganharam maior atenção no final dos anos 80. A Constituição Federal e o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) tornaram obrigatória a notificação dos casos suspeitos e confirmados, inclusive, prevendo penas para profissionais da área da saúde e da educação que não venham a notificar casos que sejam de seu conhecimento. Em 1999, a Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro, com a Resolução SES nº 1.354 tornou compulsória a notificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes até 18 anos incompletos, ratificando a importância dos problemas envolvidos nos

maus-tratos a menores de idade e a função do poder público de garantir proteção à infância e à adolescência (Gonçalves e Ferreira, 2002).

Ao longo dos últimos anos, o Brasil tem adotado uma legislação sobre os maus-tratos a partir de parâmetros do modelo americano, no que diz respeito à obrigatoriedade dos profissionais quanto à notificação e a um órgão em específico. Entretanto, a situação brasileira reflete a precariedade de grande parte da rede de serviços públicos, com uma escassez de regulamentos que delimitem com clareza procedimentos técnicos diante de situações envolvendo maus-tratos. Além disso, verifica-se a ausência de mecanismos legais que deveriam proteger profissionais em suas funções de notificar, caracterizando a nossa realidade como bastante distinta da sociedade americana.

Apesar da clareza do ECA quanto à obrigatoriedade da notificação e quanto à responsabilidade da população, a subnotificação da violência contra crianças e adolescentes é comum. Muitos profissionais da área de saúde são pouco informados sobre a identificação de violência contra crianças e adolescentes, sobre os procedimentos da notificação e sobre o papel da Justiça frente à apresentação de uma notificação. Essas falhas já começam a ser verificadas por não serem suficientemente contempladas na maioria dos currículos de graduação dos cursos de saúde (Gomes, Junqueira, Silva e Junger, 2002; Gonçalves e Ferreira, 2002). Célia (1990) menciona que os alunos das escolas de Medicina ainda têm seus currículos desvinculados das particularidades e dos riscos da realidade biopsicossocial do homem. Soma-se a isso a distância que ainda existe entre médicos, assistentes sociais, psicólogos e profissionais da área da saúde que, de um modo geral, apresentam dificuldade em trabalhar interdisciplinarmente em favor de um benefício maior, que é a garantia de bem-estar da criança. Nas unidades hospitalares onde crianças vítimas de maus-tratos são recebidas, é comum que a responsabilidade da notificação seja delegada aos profissionais do Serviço Social. Muitos casos envolvendo violência não são repassados aos órgãos competentes se o Serviço Social não o faz.

No Brasil, a notificação não está vinculada apenas às leis criadas para garantir a proteção à infância e à adolescência. A decisão de notificar uma situação envolvendo violência contra criança depende também das especificidades

e das circunstâncias familiares envolvidas. Além disso, muitos profissionais temem pela própria segurança ao denunciar situações de violência, o que acaba sendo reforçado por uma insuficiência e precariedade dos serviços relacionados (Ferreira, 2002).

A interferência na privacidade da vida familiar é também uma das dificuldades verificadas na realização da notificação. Ações e intervenções que questionem os comportamentos e as falas dos pais ou cuidadores responsáveis por uma criança podem ser consideradas intrusivas e desrespeitosas. A notificação de maus-tratos pode significar a falência de um núcleo familiar em sua função de proteger e de cuidar de uma criança. Por outro lado, a notificação da violência contra criança confirma à sociedade e ao Estado a importância de se realizarem mais investigações sobre a vida em família, que nem sempre consegue sustentar as funções preconizadas pela sociedade. A notificação é um poderoso instrumento de política pública, uma vez que ajuda a dimensionar a questão da violência no interior da família (Gonçalves e Ferreira, 2002).

Por outro lado, a notificação pode significar um sinal de esperança quando desempenha uma função facilitadora de diálogo entre instituições e responsáveis por crianças, viabilizando transformações nos padrões de relacionamento intrafamiliar, às vezes, pautados na prática da violência e do desrespeito como forma de comunicação entre os semelhantes (Assis & Avanci, 2006).

Muitos pais ou cuidadores responsáveis não veem como violentas as relações que estabelecem com seus filhos, por mais que sejam observadas as conseqüências dos maus-tratos nas crianças. Por isso, não entendem como necessária qualquer tipo de intervenção ou acolhida em suas dificuldades. Podem mostrar-se ofendidos em seu narcisismo e invadidos com qualquer questionamento a respeito de suas condutas. É nesses casos que os Conselhos Tutelares precisam ter posturas mais firmes, através de ações que demandam mais tempo para uma resolução. Essas são medidas esperadas e que competem às funções dos Conselhos. No entanto, sabemos que, em grande parte dos municípios brasileiros, esses órgãos funcionam em condições precárias para executar as medidas protetivas e, dificilmente conseguem atender a todas as demandas que lhe

são dirigidas. Essa realidade, muitas vezes, contribui para a descrença da sociedade no trabalho dos Conselhos (Gonçalves e Ferreira, 2002).

3.3

A negligência e suas significações

Em crianças de zero a quatro anos - faixa etária focalizada na nossa pesquisa de campo - a negligência pode ter repercussões bastante sérias, chegando até mesmo a levar à morte, considerando que nessa fase da vida a criança é totalmente dependente de cuidados físicos e afetivos provenientes da relação com os cuidadores. A negligência apresenta diferenças em relação a outras formas de maus-tratos que envolvem os aspectos visíveis e invisíveis da violência, gerando dúvidas para muitas pessoas no que diz respeito à sua identificação (Bingiotti, 2005; Delfino et. al., 2005). À primeira vista, a negligência pode surgir como um descuido ocasional e, dificilmente, é compreendida como causa de danos mais graves à criança (Gomes, Junqueira, Silva e Junger, 2002). Por isso mesmo, talvez a negligência não seja diretamente tratada como forma de violência por muitos, assim como é observado nos casos de violência física e de violência sexual. Sendo assim, costuma ser apenas reconhecida como uma falha dos pais, mas com menor gravidade.

A negligência se dá quando pais ou principais responsáveis não atendem às necessidades dos filhos ou crianças sob sua guarda, disponibilizando ou não de recursos materiais. Um cuidador pode ser negligente quando cria ou facilita, conscientemente ou inconscientemente, situações lesivas à criança. Configura-se, assim, uma prática de maltrato psicológico e social, com reflexos no desenvolvimento infantil, até mesmo sob o ponto de vista biológico. A criança que é severamente negligenciada pode sofrer futuras dificuldades nas relações humanas e em sua capacidade de amar (Lippi, 1990).

A negligência representa uma omissão em termos de prover as necessidades físicas e emocionais de uma criança ou adolescente. Configura-se quando os pais (ou responsáveis) falham em termos de alimentar, de vestir adequadamente seus filhos etc. (...) A negligência pode se apresentar como moderada ou severa. Nas

residências em que os pais negligenciam severamente os filhos observa-se, de modo geral, que os alimentos nunca são providenciados, não há rotinas e, para as crianças, não há roupas limpas, o ambiente físico é muito sujo, com lixo espalhado por todos os lados. As crianças são, muitas vezes, deixadas sozinhas por diversos dias, chegando a falecer em consequência de acidentes domésticos, de inanição. A literatura registra, entre esses pais, um consumo elevado de drogas ilícitas e de álcool e uma presença significativa de desordens severas de personalidade (Guerra, 1998, pg. 33).

A negligência física parece estar mais relacionada a fatores econômicos e à pobreza, à enfermidade materna e à falta de conhecimento (Bowlby,1976; Gonçalves, 2003); já a negligência emocional surge, fundamentalmente, associada à instabilidade emocional e à doença mental dos pais. A negligência emocional e a física frequentemente aparecem juntas (Bowlby,1976).

A negligência afetiva pode ser compreendida como falta de responsabilidade, de calor humano e de interesse nas necessidades e manifestações da criança (Azevedo & Guerra, 1989, 2008). A negligência afetiva ou emocional pode se dar também quando a criança é testemunha de formas extremas de violência doméstica, com riscos para o desenvolvimento cognitivo e intelectual, riscos de obesidade e com maior probabilidade de desenvolver transtornos de ansiedade e até mesmo depressão (Martinez, 2008).

A negligência afetiva ou emocional pode ser confundida com algumas formas de violência psicológica. Azevedo e Guerra (2001) definem a indiferença do cuidador frente à criança como uma forma de violência psicológica, mas que não pode ser confundida com negligência. As autoras consideram que a indiferença no plano cognitivo ou afetivo funciona como uma forma perversa de privar a criança de respostas às suas necessidades de calor e interesse humanos. A indiferença é mostrar-se insensível ou desatento diante das demandas de atenção da criança, ela se dá quando os adultos significativos afetivamente são incapazes de compreender adequadamente as necessidades de educação, estimulação, encorajamento e de proteção a uma criança, em momentos distintos do desenvolvimento. Esses pais interagem pouco com seus filhos e, por isso, pouco falam ou brincam, e não os encorajam nas atividades cotidianas, geralmente são pais indiferentes, mais distantes e pouco participativos. Nessas circunstâncias, a

criança pode viver em solidão e sentir que os pais não a amam (Azevedo & Guerra, 2001).

As autoras supracitadas destacam que a indiferença não pode ser considerada como uma forma de negligência. Por outro lado, entendemos que são conceitos muito próximos e que a indiferença revela muito claramente a precariedade diante das necessidades de cuidado, de afeto e de atenção infantis, o que compreendemos como ponto fundamental na concepção do conceito de negligência.

Azevedo e Guerra (2001) também consideram a rejeição como outro tipo de violência psicológica. No entanto, a atitude de rejeitar constitui-se, igualmente, em mais uma forma de negligência na relação do cuidador com a criança. Rejeitar envolve um comportamento destituído de calor e de afeto, revelando uma omissão parental (Azevedo & Guerra, 1989). Vivenciar experiências recorrentes de rejeição costuma gerar nas pessoas sentimentos de maior carência afetiva. Quando uma experiência ocorre na infância, as crianças apresentam maiores chances de tornarem-se emocionalmente mais dependentes dos pais ou adultos significativos, ou, até mais agressivas e hostis a eles. Muitas vezes, tornam-se adultos emocionalmente reprimidos (Azevedo & Guerra, 2001).

A negligência aparece como principal causa de institucionalização, principalmente quando ela se dá em sua forma mais radical, que é o abandono da criança (Pereira, Soares, Dias, Silva, Marques, Baptista, 2010). O abandono não é apenas o ato de deixar o filho sem assistência material fora do lar ou de deixá-lo só e desamparado nas ruas, mas inclui também o descaso intencional pela sua criação, educação e formação moral. São considerados legalmente abandonados aqueles menores que tenham pai, mãe ou tutor encarregado de sua guarda, mas que reconhecidamente encontram-se impossibilitados ou se mostrem incapazes de exercer seus deveres para com o filho, pupilo ou protegido (Motta, 2005). De acordo com o Código Civil, estão igualmente em situação de abandono aquelas crianças que vivam com pais, tutor ou pessoa responsável e que estejam entregues a práticas de atos contrários à moral e aos bons costumes ou, ainda, quando as crianças são vítimas diretas desses atos, devido à crueldade, à negligência ou à exploração por parte dos pais ou do encarregado de sua guarda. Estão em

situações de abandono, todas as crianças vítimas de maus-tratos físicos; de privação de alimentação e cuidados indispensáveis a saúde e, finalmente, aquelas que são empregadas em ocupações proibidas e que possam oferecer risco de vida e à saúde (Rodrigues, 1993). A definição legal de abandono é mais ampla na medida em que atende mais suficientemente à criança que é abandonada e concretamente separada dos pais, mas também vem em socorro daquela que vivendo sob os cuidados dos pais é constantemente submetida a maus-tratos ou que não é tratada de acordo com seus direitos mais essenciais (Motta, 2005).

A negligência pode se dar no interior das famílias, muitas vezes, sem que seja percebida como tal. Sobre essa temática, Spitz (1979) destaca que nas circunstâncias em que a criança experimenta a ausência da mãe, por motivos que podem estar relacionados à negligência, a criança pode adoecer, caso não haja um substituto adequado ou que se mostre quase inexistente. Mesmo diante da presença da mãe, a criança pode adoecer, se ela é privada das provisões afetivas normais, ou quando se porta negligentemente com o filho permanecendo por longos períodos de tempo fora de casa, seja por razões econômicas, seja por mostrar-se pouco vinculada afetivamente à criança.

Nesses contextos familiares, a negligência acontece porque a criança sofre com a privação do cuidado materno e das provisões afetivas vitais, o que deveria se dar no intercâmbio com a mãe ou com um substituto adequado. Sabendo que o sujeito se constitui na relação com o outro, podemos nos perguntar: o que acontece quando se afasta a criança excessivamente de seu objeto de amor? Ou, como se dão as repercussões para um desenvolvimento saudável, se esse objeto de amor primordial falha gravemente na relação afetiva que deveria ser fundamentalmente baseada no cuidado e na proteção adequada à criança? (Ferreira, 2011).

Os prejuízos emocionais são proporcionais à duração da privação do cuidado materno. Spitz (1979) distingue duas categorias de privação, nomeando-as de privação afetiva parcial e de privação afetiva total. Constituem-se em síndromes com transição de uma para outra. Na privação afetiva parcial, a criança pode desenvolver a depressão anaclítica, tornando-se mais chorosa e exigente e, posteriormente, podendo recusar o contato, apresentar insônia, chegando a

apresentar atraso motor e, mais à frente, letargia. Aqui, queremos destacar o quanto a privação afetiva pode vir a interferir no desenvolvimento e o quanto, em graus diferentes, isso pode acontecer com crianças que são negligenciadas por suas mães ou principais cuidadores. Isso ocorre, especialmente, quando não são reconhecidas as necessidades de cuidados das crianças ou, ainda, quando o são e os cuidadores não se mostram capazes de atendê-las (Azevedo & Guerra, 1989).

Spitz (1979) destaca que crianças suficientemente bem cuidadas e que venham a vivenciar experiências de privação e de separação das figuras afetivas de referência têm maiores chances de deprimir do que aquelas que antes da separação já viviam relações insuficientes com suas mães. Parece-nos evidente que é mais difícil substituir um objeto de amor satisfatório do que aquele que não o é. Quando a relação de cuidados da mãe com a criança é marcada pela precariedade, um substituto pode ser semelhante, ou melhor. Celia (1990) fala que essa força emocional que se espera que a mãe possa oferecer à criança pode funcionar como uma verdadeira segurança ou, ainda, como um anticorpo adquirido, como em uma vacinação que ocorre durante o processo de interação e que só é possível quando a criança não é rejeitada.

Na condição de privação total, que pode ser decorrente de situação de negligência mais severa, caso a criança tenha menos de um ano de idade e venha a sofrer privação das relações objetais por um período superior a cinco meses, as conseqüências podem ser mais graves. Isso é mais comum acontecer em circunstâncias em que a criança seja totalmente abandonada. Mesmo que receba cuidados básicos adequados, quando separada de seu principal objeto de amor, na maior parte das vezes a mãe, a criança pode passar por estágios de deterioração progressiva característica da privação parcial. Segue-se uma rápida sucessão, que vai dar lugar a um novo quadro clínico e que se caracteriza por um grande atraso motor e maior passividade da criança, que, entre outros sinais, pode vir a apresentar atrasos no desenvolvimento cognitivo. Nesse nível de privação, são maiores os índices de mortalidade infantil. Podemos pensar esses casos em situações de abandono mais graves e de total negligência com os cuidados infantis (Spitz, 1979).

Crianças sem o investimento afetivo e sem o contato com a mãe, ou na ausência de um substituto adequado, deixam de sorrir para um rosto humano ou não brincam quando alguém o faz, podem ficar inapetentes, apesar de não se verificar sinais de desnutrição, podem também não ganhar peso, e além de dormirem mal, passam a não demonstrar iniciativas diante das situações (Bowlby, 1976).

A rejeição passiva e a rejeição ativa também caracterizam formas de negligência (Bowlby, 1976; Motta, 2005). A experiência de privação pode ser verificada claramente na rejeição primária ativa em que a atitude materna traduz uma rejeição global da maternidade, ou seja, a rejeição pode se dar com relação à gravidez e à criança. A criança pode morrer, ser abandonada ou, na melhor das circunstâncias, ser colocada para adoção. Na rejeição primária passiva a mãe tem dificuldades em aceitar o recém-nascido, o bebê pode tornar-se comatoso, passando a uma progressiva diminuição da sensibilidade. Crianças nessa situação podem entrar em estado de choque e podem correr risco de vida. A criança que desde seu nascimento vê-se confrontada com a rejeição em maior ou menor grau, durante períodos mais curtos ou mais alargados, tem maiores chances de sofrer com seqüelas psicossomáticas, ainda que não sejam de maior gravidade e mesmo que se verifique a superação do risco de morte (Bowlby, 1976).

Todas as situações de privação referidas podem se tornar mais graves e ter consequências deletérias quando a precariedade de cuidados se dá nos primeiros anos de vida. Aproximadamente, entre os 3 e 5 anos de idade a criança começa a sofrer riscos um pouco menos danosos ao psiquismo, diante das insuficiências e inconstâncias nos cuidados maternos. A partir dessa fase da vida, a criança, em alguma medida, consegue conceber que a mãe ou substituto que esteja fora de seu alcance, em algum momento, voltará para junto dela. Isso seria impossível para o estado de imaturidade em que se encontram grande parte das crianças com menos de 3 anos. Nesse momento da vida, normalmente, a criança também já consegue falar e pode ser mais compreendida pela mãe substituta e que vêm em seu socorro (Bowlby, 1976; Pincus & Dare, 1981).

Apesar de todas as possíveis repercussões sobre o desenvolvimento emocional das crianças que sofrem negligência, observa-se que, mesmo os pais

que falham de maneira significativa nos cuidados com os filhos poderão estar, em alguma medida, proporcionando-lhes proteção. Por isso:

Mesmo que a criança seja pessimamente alimentada e abrigada, mesmo que viva suja e doente, mesmo que seja maltratada, ela se sentirá segura (a não ser que os pais a rejeitem totalmente) por saber que tem algum valor para alguém que se empenhará em cuidar dela (...). (Bowlby, 1976, p. 74).

Aqueles pais ou principais cuidadores que negligenciam suas crianças, ainda assim, conseguem oferecer algum tipo de cuidado, mesmo que inconstante e precário. Para a criança pequena isso significa a manutenção dos vínculos afetivos, na medida em que a mãe ou o outro responsável ocupou-se de sua vida. Quando a criança é afastada do convívio com os pais e passa aos cuidados de responsáveis substitutos é possível que eles não tenham o mesmo sentimento de obrigação total que os pais têm, por mais devotados que venham a ser. Por isso, parece provável que a criança venha a ter razões suficientes para desconfiar, pois geralmente acredita que ninguém é melhor do que os próprios pais (Bowlby, 1976).

As experiências negativas de apego, em circunstâncias relacionadas a experiências recorrentes de maus-tratos e de negligência na infância, são caracterizadas, fundamentalmente, por uma precariedade na diferenciação entre o sujeito e o objeto. No psiquismo dessas crianças, o objeto materno (geralmente é a mãe ou principal cuidador) pode apresentar-se vinculado, desde a mais tenra infância, a tudo àquilo que é doloroso, frustrante e inconstante, mas ainda assim caracteriza-se como experiência de apego. É por isso que mesmo que sejam experiências marcadas por vazios e vivências de profundo abandono, acabam protegendo minimamente o indivíduo do confronto com a indiferença (Anzieu, 1996).

Sendo assim, a negligência, enquanto forma de violência contra criança, interfere nas representações de vinculação, favorecendo o desenvolvimento de padrões inseguros ou, mesmo, desorganizados de vinculação. Esses padrões de comportamento se dão como uma tentativa que a criança faz de maximizar as experiências de segurança e de minimizar àquelas que despertem a ansiedade,

especialmente nos contextos familiares de maior indisponibilidade e de rejeição. Essas crianças acabam tornando-se mais suscetíveis ao desenvolvimento de modelos distorcidos de *Self* e, em suas relações interpessoais, percebem os outros como mais indisponíveis e rejeitantes (Benavente, Justo & Veríssimo, 2009).

Em situações de negligência, especialmente quando ela se dá em razão do adoecimento mental dos principais cuidadores, as crianças podem estar constantemente submetidas à imprevisibilidade dos pais. Nessas circunstâncias, de acordo com os trabalhos de Winnicott (1967), Bowlby (1976) e Béguier (2004), a criança é marcada muito precocemente por experiências imprevistas, e que acabam dificultando a conquista de uma maior confiança em sua capacidade de prever os acontecimentos, pois ela se vê permanentemente em situação de vigilância. Filhos de pais adoecidos acreditam que são cuidadores desses pais e, muitas vezes, responsáveis pela sobrevivência deles. São crianças que podem apresentar uma hipermaturidade, mas que, sobretudo, expressam um sofrimento pungente, e que pode ser observado em comportamentos que envolvem uma hipernormalidade, prematuridade, superadaptação, precocidade, com o desenvolvimento de uma personalidade autônoma e hipercontrolada (Béguier, 2004).

Em todos os casos em que se verifique que crianças estejam submetidas a situações de negligência, faz-se fundamental um trabalho de proteção a elas, mas especialmente nos casos em que a criança tenha uma clara percepção das circunstâncias em que vive. Por menos idade que a criança possa ter, é no auxílio à sua família que uma rede assistencial eficiente pode oferecer continência à sua dor.

A negligência, portanto, tem várias faces e pode ser observada sob diferentes perspectivas. Algumas formas de negligência são obviamente de percepção mais clara em razão do prejuízo gerado à vida da criança vítima. Fora do ambiente familiar, pais e crianças estarão sujeitos a olhares diferentes e mais sensíveis a suspeitas ou constatações de situações envolvendo maus-tratos. As redes de assistência em saúde, tais como redes ambulatoriais e hospitalares, recebem frequentemente crianças vítimas de maus-tratos e de negligência no núcleo familiar. No caso da negligência, nem sempre ela pode ser causa mais

direta e que venha a justificar um atendimento médico ou uma internação. Em grande parte dos casos, ela vai sendo constatada pelos profissionais durante uma situação que envolva a hospitalização da criança, por exemplo (Gonçalves e Ferreira, 2002).

Diante dessas circunstâncias, muitos profissionais procuram dar atenção àquela realidade, de modo a ser compreendida e auxiliada suficientemente bem no próprio contexto hospitalar. Em alguns casos, trata-se de um trabalho de conscientização e de orientação dos pais ou principais responsáveis quanto aos hábitos de higiene, vacinação, regularidade das visitas ao médico, hábitos mais adequados a uma dieta alimentar própria para a criança e à sua idade, dentre outros. De qualquer modo, existe uma relação entre o tipo de violência a que a criança está submetida e o encaminhamento que se dá a cada situação. Nos casos de violência física em que se verifiquem prejuízos à integridade física da criança, bem como de suspeitas ou constatações de abuso sexual e, finalmente, da negligência mais caracterizada pelo abandono observam-se um maior número de notificações e encaminhamentos aos Conselhos Tutelares (Gomes, Junqueira, Silva e Junger, 2002).

3.4

Fatores de risco social e negligência

Pensar a negligência, no contexto de famílias pobres envolve considerar um baixo nível de escolaridade, o desemprego, situações sociais adversas envolvendo o crime e a violência, além dos distúrbios familiares que acabam favorecendo a ocorrência de situações abusivas contra crianças (Bringiotti, 2005; Vasquez, 2006; Guimarães & Almeida, 2007).

Na América Latina, muitas crianças ainda sofrem de desnutrição, de doenças infectocontagiosas, de pneumonia, de diarreia e de outras doenças que poderiam ser evitadas através de vacinação. Nesses países, ainda é alta a taxa de mortalidade de crianças menores de cinco anos (Celia, 1990, Assis & Avanci, 2006; Vasquez, 2006; Nudelmann & Hapern, 2011). Verifica-se que as maiores taxas de desnutrição infantil estão nos países de níveis sócio-econômicos mais

baixos, onde também se constata uma transmissão intergeracional da pobreza (Nudelman & Halpern, 2011).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que aproximadamente 150 milhões de crianças menores de cinco anos, no mundo, têm baixo peso para sua idade, e 182 milhões têm baixa estatura, sendo a desnutrição a segunda causa de morte mais frequente em menores de cinco anos, nos países em desenvolvimento. Nesses países, mais de 50% das mortes de crianças menores de cinco anos é influenciada pela desnutrição. No Brasil, apesar de ter havido uma diminuição considerável na taxa de desnutrição infantil, as famílias permanecem encontrando dificuldades no acesso a uma alimentação adequada (Vasquez, 2006).

A desigualdade social apresenta-se como fenômeno chave para compreensão da situação de algumas famílias que negligenciam os cuidados com os filhos, notadamente aquelas que carecem de recursos econômicos, o que é, inclusive, um aspecto marcante das famílias que se utilizam da unidade de saúde onde se realizou a coleta de dados dessa pesquisa. Sepulveda, López & Guaimaro (2006) lembram que o aumento da pobreza está igualmente relacionado à baixa escolarização dos pais ou responsáveis, e que nesses casos é mais comum encontrar crianças com até 5 anos de idade sem a certidão de nascimento.

As repercussões da desigualdade social podem interferir até mesmo na decisão de uma família quanto ao investimento na educação dos filhos. Geralmente, quanto maiores forem os benefícios alcançados pelo acesso à educação, maiores também serão os incentivos a ela. Infelizmente, nas classes menos favorecidas, ainda se fazem poucos investimentos na educação. Sabemos que uma insuficiência de políticas públicas adequadas e discriminações crescentes entre classes acirram as distâncias entre crianças que crescem na riqueza e crianças que crescem na pobreza, assim como daquelas que estudam em condições mais e menos privilegiadas (Vasquez, 2006; Carvalho, 2007). Nessas circunstâncias, as crianças tornam-se mais suscetíveis às enfermidades, à violência e à violação dos direitos humanos, o que exercerá interferências sobre o desenvolvimento infantil saudável.

A realidade social das famílias mais pobres é, portanto, marcada por inúmeras situações estressantes e que, em algum momento, podem favorecer

relações de cuidados insuficientes dos pais com seus filhos. São questões que, frequentemente, estão relacionadas ao desemprego, à falta de recursos econômicos e financeiros, às discórdias conjugais graves, à instabilidade dos laços familiares, aos problemas de saúde mental dos pais, e até à utilização de métodos educativos inadequados, envolvendo riscos à saúde mental das crianças (Carvalho, 2007; Guimarães & Almeida, 2007).

Sabemos, entretanto, que a associação dos maus-tratos e da negligência com a pobreza também permeia o imaginário social. De fato, o aumento do empobrecimento é um aspecto relevante no crescimento da violência. Porém, se tratamos o fato como uma relação indiscriminada, corremos o risco de criminalizar a pobreza, rotulando por julgamentos prévios algumas parcelas da população. As famílias de classe média e alta também negligenciam seus filhos quando delegam a terceiros, tais como babás, empregadas domésticas, creches e escolas a responsabilidade principal pelo cuidado com suas crianças. Há pais que são menos disponíveis afetivamente, outros que raramente têm tempo para dar atenção aos pequenos, e há pais extremamente permissivos com seus filhos, permitindo que passem horas a fio em frente ao computador ou jogando vídeo game (Bringiotti, 2005). Há aqueles que deixam seus filhos acreditarem que podem ter tudo o que desejam, em quaisquer circunstâncias, porque permanecem tão absorvidos em suas vidas, que acabam participando muito menos da vida de seus filhos. Essas também são posturas e comportamentos descuidados ou negligentes. Quando nos deparamos com denúncias de maus-tratos e de negligência mais numerosas nas classes baixas é também porque constituem a maior parte da população. Além disso, sabemos que as famílias de classe média e alta têm mecanismos que garantem maior chance de sigilo e proteção à sua intimidade, o que diminui o número de notificações (Gomes, Junqueira, Silva e Junger, 2002).

3.4.1

Famílias que negligenciam seus filhos

A negligência mais severa e contínua, muitas vezes, acontece associada a outras formas de maus-tratos. Nas famílias em que as crianças são negligenciadas e submetidas a outras formas de violência, geralmente, os relacionamentos são mais desrespeitosos e o sentido de unidade familiar, frequentemente, está aniquilado. Essas famílias acabam vivendo mais isoladas e afastadas de outras instituições sociais. A negligência também pode ser observada nas famílias em que os pais costumam ter pouco conhecimento sobre o desenvolvimento infantil e, por isso, podem apresentar dificuldades na compreensão acerca das necessidades e comportamentos dos filhos. As respostas às demandas infantis podem ser inapropriadas e parciais (Azevedo & Guerra, 2001; Assis & Avanci, 2006). Os pais ou principais responsáveis que mantêm relações de maus-tratos e negligência com suas crianças dificilmente percebem os danos impostos a elas. Por outro lado, a criança pode não ter condições de discernir o quanto está sendo lesada (Bowlby, 1976).

O comprometimento no desenvolvimento emocional dessas crianças pode vir a afetar suas futuras relações interpessoais e afetivas, com uma reedição de situações vivenciadas nas relações primordiais. Nesse caso, estarão presentes sentimentos ambivalentes e de desamor, envolvendo experiências de desamparo e de privação. Criam-se, assim, formas negativas de relacionamento interpessoal, que podem vir a se manifestar na vida em comunidade e na vida escolar dessas crianças, com possibilidade de repetição do ciclo de violência e vitimização (Pesce, Assis & Avanci, 2008).

3.4.2

Mães vulneráveis

Uma característica da sociedade e da família contemporânea, e que pode favorecer situações de negligência e até de abandono de crianças, diz respeito às adversidades envolvidas no grande número de gravidezes não planejadas e não

desejadas por mulheres mais jovens e por adolescentes, principalmente, nas classes mais desfavorecidas. Muitas delas têm seus filhos sem qualquer tipo de apoio do parceiro e/ou pai da criança e, às vezes, sem o amparo da família (Motta, 2005).

Algumas jovens não se vêem em condições de cuidar de seus filhos e são pouco investidas afetivamente nessa relação. Quando a isso se soma a falta de acolhimento daqueles que lhe são mais íntimos, o que vemos são crianças submetidas a recorrentes situações de maus-tratos e de negligência. Algumas dessas crianças acabam morrendo por falta de cuidado e proteção adequada. Muitas delas são abandonadas aos cuidados de terceiros (geralmente familiares), e que podem não estar implicados suficientemente nessa relação. Outras crianças passam aos cuidados e criação dos avós, que acabam sendo levados a abdicar dos seus planos individuais, sentindo-se sacrificados, apesar da existência de uma relação de afeto com os netos (Vitale, 2007).

Por outro lado, na sociedade brasileira, aquelas mães que, por qualquer motivo, assumem que não desejam e/ou que não podem ficar com seus filhos e decidem, portanto, entregá-los à adoção, ainda são consideradas pessoas que simplesmente abandonam suas crianças à morte. A compreensão de maternidade contemporânea foi constituída a partir das bases de uma sociedade burguesa patriarcal e que direcionou a mulher à missão de amar seu filho sem restrições e de desempenhar sua maternidade em quaisquer condições (Badinter, 1985). Assim, quando a mulher recusa ou apresenta dificuldades no desempenho da maternidade passa a ocupar um lugar menos digno, ou de anormalidade na sociedade (Motta, 2005).

Motta (2005) questiona o porquê de serem marginalizadas e acusadas de abandono todas aquelas que se separam de seus filhos. Como podemos condenar aquelas mães solteiras, extremamente jovens, e que se veem pressionadas e massacradas pela família, ou sem qualquer tipo de apoio para assumir a criação daquele filho, abandonadas pelo pai da criança, sem emprego e, às vezes, sem lugar para morar? E como julgar aquelas que já criam sozinhas vários filhos e que já vivem em precária situação econômica, sem algum tipo de apoio afetivo e moral?

Paradoxalmente, também são alvos da indignação por parte de muitas pessoas aquelas mães que vivem em condições sociais e econômicas paupérrimas e que, além disso, podem estar envolvidas em disfunções familiares, mas que permanecem com seus filhos juntos de si, mostrando-se disponíveis e dedicadas aos cuidados deles (Sarti, 2007). Em algumas circunstâncias, apesar do investimento afetivo que fazem na relação com os filhos, algumas dessas mães falham nos cuidados, muitas vezes por falta de conhecimento, por motivos de adoecimento, e mesmo por total falta de recursos, e acabam sendo acusadas de negligência, passando ao risco de perda do poder familiar de seus filhos.

Sobre essa temática, Bowlby (1976) adverte que a sociedade ocidental exerce uma postura punitiva quando concebe a retirada dos filhos de seus responsáveis como única forma de pôr fim aos problemas familiares. Geralmente, os menores são abrigados, podendo ser colocados em famílias acolhedoras e, em última hipótese, adotados. Essas são medidas de proteção conhecidas historicamente, no caso de situações de risco social (Ferreira, 2011). Certamente, em algumas situações não há alternativas além da retirada da criança de seu lar. No entanto, em condições mais favoráveis, o melhor meio de evitar que a criança sofra privações severas, principalmente, no que diz respeito à sua relação afetiva com a mãe, é garantir-lhe a chance de ser criada em sua própria família.

De qualquer modo, nem sempre as explicações são suficientes para entendermos porque algumas mães não abrem mão de permanecer com seus filhos, ainda que não haja suporte social, familiar, econômico e financeiro. Ou, ainda, o porquê de muitas mães decidirem abdicar da guarda dos filhos, ainda que haja outras saídas possíveis (Motta, 2005).

3.4.3

Conflitos emocionais maternos interferindo nas relações de cuidados

Bowlby (1976) considera que nas “famílias-problema” é comum a negligência das crianças. Nessas famílias, muitas mães em sofrimento mental podem apresentar comportamentos instáveis, expressando-se através de uma

inconstância, irresponsabilidade e desordem no lar. Em estados passageiros de ansiedade e de depressão, o amor maternal pode desaparecer ou mesclar-se à impaciência e à severidade, caracterizando mudanças de humor intermitentes na mãe (Spitz, 1979). Segundo Bowlby (1976) e Celia (2004) essas são mães que, geralmente, apresentam personalidade mais infantil, podem ter uma falta de controle sobre suas tendências agressivas, e acabam apresentando freqüentes explosões de emoções negativas e uma hostilidade inconsciente e violenta. Em algumas situações, a hostilidade pode ser expressa na forma de ansiedade. Essas mulheres podem não ser capazes de perceber as conseqüências de seu comportamento e, assim, bebês e crianças pequenas, freqüentemente, tornam-se meios de extravasar emoções instáveis, sendo expostas, alternadamente, a explosões intensas de carinho, de preocupação e de uma super-solicitude ou de uma hostilidade inconsciente, rejeição e fúria.

Nesse tipo de relação, a criança não consegue prever os comportamentos de mãe e, além disso, têm maiores chances de fracasso em suas tentativas de formar uma relação objetal. Para bebês e crianças pequenas, estar em relação com mães que estejam em sofrimento pode constituir-se em foco de experiências de uma violência extremamente traumática.

Em alguns casos, as posturas e as atitudes maternas se mostram desconectadas de suas palavras de carinho e as crianças pequenas podem ficar expostas a perigos reais através de riscos desnecessários. Por isso, as quedas, os pequenos ferimentos e pequenos incidentes, de um modo geral, podem acontecer mais freqüentemente. São mães que não conseguem obter satisfação com o toque de seu bebê e, dificilmente, conseguem retribuí-lo com demonstrações de afeto (Béguier, 2004). Assim, apesar de serem conhecedoras de suas responsabilidades, não conseguem cuidar adequadamente de seus filhos. E as crianças, portanto, sofrem negligência desde muito cedo, o que freqüentemente envolve cuidados básicos precários associados à desproteção e ao desamparo.

Diante da indisponibilidade materna, todo holding oferecido pode ser insuficiente, principalmente se isso se dá nos seis primeiros meses de vida, pois a criança pequena dificilmente viverá a experiência da identificação primária em condições ideais. Sendo assim, a criança encontrará maiores dificuldades para a

satisfação de suas necessidades e para perceber tudo que existe em seu ambiente como aquilo que constitui parte de sua própria pessoa e corpo, fora do qual nada existe (Spitz, 1979).

Celia (2004) verificou, em estudo que aborda a parentalidade e a sua relação com a pobreza em nosso país, que era comum encontrar bebês desnutridos sob os cuidados de mães que sofriam de algum tipo de depressão. É possível que experiências nas vidas das mães possam ter contribuído para formação de um vínculo mãe-bebê mais deficiente, e que a interferência na constituição desse vínculo seja um fator a mais para a desnutrição. A desnutrição da criança pequena pode acontecer como resultado de doenças, e de uma alimentação insuficiente e inadequada, decorrentes de uma precariedade de cuidados da mãe com seu filho (Nudelmann & Halpern, 2011).

Estudos apontam que mães de crianças que passavam por situação de desnutrição, de um modo geral, vivenciaram na vida em família, durante a infância, situações de stress com familiares alcoolistas e usuários de outras drogas, além da vitimização por maus-tratos físicos, violência sexual e, mesmo, negligência (Celia, 2004; Bringiotti, 2005; Delfino et. al, 2005; Nudelmann & Halpern, 2011). Somado a isso, algumas pesquisas mostram que mães com uma percepção infeliz da própria infância e que tenham sofrido recorrentemente situações de estresse e de violência acabam tendo dificuldades na relação de cuidados com seus filhos (Celia, 2004; Delfino, Biasoli-Alves, Sagim, Venturini, 2005; Nudelmann & Halpern, 2011).

Bowlby (1979), em seus estudos, já fazia referência a mães que tiveram a infância marcada por situações adversas, e que cresceram envolvidas em relações de apego mais ansiosas e, portanto, com uma maior tendência a repetir na relação com os filhos os modelos de vínculos já conhecidos. Cria-se, assim, um círculo vicioso perigoso de dificuldades relacionadas ao cuidado e que, se não são interrompidas, são transmitidas às gerações seguintes.

A violência conjugal também se constitui como mais um fenômeno presente na vida de uma parcela da população feminina e que, como fator gerador de stress, pode interferir na relação de cuidados das mães agredidas com seus filhos, em alguns casos favorecendo situações de negligência. Algumas mulheres

sofrem violência física, sexual e violência psicológica antes, durante e após a gestação, o que, entre outras coisas, intensifica um esgotamento físico e emocional delas e, em certa medida, pode refletir no vínculo afetivo que vão estabelecer com seus filhos.

Estamos falando do oferecimento insuficiente de cuidados básicos, sejam físicos ou afetivos, mas também de cuidados desproporcionais, com um excesso de proteção e que está relacionado a uma expectativa de que os filhos tenham uma vida melhor e diferente daquela que elas tiveram. Para algumas, a maternidade pode ser bastante solitária e árdua, pois se vêem totalmente responsáveis pelos filhos, já que os companheiros podem se mostrar ausentes física, afetivamente e até financeiramente. Muitas cuidam de mais de um filho, da casa e, ainda, precisam trabalhar para contribuir com o orçamento doméstico (Asling-Monemi, Pena, Ellsberg, Persson, 2003; Sarti, 2007; Lourenço & Deslandes, 2008).

A partir dessas constatações, alertamos para a importância e para a responsabilidade que o poder público tem no que diz respeito ao investimento nas redes assistenciais, de modo que possam prestar serviços de qualidade e em condições de acolher as mulheres em suas dificuldades na criação dos filhos (Carvalho, 2007).

4

A Pesquisa

A história nos mostra que diferentes sentidos foram atribuídos à infância e aos referenciais de cuidados que um adulto adota em sua relação com uma criança. O século XX constituiu-se como período especialmente importante na consolidação de um lugar diferenciado para a criança na sociedade e no funcionamento familiar. Surgiram diferentes demandas de cuidado para cada fase do desenvolvimento infantil. Concomitantemente, aumentou a preocupação das autoridades em ensinar pais e responsáveis a criar e educar adequadamente suas crianças.

Formas de violência, antes vistas como meios de os pais educarem e corrigirem seus filhos, passaram a ser penalizadas culminando na criação de uma legislação mais preocupada em garantir uma proteção à infância. Cuidados insuficientes relacionados à educação, à proteção da integridade física, ao desenvolvimento físico e afetivo ganharam maior destaque na sociedade, com o crescimento das penalidades para os responsáveis previstas em lei.

Os meios de comunicação têm papel fundamental nessa mudança, pois através das diversas formas de divulgação vêm mostrando à sociedade que grande parte dos casos de violência contra crianças são praticados pelos próprios familiares. Assim, situações envolvendo maus-tratos e mortes de crianças que antes eram camuflados pelos ideais familiares passaram a revelar relações familiares adoecidas e marcadas pela crueldade.

Apontar o quão prejudiciais são os diferentes tipos de maus-tratos a que pode estar submetida uma criança, bem como culpabilizar e penalizar as famílias que não conseguem proteger adequadamente seus filhos, ainda são formas insuficientes para se pensar em soluções para o problema. Entendemos que é fundamental conhecer melhor como pais e responsáveis percebem a infância e suas especificidades. Por isso, precisamos encontrar meios que permitam a esses pais poder tratar sobre o que compreendem como necessário na relação de

cuidados que um adulto precisa ter com uma criança, que esteja dependente de sua atenção.

Precisamos ouvir o que pensam sobre a violência contra a criança e o que entendem como uma relação de cuidados insuficiente. Quando são convocados a falar sobre seus papéis e sobre suas responsabilidades, esses adultos cuidadores são valorizados em suas funções.

É importante que possamos observar e entender como esses pais estão acompanhando as modificações contemporâneas do olhar dirigido à infância. E, da mesma forma, dar atenção aos diferentes referenciais de cuidar e também às novas formas de abordar a violência contra criança, para melhor compreender como tratam o fenômeno em suas vidas, em sociedade e no convívio familiar. Com o objetivo de entender a percepção que esses pais têm a respeito dessas temáticas, realizamos uma pesquisa exploratória.

4.1

Participantes

Participaram dessa pesquisa 9 sujeitos responsáveis por crianças que estavam hospitalizadas na enfermaria pediátrica de uma unidade de hospital estadual de emergência, local onde a pesquisadora trabalha como psicóloga e realizou a coleta de dados desse estudo. O grupo de participantes contou com oito mulheres e um homem. Dentre eles, sete pessoas eram as mães das crianças, uma delas era a avó paterna e um pai.

A maior parte dos entrevistados é do sexo feminino, o que reflete um dado constante na rotina de internação de crianças, pois a grande maioria de acompanhantes é composta por mães e avós. Essa observação vai ao encontro do desempenho das funções de cuidados com os filhos, como ainda permanecendo uma função primordialmente feminina e que requisita da mulher o desempenho de sua maternidade.

O convite dos sujeitos para participação na pesquisa não tinha como pré-requisito o envolvimento deles em quaisquer situações (suspeitas ou confirmadas)

de maus-tratos perpetrados a crianças sob seus cuidados. Foram entrevistados cuidadores de crianças hospitalizadas e que tivessem entre dois meses e quatro anos de idade. A escolha dessa faixa etária deu-se por considerarmos que os primeiros anos de vida caracterizam-se como período de maior dependência dos cuidados e por se constituir em etapa fundamental para um desenvolvimento saudável.

A coleta de dados foi realizada em uma unidade hospitalar, por constituir-se em instituição tomada como referência no que diz respeito à saúde e ao bem estar de uma criança. Além disso, temáticas relacionadas aos cuidados esperados na relação de adultos responsáveis com crianças, bem como as diversas circunstâncias envolvendo situações de maus-tratos contra crianças são frequentes em uma unidade hospitalar.

Participantes

Nome fictício e Parentesco	Nível de instrução e ocupação	Idade	Idade e Diagnóstico da criança Hospitalizada	Número de filhos e/ou Netos
Aline (Mãe)	Ensino médio Incompleto; Do lar	25 anos	2 anos Pneumonia e bronquiolite	Filho de 2 anos e gestante de 4 meses
Fátima (Mãe)	Ensino fundamental Incompleto; auxiliar de transporte escolar	21 anos	14 meses Pneumonia	Filho de 14 meses
Beatriz (Mãe)	Ensino Médio Incompleto; Do lar	26 anos	2 anos Celulite facial	Filho de 2 anos e Filha de 6 anos
Dalva (Mãe)	Ensino Médio Completo; Do lar	24 anos	3 anos Dengue hemorrágica	Filha de 3 anos e filha de 4 meses
Simone (Mãe)	Ensino Fundamental Incompleto; Do lar	31 anos	4 anos Pneumonia	Filho de 13 anos, filha de 4 anos e gestante de 6 meses (o pai da criança hospitalizada estava preso).
Vânia (Avó paterna)	Ensino fundamental incompleto; diarista	48 anos	16 meses Pneumonia	Filhos de 24, 20, 18, 14, 11 anos; neto de 4 anos e neta de 16 meses (o pai da criança hospitalizada estava preso)
Fábia (Mãe)	Ensino fundamental completo; Do lar e pensionista	18 anos	9 meses Pneumonia e derrame pleural	Filho de 9 meses e gestante de 5 meses
Rosa (Mãe)	Ensino médio completo; Do lar e pensionista	33 anos	4 meses Meningite meningocócica	Filho de 7 anos e filho de 4 meses
Antônio (Pai)	Ensino médio incompleto; biscateiro como pedreiro	35 anos	2 meses Problemas cardíacos e respiratórios decorrentes da Síndrome de Down	Filhos de 15, 12, 11, 6 anos; e filhas de 8 anos, 1 ano e de 2 meses

4.2

Ambiente de coleta de dados e procedimentos da pesquisa

A escolha de ambiente hospitalar para coleta de dados emergiu da nossa experiência em enfermagem pediátrica e CTI pediátrico em unidade hospitalar com o atendimento psicológico de crianças e familiares. Nessa unidade de saúde, as crianças chegam acompanhadas de pais ou responsáveis, mas também podem ser trazidas por vizinhos, irmãos, primos, mães sociais, dentre outros. São crianças que chegam à unidade com um corpo fragilizado e adoecido, geralmente sofrendo de doenças respiratórias. Em algumas circunstâncias, a hospitalização pode estar relacionada a situações envolvendo maus-tratos e negligência.

As famílias que buscam os serviços da unidade hospitalar onde os dados da pesquisa foram coletados são constituídas de população de baixa renda, com baixo nível de escolarização, em sua grande maioria, e nelas, geralmente, os pais têm um maior número de filhos. Na maioria das vezes, a necessidade de internação das crianças acaba se dando pelo agravamento das condições de saúde. Em algumas circunstâncias, a inadequação dos cuidados recebidos no núcleo familiar e a dificuldade de acesso a serviços públicos de saúde eficientes podem levar à hospitalização das crianças.

Muitas famílias que buscam os serviços médicos da unidade moram em comunidades e áreas de risco marcadas pelo crime e pela atuação do tráfico de drogas. Alguns cuidadores responsáveis que acompanham as crianças durante a internação são ou já foram usuários de drogas. Alguns cuidadores são ex-presidiários ou têm familiares presos por envolvimento com o crime e/ou com o tráfico. O marido de uma mulher entrevistada e pai da criança internada estava preso por furto. E o filho de uma avó entrevistada, pai da criança hospitalizada, estava preso por envolvimento com o tráfico de drogas. O cunhado de uma das mães entrevistadas e tio paterno da criança internada estava envolvido com o tráfico de drogas na comunidade onde moravam mãe e filho.

Os cuidadores entrevistados se mostravam preocupados e atentos ao processo de adoecimento e hospitalização das crianças e não eram responsáveis ou

coniventes com quaisquer situações de maus-tratos relacionadas a elas. Porém, entendemos que se faz importante destacar que algumas crianças são recebidas na unidade com quadros de desnutrição crônica, que geralmente estão relacionadas à pobreza e, em alguns casos, a algum tipo de comprometimento mental mais severo por parte dos principais responsáveis. Há também crianças que são internadas vítimas de violência física, na maioria das vezes, perpetrada por homens. A negligência mais severa, o abandono e a violência física são as formas de maus-tratos que mais comumente levam à hospitalização. Raramente o motivo da internação se dá em razão de violência sexual, mas a suspeita deste tipo de abuso pode aparecer, ainda que a internação tenha se dado por outro motivo. A maior parte das famílias, entretanto, consegue garantir aos filhos uma relação de cuidados e de proteção minimamente satisfatória.

Todos os sujeitos entrevistados estavam em uma das duas enfermarias pediátricas da unidade. Em uma delas permanecem crianças de zero a dois anos de idade, outra enfermaria é destinada a crianças com mais de dois anos, sendo possível encontrar menores hospitalizados até doze anos de idade. Cada uma das enfermarias possui dez leitos, por isso é comum que pacientes e acompanhantes participem mais de perto da rotina de hospitalização de cada paciente. Do mesmo modo, familiares e acompanhantes percebem e criam opiniões a respeito de crianças que tenham sido internadas por maus-tratos visíveis ou por situações envolvendo uma violência mais velada e também por negligência. Não é raro que os responsáveis acompanhantes de algumas crianças internadas sejam também aqueles que maltratam. Isso pode acontecer, principalmente, quando a violência não é diretamente evidente. No entanto, frequentemente os outros responsáveis percebem tais situações.

O local onde foram coletados os dados tem como uma de suas características a diversidade de vínculos por parte do acompanhante que permanece por mais tempo com a criança hospitalizada. As mães formam a maior parte do grupo de acompanhantes. É também comum encontrarmos pais, irmãos mais velhos, avós, avôs, tias, madrinhas, amigos da família (geralmente mulheres), vizinhas e mães sociais (no caso da internação de crianças abrigadas). Geralmente, há revezamento entre duas ou três pessoas que se alternam na

permanência na enfermaria pediátrica. A maior parte das hospitalizações tem um período médio de 7 a 10 dias.

As crianças cujos responsáveis foram entrevistados sofriam em sua maioria de doenças respiratórias, como pneumonia (cinco delas) e bronquiolite. Uma criança tinha derrame pleural decorrente de uma pneumonia. Uma delas sofria de dengue hemorrágica. Havia uma criança em tratamento de seqüelas neurológicas, após ter contraído meningite meningocócica. Um bebê sofria com problemas cardíacos e respiratórios decorrentes da Síndrome de Down. Havia, ainda, um caso de internação por celulite facial.

A pesquisa foi autorizada pelo Comitê de Ética da Universidade e do Hospital no qual foram realizadas as entrevistas. A pesquisadora fez o convite para a participação nas entrevistas, buscando esclarecer a respeito da temática da pesquisa. Todos os entrevistados se mostraram interessados em ter conhecimento do que tratava o termo de consentimento e aceitaram assiná-lo (ANEXO I).

Algumas entrevistas foram realizadas no interior das enfermarias, ao lado dos leitos, outras se deram em uma área de lazer reservada às crianças, mas localizada no mesmo andar do hospital. A escolha do local ficou a critério dos entrevistados.

Os sujeitos entrevistados foram abordados pela pesquisadora, enquanto acompanhavam a internação das crianças sob seus cuidados. Na época em que foi realizada a coleta de dados, os cuidadores entrevistados viviam com as crianças hospitalizadas, sendo responsáveis por seus cuidados no dia-a-dia. Todos os responsáveis destacaram que dividem as funções relacionadas aos cuidados com as crianças com outras pessoas, normalmente com pais, mães avós e avôs. Na circunstância que envolvia a internação das crianças, os entrevistados recebiam visitas de outros cuidadores das crianças, revezando com eles o tempo de permanência na unidade hospitalar.

Uma das mães entrevistadas informou que, de alguma forma, sentia-se responsável pela internação do filho, que havia sofrido uma queda de sua cama. Outra genitora relatou que preferia que o filho estivesse internado a fim de que pudesse receber a medicação nos horários adequados, pois em casa o uso dos

remédios era feito em horários irregulares. Um pai entrevistado admitiu que houve uma dificuldade por parte dele e da esposa em perceber que a filha precisava de cuidados médicos, em razão de sua condição especial. As outras entrevistadas não relataram situações em que admitissem ou que nos fizessem associar a necessidade de hospitalização à insuficiência de cuidados ou a questões de maus-tratos.

A pesquisadora abordou a temática da pesquisa com catorze cuidadores responsáveis separadamente, no entanto cinco pessoas, quando convidadas, recusaram-se a participar das entrevistas. Duas delas, inicialmente, concordaram com a participação, mas negaram ao serem informadas sobre a necessidade de assinar o termo de consentimento. Mostraram-se desconfortáveis diante da formalidade e, assim como as outras três pessoas que recusaram o convite, acrescentaram que não saberiam o que falar sobre o tema e que talvez não soubessem responder adequadamente às perguntas. Acreditamos que as recusas estivessem relacionadas às ansiedades e inseguranças das pessoas quanto ao que dizer sobre o assunto.

4.3

Instrumento

O instrumento de coleta de dados foi uma entrevista semiestruturada baseada em um roteiro (Anexo II). Primeiramente, realizamos uma entrevista piloto com o objetivo de aperfeiçoar o nosso roteiro preliminar. A partir do roteiro, tivemos o cuidado de garantir aos entrevistados uma livre expressão de suas idéias acerca dos temas abordados. As entrevistas foram gravadas, transcritas e analisadas. Todos os entrevistados concordaram em assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo I). Os entrevistados foram informados sobre a possibilidade de interrupção da entrevista, caso achassem necessário, também foram alertados quanto ao fato de que poderiam negar-se a responder quaisquer perguntas que envolvessem assuntos de que não quisessem tratar.

Por intermédio das entrevistas, buscamos analisar a compreensão que os pais ou principais cuidadores têm a respeito do que sejam cuidados adequados na

relação que um adulto mantém com uma criança pequena. E, a partir dessa noção de cuidado, investigamos como esses indivíduos significam os conceitos de violência e de negligência contra criança, considerando também a percepção que possuem sobre as situações em que essas formas de maus-tratos são recorrentes e sobre como podem vir a afetar o desenvolvimento infantil.

A partir das perguntas previstas no roteiro, a pesquisadora incentivou os entrevistados a falar também sobre como se constituía o núcleo familiar, quais familiares moravam com as crianças e quem costumava estar envolvido na rotina de cuidados. A pesquisadora procurou dar espaço às falas dos entrevistados e às diversas associações que faziam a partir de repostas formuladas.

4.4

Análise e discussão dos resultados

Foi realizada uma análise qualitativa a partir de todo o material discursivo coletado nas entrevistas, para que pudéssemos interpretar os dados individuais e os dados de todos os entrevistados, comparando os conceitos e os temas abordados pelos participantes à luz da literatura revisada sobre a questão (Bardin, 2004). Emergiram oito categorias de análise. São elas: fatores de risco e fragilidades do corpo infantil; sentimentos relacionados à concepção de cuidados; cuidados gerados pelas demandas de afeto; o papel das famílias; o papel das instituições; negligência em questão; violência física e abuso sexual; violência psicológica.

Transcrevemos as entrevistas mantendo os erros gramaticais, as hesitações, as pausas ou quaisquer expressões lingüísticas com o objetivo de preservar o discurso subjacente ao que foi verbalizado.

As entrevistas foram iniciadas perguntando-se aos cuidadores sobre o que entendiam como sendo cuidados adequados e esperados na relação de um adulto com uma criança pequena. Nos questionamentos que se seguiram após a primeira pergunta, verificamos que as questões familiares e as mudanças nos costumes trazidas pela contemporaneidade têm papel fundamental na relação de pais e

responsáveis com suas crianças. Isso serve para pensarmos na atenção aos cuidados com essas crianças, ou para refletirmos sobre as diversas formas de maus-tratos de que venham a ser vítimas.

Havia uma preocupação por parte dos entrevistados em compreender adequadamente as perguntas e dar respostas que entendessem como esperadas. Procuravam enfatizar também que as situações de maus-tratos com crianças não faziam parte de suas vidas e que os casos que conheciam eram distantes ou aqueles divulgados pelos meios de comunicação. Víamos, então, uma postura mais defensiva por parte dos entrevistados e que, em todas as entrevistas, modificaram-se ao longo de suas falas. Na medida em que não se sentiam julgados, os entrevistados citavam algo da relação com os próprios pais que tinham como conflituosa e que, em algumas circunstâncias, tivessem envolvido situações de maus-tratos e de negligência. Outros cuidadores entrevistados mencionaram os próprios desgastes que experimentavam na relação com os filhos e tantas outras experiências conflituosas que viviam no dia-a-dia e que percebiam repercutindo na relação de cuidado com seus filhos. Alguns deles citaram mais diretamente situações em que se viam sendo mais descuidados com os filhos. Iniciavam os relatos falando das crianças hospitalizadas, mas acabavam estendendo suas considerações a outras crianças, outros filhos ou netos que também recebessem seus cuidados. Citaram várias situações envolvendo maus-tratos e negligência de crianças da família ou filhos de pessoas conhecidas.

Durante as entrevistas, os entrevistados mostravam-se mais confiantes e imponderados em seus lugares de cuidadores. Pareciam satisfeitos com a colaboração a respeito dos temas abordados. Após as entrevistas, alguns entrevistados verbalizaram que se sentiam satisfeitos por terem participado e que aquelas perguntas serviam para fazê-los pensar mais na relação com seus filhos, além da chance de refletir sobre questões que, frequentemente, passavam despercebidas.

4.4.1

Fatores de risco e fragilidades do corpo infantil

Todos os entrevistados compreendem e enfatizam que os cuidados com crianças incluem a atenção com a higiene corporal (higiene dental, cabelo penteado e uso de vestes limpas e calçados); mencionaram preocupação com a alimentação saudável e própria à idade, em intervalos e horários adequados; destacaram a atenção com acidentes domésticos em que a criança possa se envolver, caso não haja a presença de um adulto inspecionando-a, tais como: cortes, queimaduras, ferimentos, intoxicação medicamentosa, ingestão de pequenos objetos ou brinquedos, quedas. Duas entrevistadas citaram também o acompanhamento do esquema de vacinação, o zelo com horários de medicação e a procura por consultas médicas, seja por adoecimento ou para acompanhamento do desenvolvimento infantil.

“(...) não ficar sozinha, não deixar nada perto, que ela possa mexer. Que ela já anda. Remédio, bem alto. Tá o tempo todo ali, prestando atenção. Na hora de dar a papinha, comida, botar ela pra descansar um pouco, antes de deitar, entendeu? Dar o banho, a parte de higiene, também é o principal. Levar ela pra tomar um sol. Não custa descer, pra toma um sol da manhã (...)” (avó paterna Vânia (48 anos); neta Carolina (1 ano e 4 meses)).

“Ah, assim, tomar banho, a higiene, que é fundamental. Sempre tá limpinha, penteada. Mesmo eu tando no hospital, cuidado dela toda hora” (mãe Simone (31 anos); filha Clara (4 anos)).

Os entrevistados também enfatizaram a preocupação com a inocência e com os movimentos de curiosidade infantil com relação ao ambiente que cerca a criança, características que, aliás, são esperadas e marcantes na criança pequena. Embora tais particularidades façam parte de um desenvolvimento saudável, para os cuidadores pode também representar um fator de risco, na medida em que a criança pode se expor a acidentes domésticos e, até mesmo, a situações de violência perpetradas por adultos. Esse olhar contemporâneo, porém, distancia-se de uma concepção de infância antes compreendida como fase da vida repleta de imperfeições e cujos comportamentos eram considerados inadequados pelo mundo adulto (Del Priore, 1999; Gonçalves, 2003).

“Ah, se eu sei que ela vai mexer num local que eu sei que vai fazer mal a ela (...) eu tiro dali e coloco num lugar que não alcança. Né?! Isso pra ela não alcançar mais. Tipo uma tomada, ela tem mania de mexer, botar o dedinho na tomada, eu procuro colocar um protetor, né? Com fita isolante pra ela não enfiar mais o dedinho” (mãe Fátima (21 anos); filha Nina (1 ano e 2 meses)).

“(...) é de perguntar pra ela, fazer uma espécie de revista nela, pra ver se não tem sinais de tentativa de violência, inclusive, ela tá até com uma mordidinha aqui, parece boca de criança. O meu maior cuidado com minha filha hoje em dia é com relação a isso” (mãe Aline (25 anos); filha Ana (2 anos)).

A atenção à fragilidade e à inocência da criança soma-se a compreensão do avanço no desenvolvimento infantil, que para os cuidadores entrevistados envolve o movimento dos filhos ao explorar o ambiente, participando ativamente do que acontece ao redor, seja através do brincar ou, seja na interação/relação com pais.

Principalmente, ela que tá muito ativa, qué saber de tudo, qué mexer em tudo, qué ajudar (...) qué ligar o ferro pra passar roupa. Então, é sempre manter ela distante do fogão, de coisas que são perigosas pra ela” (mãe Dalva (24 anos); filha Luciana (3 anos)).

(...) Eu sinto muito bem estando com meu filho. Brinco com ele, às vezes saio com ele pra passear na rua, entendeu? (...) ele quer ficar o tempo todo brincando, quer ficar andando dentro de casa. Então, às vezes eu quero descansar um pouco e não consigo, porque ele quer ficar fazendo bagunça. Então, eu saio com ele bastante na rua pra passear, levo ele pra tomar um sorvete (...)” (mãe Fábiana (18 anos); filho Flávio (9 meses)).

O cuidador está atento aos riscos e aos perigos envolvidos nas novas descobertas que o filho faz do mundo que o cerca. E, por isso, mantém-se sensível aos avanços da criança, mas mantém-se atento a fim de protegê-la. Assim, a criança pode prosseguir em seu desenvolvimento, explorando o ambiente e seguindo seu caminho rumo à autonomia (Winnicott, 1967; Gomes & Bosa, 2010).

Percebemos a ênfase dada aos cuidados com um corpo infantil, o que revela a percepção de uma criança frágil e que é incapaz de sobreviver sem a proteção de seu semelhante. Os entrevistados identificam nas crianças o estado de desamparo, que possivelmente alguns deles possam ter vivenciado de modo mais intenso ou mesmo traumático. A atenção dada ao cuidado com o corpo revela a sensibilidade da mãe ou do principal responsável às necessidades da criança, pois

consegue se colocar no lugar do bebê e da criança pequena, sendo capaz de estabelecer uma relação de empatia. A fala de Vânia ilustra tal fenômeno:

“É criança, né?! Não tem a maldade, né?! Que um adulto tem. Então, tem que tá sempre de olho, ela não sabe falar, “eu tô mijada “. Então, eu vou saber se ela tá mijada, como que eu vou saber? Eu vou olhar. Vê se ela fez xixi”.(avó paterna Vânia (48 anos); neta Carolina (1 anos e 4 meses)).

Nesse momento, o amor é, fundamentalmente, demonstrado por meio dos cuidados corporais. Graças à identificação da mãe com o lactente, ela é capaz de oferecer o *holding* de que o filho precisa (Winnicott, 1962).

As falas dos entrevistados demarcam que há uma compreensão dos investimentos que devem ser feitos na relação de cuidados com uma criança pequena, mesmo quando não percebiam que o fazem. Apenas entendem que o infante precisa daquele acolhimento e de cuidado especializado e sabem que podem oferecê-lo, pois intuitivamente se veem capazes de fazê-lo de maneira adequada e eficiente. A percepção acerca do que a criança precisa permite ao principal cuidador realizar a maternagem com segurança, como bem pontua Winnicott (1950).

Sabemos, ainda, que a assimilação das concepções contemporâneas de cuidados infantis, nas diferentes camadas sociais, está relacionada a diferentes contextos sócio-históricos, e que permanecem em constante transformação ao longo do tempo. Essas novas concepções quanto às necessidades de cuidados diferenciados à infância, e que são atribuídas ao estado de dependência e desproteção da criança pequena, acabaram afetando, em proporções distintas, o olhar sobre a criança em todas as classes sociais (Costa, 2004; Szymanski, 2007). Os entrevistados, que pertencem a classes sociais de baixa renda e que possuem um baixo nível de escolaridade, destacaram a preocupação com a higiene e com a alimentação como algo fundamental para manutenção da saúde infantil. Observamos que a maioria dos entrevistados trouxe esses temas, espontaneamente, logo no início da entrevista.

Nos relatos, fica evidente a clareza com que se reconhece a responsabilidade e as funções inerentes ao papel daquele que se dedica aos

cuidados de uma criança pequena. A fala de cada um dos entrevistados é baseada em concepções de verdade, e que demarcam o que é dado como certo ou errado na relação de um adulto com uma criança. São práticas legitimadas por um sistema de normas, valores e costumes sustentados e transmitidos por meio de vínculos familiares e sociais (Magalhães e Féres-Carneiro, 2007; Vitale, 2007).

4.4.2

Sentimentos relacionados à concepção de cuidados

Os entrevistados revelam que as experiências relacionadas ao cuidar são atravessadas por sentimentos que estão associados à responsabilidade, à insegurança e à culpa. Certamente, a situação de internação de crianças em condições de fragilização da saúde pode levar pais e cuidadores a experimentar tais sentimentos mais intensamente. No espaço da enfermaria, as mães, os pais, avós, ou quem quer que seja o acompanhante, é continuamente observado. Todos os outros acompanhantes observam, fazem comentários e o mesmo acontece entre a equipe multiprofissional que acompanha cada internação. Por isso, cada um deles se sente, em alguma medida, “observado” ou, mesmo, “julgado” diante da própria maneira de cuidar e de proteger as crianças em questão.

Observamos que os cuidadores atribuem ao relacionamento com seus filhos a compreensão de uma fragilidade que é inerente aos primeiros anos de vida de uma criança. Dentre os entrevistados, três cuidadores conseguiam expressar, de alguma forma, que se sentiam responsáveis e culpabilizados pelo agravamento do adoecimento do filho ou por provocá-lo, ainda que acidentalmente. Outros mostravam alguma insegurança frente às próprias posturas e comportamentos na relação com os filhos, e receio de que fossem compreendidos como potencialmente prejudiciais a eles.

“Eu prefiro que ela fique aqui no hospital até terminar a medicação. Porque eu sei que em casa não vão dar na hora certa. É o que aconteceu da outra vez. Então, por isso que eu acho importante ela tá aqui no hospital. Não me importo dela tá aqui mais 10, 15 dias” (mãe Fátima (21 anos); filha Nina (1 ano e 2 meses)).

“Agora que ele caiu, mas do que nunca vou ter mais cuidado ainda. Não pensava de acontecer isso, vim parar aqui no hospital com ele. Agora o cuidado vai ser mais do que era antes (...) É, no caso eu até me achei culpada. Porque eu insisti pra ele vir tomar banho comigo. “Vamos tomar banho”. Acabou que aconteceu isso, antes tivesse deixado ele sujo mesmo. Aconteceu, né? Tudo é tempo de Deus. Não posso fazer nada” (mãe Beatriz (26 anos); filho Mateus (2 anos)).

Quando percebiam que à entrevistadora interessava o que pensavam sobre o assunto e, também, como se davam suas respectivas relações de cuidados com as crianças em questão, passavam rapidamente a uma posição mais confortável e confiante sobre o assunto. As falas revelam referenciais de cuidados tomados por uma convicção absoluta do estado de dependência e desproteção e que caracteriza os primeiros anos de vida. Perceber e atender às necessidades da criança revela a função da mãe suficientemente boa, que sabe como cuidar de seu filho (Winnicott, 1953).

“Todo o cuidado que a criança deve receber é, assim, eu acho o meu filho ele não vai na mão de ninguém. Entendeu? É um cuidado que eu tenho, ele não ir na mão de qualquer pessoa, assim, a gente olhar, observar” (mãe Fábria (18 anos); filho Flávio (9 meses)).

“Por exemplo, uma babá, (...), pra se tornar uma babá, a pessoa fala que é preconceito, não é preconceito, tem que procurar saber quem é a pessoa, os dados, que hoje em dia não podemos confiar em ninguém, pra saber quem é a pessoa, se trabalha, com quem convive, o ambiente que anda. Porque deixa os filho até na creche mesmo, você deixa os filho e tá arriscado acontecer coisas piores. Então, a gente podendo evitar, procurar um parente, que seja também bom, que não maltrate, né? Pra ficar, é bem melhor que fica em creche ou escola, eu acho, é a minha opinião. É por isso que eu estou aqui, eu prefiro ficar aqui, sem dormir, mas eu sei eu sou avó, não vou maltratar. Eu vou dar carinho”(avó paterna Vânia (48 anos); neta Carolina (1 ano e 4 meses)).

Entendemos também que a responsabilidade e as dificuldades relativas aos cuidados e com a criação de um filho são significadas como funções inerentes à maternidade, e que na concepção dos entrevistados confirma-se como uma experiência feminina, sendo tratada em um contexto de naturalidade, como algo que é inato (Badinter, 1985; Lourenço e Deslandes, 2008).

Observamos que a maternidade, para a maior parte das mulheres entrevistadas, consolida-se como uma mudança de posição perante a sociedade, a família e a comunidade onde se vive. Para as mães mais jovens, a maternidade vem confirmar a entrada na vida adulta e o abandono do lugar de filha, a fim de

que possa ocupar-se do lugar de mulher, que tem responsabilidades e autoridade sobre alguém que é totalmente dependente de sua atenção. Para estas mães, a maternidade vai demandar renúncias, mas também pode funcionar como uma experiência que vai convocar o sujeito a um lugar ativo na vida (Celia, 2004).

Para os cuidadores entrevistados, poder cuidar e garantir um desenvolvimento saudável para a criança envolve uma retomada de suas próprias experiências infantis. Por isso, empenham-se em protegê-las de dificuldades que eles próprios tenham vivido, tais como situações de violência de que se viram vítimas. Para a maior parte dos cuidadores, a responsabilidade e o empenho com a alimentação adequada, visitas recorrentes ao médico, maior atenção frente a situações de adoecimento, o cuidado com as vestes, a possibilidade de brincar com filho e de construção de uma relação de afeto, entre outras atitudes, envolvem aspirações de cuidados que elas mesmas tiveram de modo insuficiente (Lourenço e Deslandes, 2008).

“Primeiro acho que, assim, quando pessoas põem uma criança pequena no mundo, no caso claro um pai e uma mãe, acho que eles têm que se preparar para o que uma criança precisa. Primeiro de tudo, eu tiro por mim. Assim, o que eu não tive, acho que fez falta pra mim, acho que pra uma criança ser um adulto bem resolvido depende da infância. Então, acho que os pais, em primeiro lugar, eles tem que resolver, tem que construir o caráter dessa criança enquanto ela é pequena. E as coisas exteriores, né? Boa alimentação, bom estudo, acompanhar o estudo, eu falo isso que é o que eu penso em relação à minha filha. Eu vou passar pra minha filha o que eu acho que é certo” (mãe Aline (25 anos); filha Ana (2 anos)).

4.4.3

Cuidados gerados pelas demandas de afeto

Nas falas dos entrevistados, ao destaque dado aos cuidados físicos, somaram-se outras significações de cuidado com a criança. Alguns sujeitos mencionaram que cuidar envolve, essencialmente, uma relação em que a criança possa receber amor, carinho e atenção. Duas mães trataram da percepção de que o brincar e o lazer também se fazem fundamentais no ato de cuidar na relação dos pais com seus filhos. Os entrevistados revelam a compreensão de que há uma

demanda para além dos cuidados físicos e que diz respeito aos investimentos afetivos, que se constituem em alimento para um desenvolvimento emocional saudável do bebê e da criança pequena. Dessa forma, eles revelam um conhecimento intuitivo e que se aprende, em condições ideais, logo no início da vida, quando também se é cuidado (Winnicott, 2006).

“Ah, em primeiro lugar muito amor e carinho, né?! Mas aí a alimentação, brincar. (...) Eu procuro sempre tá dando em primeiro lugar o carinho pra ele, tanto na hora do banho, na hora da alimentação, sempre tá conversando, mesmo sendo um bebê” (mãe Rosa (33 anos); filho Lucas (4 meses)).

O narcisismo parental é revivido, como sabemos, na relação dos pais com seus filhos e através dos investimentos afetivos feitos na relação com as crianças os pais reivindicam o que perderam ou aquilo que desejavam ter vivido (Freud, 1914; Solis-Ponton e Lebovici, 2004).

“Eu sou a pessoa mais realizada do mundo quando eu estou com meus filhos. Um momento que eu quero só pra mim e não tem nada que me afaste deles. Tudo, como eu falo, me realizei quando eu tive o primeiro e agora com segundo então. A hora em que eu me sinto mais feliz é quando tá a família reunida, entendeu? (...) eu quero ter o meu filho em casa [referindo-se ao filho de 7 anos], quero poder abraçar ele, dá um banho nele, poder jantar com ele, quero tá com ele, se eu puder tá o tempo todo com ele, é só escola e casa, tá o tempo todo comigo, mas como tá crescendo, né?!” (mãe Rosa (33 anos); filho Lucas (4 meses)).

Em seus relatos, os cuidadores demonstram que possuem sensibilidade e empatia, condições fundamentais para que possam perceber e atender minimamente bem às necessidades de apego de suas crianças, respondendo a suas demandas afetivas de ternura. Quando a mãe reage à criança com uma atitude emocional e afetiva, ela permite que o filho viva experiências ricas e responda a elas (Spitz, 1979). Através do estabelecimento de uma base segura de apego, nos primeiros anos de vida, o indivíduo torna-se mais autoconfiante e com maiores chances de estabelecer relações interpessoais saudáveis (Bowlby, 1976, 1979; Pincus & Dare, 1981).

Nas entrevistas, quando se perguntava sobre quais cuidados deveriam ser oferecidos às crianças, algumas pessoas diziam:

“Precisa de muito amor, cara (...) tipo pegar ela no colo, passá aquele amor mesmo, mostrá pra ela que o pai tá com ela, “aqui minha filha, você veio no mundo, mas você não está sozinha no mundo não, teu pai tá aqui, pode contar com teu pai, entendeu? (...) Fica fria que tudo vai dar certo (...) Aquele carinho mesmo de pai e mãe, carinho de irmão, entendeu?” (pai Antônio (35 anos); filha Bruna (2 meses)).

Acho que cuidado pra mim é isso, né?! (...) Criança merece ter carinho, amor, isso não depende da idade não. Acho que pra mim de zero a doze anos, pra mim ainda é criança. Apesar que filho pra mãe nunca cresce ((mãe Beatriz (26 anos); filho Mateus (2 anos)).

4.4.4

O papel das famílias

Na maior parte das entrevistas, deparamo-nos com configurações familiares que se distanciam de um modelo nuclear, em que pai e mãe permanecem casados e morando com seus filhos. A contemporaneidade vem sendo perpassada por configurações familiares distintas do modelo nuclear tradicional (Magalhães, 2009; Dias et al, 2011). Na fala dos entrevistados, ouvimos relatos sobre famílias formadas por membros de três e até quatro gerações vivendo juntos e contribuindo nos cuidados e criação de crianças pequenas. A maior parte dos sujeitos entrevistados vive com suas famílias, em uma mesma casa ou em casas construídas em um mesmo terreno.

“Morava eu, meu filho, minha sogra, o pai do meu filho, o irmão do pai do meu filho, os dois irmãos e o filho do irmão do pai do meu filho e a irmã dele, com os quatro filho dela. Só” (mãe Fábria (18 anos); filho Flávio (9 meses)).

“Eu, meu marido e com meus dois filhos (...) E meus familiares. (...) Ah, no mesmo quintal. Tem mais três casas no quintal. (...) São a minha mãe, que mora com dois irmãos. Tem uma irmã que tem dois filhos. Uma irmã, a outra irmã que é casada, mas não tem filhos” (mãe Rosa (33 anos); filho Lucas (4 meses)).

Algumas crianças moram com apenas um dos pais ou, às vezes, com seus avós permanecendo sob seus cuidados (Vitale, 2007; Dias et al, 2011). De um modo geral, avós e avôs participam consideravelmente dos cuidados ou dividem a criação com os pais das crianças.

“Mora eu, minha mãe, meus dois filhos e meus netos. (...) Cuido, cuido bastante, porque a gente é aquele ditado, né?! A gente tem mais experiência, por eu ter 48 anos e ter os meus problema, então a gente que tem 5 filho, já tem mais experiência do que elas [referindo-se à mãe da neta] que são novas, entendeu?! Então, eu prefiro eu ficar, eu cuidar e ela fica com o outro [referindo-se ao neto mais velho] pra colocar na escola” (avó paterna Vânia (48 anos); neta Carolina (1 ano e 4 meses)).

“Ah, eu tenho, eu tenho 6 filhos, mas só quatro moram comigo. E dois moram com a outra avó. (...) A avó materna. (...) Quem cria é a avó. (...) eu tenho a minha vida também, entendeu? (...) Eu falo pra tu que eu tenho condições de tá toda hora do lado deles, não, não tenho. Aí, eu sei que Deus tá com eles também. A avó deles são maravilhosa! (...) Melhor que a mãe, a avó deles. Por isso, que eu fico com a minha cabeça tranqüila, confio nela. Ótima pessoa, confio nela” (pai Antônio (35 anos); filha Bruna (2 meses)).

Quando o genitor não participa da vida dos filhos, seja em razão da separação conjugal, ou por outro motivo, ainda que a separação dos filhos seja temporária, as figuras masculinas mais próximas desempenham um papel fundamental. Por isso, é comum que avôs, tios, irmãos e primos auxiliem na rotina de cuidados das crianças, dividindo com a mãe as relações de autoridade (Sarti, 2007). É comum que, a partir de uma relação de confiança, vizinhos auxiliem temporariamente, cuidando das crianças na ausência dos pais, levando-as à escola ou à creche.

Há relatos de entrevistados que admitem ter dificuldades em permanecer com assiduidade à frente dos cuidados com os filhos. Uma mãe relatou que precisa trabalhar muitas horas por dia e que, até nos fins de semana, tem pouco tempo para estar com a filha. Outra mãe destacou que seu envolvimento na relação de cuidados com os filhos vem crescendo, mas admitiu que, durante muito tempo, manteve-se inconstante e menos disponível para eles em razão da dependência do uso de drogas e álcool. Bowlby (1976) adverte para os possíveis desdobramentos no desenvolvimento da personalidade infantil, quando os cuidados são descontínuos e inconstantes, especialmente, se a mãe se apresenta menos disponível afetivamente.

“Nos fins de semana, sábado ela passa comigo, domingo ela fica com a minha mãe. Mas, nem todos os sábados ela fica comigo, às vezes eu só vejo ela à noite. Na maioria das vezes, fica com a minha mãe, porque sábado eu trabalho também. Depois eu vejo ela só à noite” (mãe Fátima (21 anos); filha Nina (1 anos e 2 meses)).

“Eu cansei de abandonar eles quatro, cinco dias por causa de drogas. Voltar pra casa assim toda drogada, minha filha já sabia quando tinha usado [referindo-se à filha de 6 anos] (...)” (mãe Beatriz (26 anos); filho Mateus (2 anos)).

Ainda que reconheçam as dificuldades inerentes ao exercício da parentalidade, os cuidadores entrevistados se mostram empenhados e atuantes na criação e nas relações de cuidado com os filhos. Algumas das mães entrevistadas se sentem culpabilizadas por precisarem delegar, sobretudo, às próprias mães e às sogras, a responsabilidade por suas crianças. São soluções encontradas pelos pais para conseguir criar e manter os vínculos com os filhos, pois recebem auxílio em suas funções, mas não se desligam deles. São famílias que, em grande parte, fogem a um padrão de configuração nuclear, e que se esforçam na organização de meios que garantam o cuidado e a proteção dos pequenos. Para os cuidadores entrevistados, pertencem à família todos aqueles com quem se pode contar e confiar os cuidados com os filhos, a família se constitui como rede de apoio e como referência da percepção do mundo social (Sarti, 2007; Vitale, 2007; Dias et al, 2011).

“A minha sogra, eu moro no quintal dela. Eu moro com o pai dela [referindo-se ao pai da filha]. Então, a avó não cuida dela, mas quando não tem creche e eu preciso trabalhar, fica com ela. É, assim, uma pessoa em que eu confio deixar” (mãe Aline (25 anos); filha Ana (2 anos)).

De acordo com os relatos, na vida em família os indivíduos estão comprometidos por laços de afeto e lealdade, exercendo uma função socioafetiva, a família se constitui em referência para o desenvolvimento emocional e refúgio para o desamparo (Menedez e col., 2004; Magalhães e Féres-Carneiro, 2007). A família constitui-se, portanto, como rede social estável em que a criança pode ser acolhida em seu desenvolvimento para, então, vincular-se aos semelhantes e que, muitas vezes, fazem parte de sua vida desde os primeiros anos de vida. Assim, a família contribui para o crescimento e para o amadurecimento de cada um de seus membros (Winnicott, 1967).

“Moro eu, minha mãe, meu filho, ela, meu pai e minha irmã (...) Eles ajudam pra caramba (...) Ah, quando eu tenho que ir pra algum lugar, eles levam ela na escola pra mim, pegam, se tiver que dá banho eles dão, aí eu fico tranqüila (...) o

meu esposo tá comigo, só que ele tá preso, mas ele tá pra saí. Mas quando ele tá solto a gente mora junto” (mãe Simone (31 anos); filha Clara (4 anos)).

“Moro com a minha mãe, meu irmão e os meus dois filhos. Minha mãe me ajuda, meu irmão, todo mundo ajuda lá. Toda minha família ajudar a cuidar, um cuida do outro lá. Agora então, mais do que nunca. Minha mãe tá preocupada, cansa de trabalhar por causa dele. Meu irmão também. Uma vez ou outra tem uma faxina que eu vou fazer” (mãe Beatriz (26 anos); filho Mateus (2 anos)).

“Eu até tenho minhas irmãs, se eu precisar ajudam, mas é como eu falei, eu sou chata, eu quero que eu e ele faça, mas se tiver que alguém ajudar (...) Ah, ligo pra lá: “ah, dá o banho nele”, ou então: “ah, dá comida” (...)” (mãe Rosa (33 anos); filho Lucas (4 meses)).

É através dos vínculos afetivos tecidos nas relações familiares que se consegue oferecer à criança, já nos primeiros anos de vida, relações de apego seguras, o que se confirma nos trabalhos de Bowlby (1973, 1979). Em um contexto familiar, em que as demandas de atenção infantis são atendidas, a criança torna-se capaz de transitar entre os caminhos dos cuidados parentais e de uma vida social. Envoltos nos laços familiares, a criança prosseguirá em desenvolvimento (Winnicott, 1967).

4.4.5

O papel das instituições

Alguns entrevistados ressaltam a importância das instituições, como auxiliares na função do cuidar, especialmente as escolas, as creches e os hospitais. Essas instituições oferecem suporte àqueles pais que precisam trabalhar muitas horas, e também àqueles que têm outros filhos. O funcionamento dessa rede assistencial é ainda mais importante para aquelas famílias em que se observam dificuldades no cuidado com os filhos, seja por falta de comprometimento dos cuidadores ou devido às dificuldades do cuidador em fazê-lo, por não saberem como ou mesmo por motivo de adoecimento. Há, ainda, situações envolvendo uma escassez de recursos e que, entre outras coisas, podem interferir no oferecimento de alimentação ou no uso de medicação necessária. A presença da rede de instituições públicas no funcionamento dessas famílias significa uma forma de o Estado efetivamente mostrar-se presente.

As creches são mais referidas pelos entrevistados do que as escolas. Ainda assim, quando mencionam as escolas, estas são consideradas como local seguro onde os filhos possam ser supervisionados e possam receber cuidados adequadamente.

“Bom, tudo que eu faço com ele em casa, eles fazem com ele na creche. Eles dão banho na hora certa, cafezinho da manhã na hora certa, um lanche, almoço e a janta também. Tudo na hora certa. (...) Fica na creche de segunda a sexta, e agora tão querendo ficar sábado também. Por causa do negócio do bolsa de família, então eles tão querendo que a criança fique até sábado” (mãe Fábria (18 anos); filho Flávio (9 meses)).

A função da rede pública de apoio é primordial, especialmente para famílias pequenas e/ou desestruturadas, em que as mães ou principais responsáveis assumem a criação dos filhos sem qualquer tipo de suporte dos pais da criança. São famílias que sofrem com o desemprego e/ou com rendas instáveis e que são desafiadas a contar com poucos recursos materiais e financeiros (Celia, 2004; Sarti, 2007; Guimarães & Almeida, 2007).

As pessoas entrevistadas, em meio às responsabilidades inerentes à criação de suas crianças, sofrem as conseqüências do desamparo social, econômico, educacional e, algumas vezes, cultural. Ainda assim, nesses contextos, espera-se que os serviços oferecidos pela rede de apoio possam funcionar como um ambiente continente, de modo a viabilizar relações de sustentabilidade e de formação de vínculos. Através da constituição de relações de confiança, a assistência oferecida pela rede pode funcionar como um referencial de identidade para os cuidadores. Com esses recursos, os pais podem sentir-se mais amparados e compreendidos no desempenho de suas funções. O Estado, através das políticas públicas de assistência, aproxima-se das funções da família quando consegue oferecer proteção e amparo ao indivíduo (Celia, 2004; Carvalho, 2007).

“(...) É que nós não tinha, não é que nós não dava atenção a ela. É que nós tratava ela como uma criança normal, nós tratava ela como uma criança normal, igual as outras. É como a médica falou “ela tem que ter mais cuidado do que as outras criança”. (...) A gente tem também que ir lá em La, Lara, Laran, hospital de Laranjeiras. Já temo já com caminhamento, tudo direitinho entendeu? E nós vamos sim. Em nome de Jesus vamos pra lá. E vamos cuidar sim do coraçãozinho dela” (pai Antônio (35 anos); filha Bruna (2 meses)).

Celia (2004) destaca, ainda, que a assistência a pessoas em grandes dificuldades também envolve a promoção da capacidade de autonomia e de resiliência. A partir do acolhimento recebido pela rede de apoio, as mães mais carentes têm maiores chances de responsabilizar-se nos cuidados com os filhos.

“A mais próxima sou eu mesma, quem cuida mesmo sou eu (...) Aí, agora eu paro pra pensar e falo assim “ah, não vale a pena não. Abandonar meus filhos por causa de droga não”. Mesmo porque eu vou morrer e meus filhos vão ficar. Meus filhos vão ficar praí. Foi aí que eu parei. Tomei rumo assim na minha vida. Falei: “Parei!” Falei “drogas tem um montão, farra. Filho só tenho um só!”” (mãe Beatriz (26 anos); filho Mateus (2 anos)).

Vimos que a função das instituições e do Estado na assistência oferecida às famílias nos cuidados e na criação de seus filhos foi desenvolvida a partir da própria concepção da infância, como uma fase diferenciada do desenvolvimento humano, bem como da crescente fragilização das funções da família (Ariès, 1973; Foucault, 1979). As mudanças que se iniciaram nessa época repercutem hoje no processo de criação e educação das crianças (Del Priore, 1999).

4.4.6

Negligência em questão

Na fala dos entrevistados, observamos que a veiculação de informações que definem os tipos de negligência, e outras formas de maus-tratos, permite que a sociedade esteja cada vez mais atenta a respeito dos direitos de uma criança e dos meios de proteção à infância.

Os meios de comunicação são extremamente esclarecedores ao desvelar para população a assustadora frequência com que acontecem situações de maus-tratos contra crianças. A televisão talvez seja uma das principais formas de divulgação das diferentes formas de maus-tratos, especialmente se consideramos a violência física e o abuso sexual. A imprensa interfere significativamente na formação de opinião e de conceitos da sociedade com relação à violência contra criança. Muitos dos cuidadores entrevistados definem os maus-tratos contra

infância por intermédio do que veem noticiado na TV, no rádio, em jornais e em outros meios de comunicação.

“Não adianta você bater, porque não vai levar a lugar nenhum. Espancar, deixar a criança roxa, como muitos casos que passa na televisão, né? Pai que bate na criança demais, mata a criança de tanto bater. Eu acho isso uma violência muito grande. Falta de amor muito grande” (mãe Dalva (24 anos); filha Luciana (3 anos)).

“Ah, eu vejo muito na televisão, na TV nós vê muito, todo dia tem. Só tu liga no Forcolem, (...) É a mãe ganha o neném e não querê o neném, abandona, largado na lixeira. Oh, o que mais acha aí é neném. Hoje em dia, o que mais acha é neném dentro de lixo, no meio dos entulho” (pai Antônio (35 anos); filha Bruna (2 meses)).

A maior parte dos entrevistados sabe o que significa negligência e compreende que essa forma de maus-tratos é danosa ao desenvolvimento infantil. Alguns cuidadores entrevistados, no entanto, apresentam dificuldade em conceituá-la ou mesmo nomeá-la.

“Não, nunca vi não. (...)Eu não tenho nem noção.(...) Nunca ouvi falar, na minha família não. Não faço idéia mesmo” (mãe Simone (31 anos); filha Clara (4 anos)).

Ao longo da entrevista, no entanto, relatavam fatos no dia-a-dia da convivência com os filhos, ou situações envolvendo crianças mais próximas ou distantes de seu convívio, mas que, de alguma forma, eram vitimizadas pela negligência severa ou moderada dos responsáveis. Ainda que relatassem aquelas histórias com preocupação, e considerassem as várias repercussões para a vida das crianças envolvidas, ignoravam o conceito de negligência, ou seja, que também pode ser significada como uma forma de maus-tratos. Os entrevistados relataram situações envolvendo pessoas conhecidas e próximas, já adultas, com dificuldades em manter um convívio equilibrado e saudável em suas relações interpessoais. Entendiam que o sofrimento dessas pessoas era fruto de relações iniciais precárias, indiretamente ou diretamente relacionadas ao que faltava e falhava na infância.

“Não, já ouvi falar sim. Só não sei o que significa. (...) Acho que seja agressão, sei lá. É agressão?(...) Física!? Verbal? É, eu acho que é isso (...) [ao longo da entrevista...] Ih, eu trabalho com criança, e tem o caso lá da Camila coitada. Ela chora muito às vezes, ela tem 4 anos. E os pais são separados, já. Às vezes, eu acho que ela é muito carente, não sei se é de mãe, se é de pai. (...) eu acho que a mãe quase não fica com ela. A maioria das vezes, ela fica com a babá. E, coitada, eu sinto ela muito carente de pai e de mãe, na verdade. (...) Ela fica “tia, eu quero minha mãe. Tia, eu quero meu pai”. Isso mexe mesmo com a cabeça da criança” (mãe Fátima (21 anos); filha Nina (1 ano e 2 meses)).

O abandono, que se caracteriza como forma mais extrema de negligência, foi destacado mesmo por aqueles que julgavam ignorar o conceito de negligência. A atitude de abandonar é ilustrada nas situações em que crianças recém-nascidas são encontradas dentro de lixeiras, e também quando mães, pais, ou responsáveis pouco se envolvem na criação dos filhos, delegando a terceiros a assiduidade dos cuidados e a criação de seus pequenos. Para os cuidadores entrevistados, o abandono de uma criança é inaceitável, quaisquer que sejam as razões que levem uma pessoa a fazê-lo. E, freqüentemente, a mulher é mais culpabilizada e responsabilizada do que o homem, quando se considera qualquer tipo de abandono, o que corrobora com o estudo de Motta (2005).

“Porque acho que pai é pai, mãe é mãe, né? Porque, pior mãe que seja, às vezes, não tem situação, né? Dá pra alguém pra cuidar, melhor do que jogá, assim, no lixo. Porque a criança é inocente, sabe de nada. E eles não vêm, vêm porque a gente também desejou, né?!” (mãe Simone (31 anos); filha Clara (4 anos)).

“Eu, assim, na minha casa tem a minha cunhada que abandonou o próprio filho, deixou pra mãe criar. Eu acho que interfere um pouco isso na criação dele, no modo dele desenvolver, como uma criança da idade dele. Só que minha sogra não vê isso. A gente fala, fala, só que ela não ajuda ele. Eu acho que interfere muito, esse abandono que ocorreu na vida dele. A falta de amor que ele tem, que ele não tem amor da mãe. Amor de vó, vô e tio não é a mesma coisa” (mãe Dalva (24 anos); filha Luciana (3 anos)).

Os entrevistados que conseguiram nomear e definir a negligência com clareza enfatizaram que ela pode estar associada à falta de informações e ao baixo nível de escolaridade. As reflexões trazidas pelos entrevistados confirmam que a desigualdade social acaba interferindo no aumento da pobreza e na falta de informação, e ambas podem afetar a qualidade dos cuidados que os pais oferecem

a seus filhos, ainda que tenham intenção de oferecê-los de maneira eficiente (López & Guaimaro, 2006; Sepulveda, 2006).

“Ah, foi tipo uma virose que ela teve, nesse tempo que viro, que fez muito frio, ela pegou foi uma bronquite forte, o nome da bronquite se chama bronquinite. E ela também nasceu especial, síndrome de downmata. E também nasceu também com pequeno probleminha no coração, um sopro, tendeu? Foi causa disso, esse, esse conjunto de doença que fez ela estar aqui.(...) nós quase perdemos ela, (...) eu vi, eu quase, eu vi minha filha indo embora. Coisas que eu, foi até um susto pra também acordar, despertar” (pai Antônio (35 anos); filha Bruna (2 meses)).

Os entrevistados que abordaram o tema da negligência com maior liberdade enfatizaram, ainda, que essa forma de maus-tratos pode acontecer quando os pais têm conflitos emocionais ou por serem demasiadamente imaturos, o que acaba favorecendo posturas e comportamentos inadequados, insuficientes e que não atendem às demandas infantis. Destacaram que, quando se tem um filho, os pais precisam fazer alguns sacrifícios, o que implica em compreender que a vida precisa se adaptar às necessidades envolvidas na dedicação à criança. Para os cuidadores entrevistados, pais menos preparados são aqueles que têm dificuldades em realizar tais adaptações, pois implicam em uma restrição à liberdade e, conseqüentemente, em um aumento da responsabilidade.

“Essas mães que gosta de sair pra bailes. Eu acho assim, que eu acho assim, desde o momento que você assume a responsabilidade de ser mãe, é só dizer “Ah, eu quero ter um filho”. “Não!” É responsabilidade, é doente, é na educação, é em tudo. Entendeu?! Então, é o que eu acho da negligência, né?” (avó paterna Vânia (48 anos); neta Carolina (1 ano e 4 meses)).

Circunstâncias envolvendo a violência familiar e o desgaste das relações, além do uso abusivo de drogas lícitas ou ilícitas, são consideradas condições adversas pelos entrevistados e que podem favorecer uma relação de cuidados insuficiente do adulto com a criança. A essas realidades, acrescenta-se o stress constante gerado pelo crime, pelo tráfico de drogas e pela necessidade de morar em áreas de risco. (Célia, 2004; Ramaciotti & Oliveira-Monteiro, 2009).

“Ele fica em casa comigo, eu tenho medo. [a entrevistada se refere à violência envolvendo o tráfico de drogas, na comunidade onde vive com os filhos] Só minha filha que estuda. Ela estuda, pega na parte da tarde. Fico louca pra

quando dá a hora dela sair. Tenho maior medo, mas ele não estuda não. Só fica comigo” (mãe Beatriz (26 anos); filho Mateus (2 anos)).

(...) e voltar pra casa, assim, toda drogada, minha filha já sabia quando tinha usado, seis anos.(...) Quando eu vou assim, se eu tiver bebendo, ela já fala, já vai sumir, já vai sumir, né? Ela nem dorme. Ela tem febre, ela fica doente, começa atacar a bronquite (...)É porque ela [a entrevistada se refere à filha mais velha de 6 anos] já não tinha nem mais respeito por mim. Não me respeitava, me chamava de mãe por chamar, mas qualquer coisa que eu falasse com ela, ela falava “você não me manda, você some e me deixa aí”. E aonde eu tinha o direito de falar alguma coisa com ela?! Tava errada, não falava nada. Ouvia calada. Por mais errada que eu seja, eu sou mãe. Mas mais errada ainda, que eu sou mãe” (mãe Beatriz (26 anos); filho Mateus (2 anos)).

Os entrevistados entendem que a negligência interfere negativamente no desenvolvimento infantil, pois as particularidades de cada fase da infância são atendidas precariamente. Para eles, a negligência também acontece quando os pais ou responsáveis têm pouco tempo ou menos interesse na construção de uma relação afetiva com o filho, que acaba participando menos da vida dos pais. Todos esses referenciais de cuidado delimitam a constituição de uma autoestima saudável. Os entrevistados afirmam, em suas falas, que a negligência revela a falta de carinho, de amor, de atenção e de tempo para investir na relação com a criança. A rejeição, a indiferença, a insensibilidade e a desatenção frente às necessidades afetivas da criança são marcantes nas experiências de privação, conforme apontam os estudos de Azevedo e Guerra (2001).

“Acho que isso significa, assim, deixar a criança de lado, abandono. Abandonar uma criança, acho que é isso que está acontecendo com meu filho e o pai dele. Abandono (...) Bom, eu acho que é porque a pessoa não tem muito amor. Entendeu? Não tem aquele verdadeiro amor, não tem aquele carinho com a criança” (mãe Fábria (18 anos); filho Flávio (9 meses)).

A negligência, sobretudo, delimita a experiência de não se sentir amado. Quando se priva uma criança dos cuidados físicos e afetivos suficientemente bons interfere-se em suas relações objetais primordiais, conforme apontam os estudos de Winnicott (1983, 2000) e Bowlby (1976). Nessas circunstâncias, a própria capacidade de amar pode ser afetada, pois a criança se fixa nos tipos de relações objetais que já conhece, ainda que proporcionem insatisfação e sofrimento, conforme pontua Anzieu (1996). A capacidade de amar e a possibilidade de

alcançar relacionamentos interpessoais gratificantes podem se tornar mais empobrecidas.

“A violência pode também ocorrer, assim, falta de atenção, mas, assim, a criança tá pedindo a sua atenção e você não dá. Isso é uma violência extrema com a criança, ela não entende, ela quer atenção, ela quer brincar, ela quer amor, ela quer carinho. (...) As pessoas falam, muitos falam “ah, nada a ver”. Mas tem sim. Tudo que você faz com criança sempre fica guardado ali no inconsciente, e ali ela tem problema mais tarde” (mãe Dalva (24 anos); filha Luciana (3 anos)).

“Negligenciar acho que tem vários, vários significados, mas o mais próximo é deixar de fazer alguma coisa. Deixar, deixar, por exemplo, é básico, basicamente falando, deixar de dar comida, deixar de dar amor e carinho. Às vezes, até a criança fala alguma coisa, por exemplo, a minha filha, ela tava largando a fralda, às vezes ela falava pra mim: “mãe!”, só que eu não tava muito ligada no que ela tava falando. Ela fez xixi no chão. Então, da minha parte também isso podia ser uma negligência. Não é um extremo, mas tudo que você deixa de fazer pelo seu filho, que você deve fazer, eu acho que é negligência. (...) Algumas pessoas não estão preparadas pra ter filho, então, por exemplo, minha mãe, falando de um caso mais próximo, ela era assim teve um monte de filho, pra quando eles crescerem trabalhar pra dar o retorno pra ela, ou seja, uma criança não pede pra nascer” (mãe Aline (25 anos); filha Ana (2 anos)).

4.4.7

Violência física e abuso sexual

A violência física e o abuso sexual são as formas de maus-tratos contra crianças mais abordadas e conhecidas pelos entrevistados. Percebemos que há preocupações comuns com relação ao abuso físico e sexual praticado contra uma criança. No entanto, a violência sexual parece causar maior ansiedade nos cuidadores. A maior parte dos entrevistados reconheceu que teme pela segurança das crianças, e alguns cuidadores disseram que se mantêm mais atentos com relação às crianças mais novas, por serem mais inocentes e por não terem condições de se defenderem. Relataram que pais e responsáveis não devem confiar, incondicionalmente, em pessoas que têm contato com a criança, seja um profissional da creche ou qualquer outra instituição, seja uma pessoa próxima à família ou, até mesmo, algum parente.

Os entrevistados demonstraram perplexidade e horror enquanto falavam da violência sexual, mostrando-se temerosos quanto à possibilidade de uma criança vir a sofrer este tipo de abuso.

“Ah, eu entendo, uma moda horrível, horrível, que eu não sei nem explicar. A gente, tá cada dia acontecendo mais coisa, né?! Até pra você desconfiar pra deixar seus filhos hoje em dia, né? (...) Ah, esse negócio sexual, (...), estuprar, pra mim não tem como” (mãe Simone (31 anos); filha Clara (4 anos)).

A maior parte dos entrevistados referiu situações envolvendo a violência física, a violência psicológica e a negligência, vivenciadas na relação com os filhos, na relação com seus pais ou, ainda, com pessoas mais próximas, familiares ou não. A violência sexual, porém, foi citada como algo que temem que um dia possa acontecer ou, ainda, como um fato marcante na vida de pessoas conhecidas, mas que não pertencem ao núcleo familiar dos entrevistados. Nenhum deles relatou que esta forma de violência tenha se dado em suas famílias. Isso pode estar relacionado aos tabus, às proibições e aos segredos que estão vinculados ao que não se pode conhecer e comunicar sobre o abuso sexual no núcleo familiar.

“Procuro ensinar que é pra ele não confiar. Confiar, mas não confiar em qualquer um, mesmo sendo da família, né?! Porque a gente não sabe. “Ah, é cunhado”, mas tá sempre orientando ele pro dia-a-dia, porque hoje em dia a gente tem muito isso, né?” (mãe Rosa (33 anos); filho Lucas (4 meses)).

(...) É umas mulheres que, às vezes, conhece uma pessoa, por exemplo, eu no meu caso, eu não tenho filha mulher, mas tenho minha neta e tenho meu neto, sou viúva e não penso em ter um parceiro, por quê? Eu tenho medo, que um pai não é igual padrasto (...) Se o pai, eles tão fazendo, e o padrasto? Que que não faria? Não são todos os pais, mas a gente fica com medo (...) Você vê aquele caso que eu vi, que a mãe conheceu um rapaz, colocou ele dentro da casa. Só foi descobrir tempos depois que o padrasto tinha violentado a menina. Eu vejo muita reportagem” (avó paterna Vânia (48 anos); neta Carolina (1 ano e 4 meses)).

Enquanto o abuso sexual é tratado como algo da ordem do interdito, a violência física é referida como inaceitável, sobretudo, quando leva à morte. Em outras condições, ainda que seja vista como algo grave, parece haver alguma tolerância à violência.

“Quando um pai espanca uma criança e deixa ele morrer ali sem prestar socorro. Isso é triste. Foi o que já aconteceu, vários casos na televisão, que machuca a criança, bate na cabeça, não sabe bater, né? Porque pai adora bater, não sabe onde bate, bate no pulmão, bate na cabeça, acaba lesionando a criança

e não presta socorro. Acha que a criança tá sentindo dor de frescura”(mãe Dalva (24 anos); filha Luciana (3 anos)).

A violência física aparece em algumas falas como uma forma de corrigir comportamentos inadequados dos filhos, conforme apontam outros estudos (Deslandes, 1994; Gomes, Junqueira, Silva e Junger, 2002; Delfino et al, 2005 e Vitolo et al., 2005). Os entrevistados acrescentaram também que alguns pais e responsáveis revelam, na violência contra a criança, a insatisfação e a frustração diante de suas próprias vidas, conforme pontuam Azevedo e Guerra (2007). Entretanto, em alguns casos, a violência contra os filhos pode ser decorrente da crueldade dos pais.

“(...) Já vi mãe pega a criança pelo braço que chega até quebra o braço da criança. Isso aí que tem mais na comunidade carente, que tem mais é isso. Na maioria das vezes, (...) vem mais da parte da mãe. Que a mãe tá sobrecarregada, dever de casa, dever doméstico, né? (...) a mãe já tá já com o sistema nervoso alterado, aí quando vai dar uma palmada, vai dar pega uns, erra! É! (...) O pai, maioria das vezes, tão trabalhando. Quando chega de noite, aí passa pra ele. Aí sim, aí que ele vai resolver alguma coisa. Aí, no caso, se não tiver um controle, se não tiver o psicólogo, o psicólogo no lugar, aí ele vai bater de uma tal maneira. Se o pai pega uma criança, talvez ele até mata, né? O pai nervoso”. (pai Antônio (35 anos); filha Bruna (2 meses)).

Para os entrevistados, a violência familiar aponta a falência do lugar de protetor que pertence ao adulto, negando à criança o direito de ser tratada em sua condição particular de desenvolvimento (Day et al., 2003). Os danos da violência física à saúde mental infantil estão diretamente relacionados à fase do desenvolvimento em que se encontra a criança, à gravidade e à frequência das agressões. Aquelas crianças submetidas, recorrentemente, a situações de violência física mais severas estão mais suscetíveis ao desenvolvimento de quadros psicopatológicos mais graves, principalmente quando não recebem proteção adequada da família e/ou do poder público (Vitolo et al, 2005).

“(...) na minha casa mesmo, que eu morava com a minha cunhada. Ela bate nos filho dela, porque os filho dela faz coisas erradas, mexe nas coisa dos outro. (...) o filho dela comeu seis cartelas do meu filho de Danone, e ela botou a mão do filho dela no fogo. Porque ela falou que é melhor ela corrigir do que amanhã ou depois o mundo corrigir diferente (...). Então, ela acha que ela tá certa. (...) E ela não gosta que ninguém se mete (...) Então, só avó mesmo que consegue tirar as

crianças da mão dela, que quando ela pega pra bater ela quer matar” (mãe Fábria (18 anos), filho Flávio (9 meses)).

De acordo com alguns cuidadores, pais que agredem fisicamente seus filhos acabam desqualificando as capacidades da criança. São relações geralmente desrespeitosas, com meios de comunicação empobrecidos e com relacionamento afetivo precário, como destacam os trabalhos de Delfino et al (2005) e Vitolo et al (2005).

“Ah, tem também o caso do meu primo coitado. A mãe dele, minha tia, tão revoltada, (...) ela batia muito nos filhos. O meu primo, ele sofreu muito na mão dessa mãe, porque ela sempre batia mesmo pra valer. E ele sempre saiu, assim, ia sempre no mercado ensacar tudo. E ele também via a miséria da mãe e ela sempre espraguejava as crianças e tal, tudo jogava nas costas deles, e “vai arrumar isso, vai cuidar dos seus irmãos”. Sempre jogou a responsabilidade pra cima deles. Então, hoje ele tá com 15 anos, ele já foi preso 8 vezes só esse ano. (...) E ele sai pra roubar todos os dias. E ele foi e falou que isso que acontece hoje é culpa da mãe dele. (...) Mora na casa de um e de outro, na casa de uns amigos. Não sei se é por causa das agressões, que ela sempre agrediu. Sempre deixou tudo nas costas dele. Ela fala que ela sempre foi o pai e a mãe dos filhos e se ele não ajudasse ela não teria como criar eles” (mãe Fátima (21 anos); filha Nina (1 ano e 2 meses)).

Em famílias mais violentas, freqüentemente, o agressor está bem adaptado àquele tipo de relação. Nesses casos, é fundamental a intervenção da sociedade, do poder público, ou até mesmo de outros familiares.

4.4.8

Violência psicológica

A violência psicológica é dificilmente identificada por pais e até por profissionais que trabalham diretamente com crianças e familiares. Porém, neste estudo, verificamos que os cuidadores destacaram essa forma de violência como sendo profundamente destrutiva e prejudicial ao desenvolvimento emocional infantil, principalmente com relação à constituição da autoimagem. Os pais que agredem os filhos através dessa forma de abuso dificilmente têm consciência dos limites entre corrigir, educar e humilhar. O abuso psicológico recorrente é

igualmente danoso, também, porque a vítima não percebe a violência que sofre (Brasil, 2002; Gomes, Junqueira, Silva e Junger, 2002; Assis e Avanci, 2006; Guerra, 2008).

Alguns entrevistados, inicialmente, não sabiam como definir e em que circunstâncias a violência psicológica costumava acontecer. Apesar disto, abordaram situações envolvendo essa forma de abuso em outros momentos da entrevista, demonstrando que sabiam o que significava, e que compreendiam em que contextos a violência psicológica costuma acontecer, embora afirmando desconhecer os termos violência psicológica e abuso psicológico.

Para os entrevistados, a agressão dos pais aos filhos acontece através de ameaças ou por meio de discursos recorrentes com teor desqualificante e humilhante. A violência psicológica, na maior parte das vezes, revela a incapacidade dos pais em tratar das dificuldades pela via psíquica, dificultando qualquer forma de elaboração e reparação (Almeida Prado, 2009). Segundo os entrevistados, a agressão psicológica produz respostas de medo e impotência naquele que é agredido. Algumas falas revelam a convicção de que a criança se vê enredada e condenada a carregar consigo um mandado transmitido de uma geração a outra, o que produz um futuro irremediável. A fala dos pais traduz uma conotação de maldição. Essa perspectiva parecia assustar os entrevistados, como se tratassem de um destino do qual as crianças vitimadas por essa forma de violência não pudessem escapar, como se não houvesse meios de transformar e dar outros destinos às heranças transmitidas (Magalhães e Féres-Carneiro, 2007).

“Psicológica? Não muito. Sim, existe isso. Porque como lidar com criança é muito complicado. E tem muito pai que não tem estrutura. Tem pai que não tem um grau de estudo, então acaba prejudicando psicologicamente o filho, falando palavras que vão de encontro à mente da criança e causa distúrbio. (...) Tem palavras que você fala pro filho e acaba destruindo ele, até futuramente pra ele desenvolver como futuro pai, uma futura mãe. Vai fazer a mesma coisa que fizeram com ele. (...)Palavras, “você é maldito, pra que você nasceu? Maldita hora que você nasceu!” Esse tipos de palavras são bem pesada. Eu já vi muitas pessoas assim. Meus vizinhos lá, falando esse tipo de palavra pro filho. “ você foi o erro da minha vida”. Esse tipo de coisa, isso é horrível pra criança ouvir uma coisa dessa” (mãe Dalva (24 anos); filha Luciana (3 anos)).

Atribuíaam aos pais que perpetravam essa forma de maus-tratos aos filhos um caráter de crueldade. Concomitantemente, apontavam que compreendiam que essas pessoas tinham problemas sérios na maneira de lidar com as dificuldades da vida e que acabavam sendo transpostas para a relação com os filhos. Destacavam que conheciam histórias de pessoas próximas, algumas já adultas, e que se sentiam pouco amadas, com uma baixa autoestima e com dificuldades de relacionamento interpessoal.

“(...) a violência psicológica, a criança sempre vai se achar menor que todo mundo, na vida de adulto, vai ser sempre o negativo, ele não tem estrutura, não é sólido, é aquela coisa bate e fica. Conheço inclusive essa pessoa, a gente estudava junto, não sei se o pai e a mãe tinham implicância com ele, ele vendia picolé na rua. Aí, a mãe falava “você vai ter que me dar esse dinheiro”. Ele cresceu depressivo, se envolveu com drogas, com traficantes, ele morreu em 2007. Em casa ele não tinha afeto, não tinha nada. Ele chegou a perguntar pra minha mãe “por que a mãe dele não gostava dele?” Ele acabou acreditando que era isso. A criança não tem a mente formada. Se eu falar pra minha filha que ela é burra e não aprende, ela vai se tornar um adulto que é uma pessoa coitada, não vai ter solidez pra enfrentar o mundo” (mãe Aline (25 anos); filha Ana (2 anos)).

5

Considerações finais

Vimos que as mudanças historicamente atribuídas à noção de infância e a compreensão da fragilidade e da dependência de atenção de uma criança permeiam nossas concepções de cuidados com relação aos pequenos. Neste estudo, constatamos que as relações de cuidados e as prioridades estabelecidas na criação dos filhos estão diretamente associadas aos contextos sociais, econômicos e familiares que compõem a construção das relações de cuidados. Há uma preocupação por parte dos cuidadores com os cuidados afetivos, com uma clara percepção de que a criança pequena precisa, sobretudo, de amor e de atenção. Embora em todos os relatos tenham sido destacados os cuidados com o corpo físico, mesmo os cuidadores de bebês acrescentaram que o cuidado com afeto é indispensável.

Apesar do reconhecimento da infância, da fragilidade e da inocência da criança, em pleno século XXI, vemo-nos ainda perplexos diante das inúmeras situações envolvendo violência e abandono de crianças. A constatação de tal realidade, de certo modo, ainda nos aproxima da época medieval em que crianças eram maltratadas, negligenciadas e mortas por diversos motivos, vivendo sem qualquer dignidade.

Para grande parte dos cuidadores entrevistados, os maus-tratos contra crianças ainda são associados, sobretudo, aos abusos físico e sexual. A violência ainda é tratada, por muitos, como fenômeno que deixa marcas físicas e que envolve risco de morte para a vítima, o que nem sempre acontece em situações de maus-tratos por negligência ou por violência psicológica. Cabe ao profissional de saúde estar atento a essas concepções e intervir no sentido do esclarecimento acerca da condição de promoção de saúde.

Todos os entrevistados, e até mesmo aqueles que julgavam desconhecer o que seria a negligência e /ou a violência psicológica, apontaram diversas preocupações com relação às possíveis repercussões que situações de violência contra criança podem ter sobre o desenvolvimento infantil. Alguns cuidadores

ainda destacaram as consequências dos maus-tratos na infância com desdobramentos na vida adulta. Observamos que questões referentes à inadequação, à inconstância e à insuficiência nas relações de cuidados com as crianças estão significativamente relacionadas à falta de esclarecimentos e de informações sobre aspectos fundamentais para o desenvolvimento saudável. Todavia, apesar das dúvidas e das inseguranças presentes nos relatos dos entrevistados, o investimento afetivo e o comprometimento na relação com as crianças mostrou-se o tempo todo presente.

Os resultados dessa pesquisa reafirmam a necessidade de se desenvolver estratégias de atuação junto a essas famílias, a fim de sensibilizá-las e esclarecê-las acerca das particularidades envolvidas no desenvolvimento infantil e que demandam necessidades específicas de cuidado. Para os pais, a possibilidade de reflexão sobre a relação de cuidados que têm com seus filhos só vem confirmar o valor de suas atribuições. Por outro lado, tratar da divulgação de informações sobre as diversas formas de maus-tratos, ou quais são os possíveis desdobramentos da violência sobre o desenvolvimento infantil é também fundamental. Nesse sentido, demanda-se uma ação eficiente e contínua do Estado, e que pode acontecer através do oferecimento de uma rede assistencial que trabalhe no apoio e no acolhimento dessas famílias. Muitas vezes, simples esclarecimentos constituem-se em pequenas demonstrações da delicada função que a rede de apoio assistencial possui junto a essas famílias.

Ouvir e conhecer o que os pais pensam sobre as relações de cuidados com suas crianças e como funcionam as dinâmicas familiares envolvidas; ou, ainda, saber em que contextos sociais vivem essas pessoas; e, até mesmo, conhecer as circunstâncias nas quais as crianças foram submetidas a situações de violência e de negligência, torna-se necessário para os profissionais de saúde que trabalham diretamente com essas famílias.

Muitas vezes, a dificuldade que alguns pais e responsáveis têm nos cuidados com suas crianças estão relacionados à precariedade de cuidados que eles próprios vivenciaram em suas infâncias e que, de alguma forma, acabam sendo reproduzidas na relação com seus pequenos. Em algumas circunstâncias, apesar do investimento afetivo que fazem na relação com os filhos, alguns

cuidadores falham na proteção desses, às vezes por falta de conhecimento, por motivos de adoecimento, e mesmo por total falta de recursos, e acabam sendo acusados de negligência.

Determinadas situações envolvendo a suspeita ou a confirmação de maus-tratos provocam tanta indignação que alguns profissionais de saúde tomam medidas estritamente punitivas em relação aos cuidadores supostamente responsáveis pela violência. A medida protetiva mais frequente é a notificação dos maus-tratos ao Conselho Tutelar. Frequentemente, o Conselho é acionado sem mesmo que todas as partes envolvidas tenham sido ouvidas. Nessas circunstâncias, os vínculos afetivos entre as crianças e os cuidadores são ignorados. Muitas vezes, as crianças são encaminhadas a abrigos, desconsiderando-se as experiências de privação e de desamparo a que podem ver-se submetidas ao serem prematuramente afastadas de seus principais objetos de amor. Pensar as experiências de cuidados com crianças permite aos profissionais que trabalham com famílias, a possibilidade de reavaliarem suas atuações, e poder oferecer suportes assistenciais adequados a contextos específicos.

Obviamente, algumas situações envolvendo a suspeita ou a confirmação de maus-tratos não deixam dúvidas diante da necessidade de afastamento da criança de sua família ou cuidador, a fim de garantir-lhe a dignidade e a própria sobrevivência. É fundamental que o Estado desempenhe sua função de proteção à infância. Entretanto, nem sempre a separação total é a melhor solução para os pais e, principalmente, para as crianças. Em muitas situações envolvendo a vitimização por maus-tratos, principalmente, no caso da negligência, o que se percebe é que essas famílias precisam de apoio, de suporte e de referenciais identitários, a fim de que possam manter-se unidas. Por isso, a melhor continência que o trabalho assistencial pode oferecer à dor daquela criança se dá no auxílio àquela família em dificuldades. Assim, respeitam-se os laços afetivos e investe-se no suporte aos pais para que esses consigam desempenhar minimamente bem suas funções de protetores e de cuidadores junto aos filhos.

Muitas mães e pais criam seus filhos sozinhos, em meio à situação de desestruturação familiar, risco social, uso abusivo de drogas lícitas e/ou ilícitas, condições de vida paupérrimas, entre outras dificuldades. Para essas pessoas, a

relação com um filho pode se constituir em tudo que têm de mais caro. O exercício da parentalidade representa o quanto são capazes de encontrar meios de cuidar de si próprios e de seus filhos, garantindo a manutenção do lar.

Ao pensarmos na situação dessas famílias, mais uma vez verificamos que o poder público tem grande responsabilidade no que diz respeito ao investimento nas redes assistenciais, de modo que essas tenham condições de prestar serviços de qualidade a fim de acolher os cuidadores comprometidos com a criação de crianças.

Nos serviços de saúde, o psicólogo é convocado a oferecer sua escuta às questões práticas, que envolvem uma realidade objetiva, mas também às questões subjacentes ao discurso dos cuidadores, que revela fantasias, medos, heranças familiares, e angústias envoltas nas relações de cuidados.

Os investimentos em futuros estudos voltados para a instrumentalização das práticas assistenciais é fundamental para o desenvolvimento do trabalho junto às famílias de crianças hospitalizadas, e nos contextos que envolvem cuidados, maus-tratos e negligência na relação com as crianças.

Referências bibliográficas

ALMEIDA PRADO, M..C. C. Memória e violência fetal: algumas considerações. In: FÉRES-CARNEIRO, T. (Org.). **Casal e Família: permanências e rupturas**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 273-291, 2009.

ANZIEU, D. El apego a lo negativo. **Revista de Psicoanalysis**, v. 53, n. 4, 831-844, 1996.

ARIÈS, P. **História Social da Criança e da Família**. Rio de Janeiro: Guanabara, 1973.

ASLING-MONEMI, K., PENA, R., ELLSBERG, M.C., PERSSON, L. A. Violence against women increases the risk of infant and child mortality: a case-referent study in Nicaragua. **Bull World Health Organ**. v. 81, n. 1, 6-10, 2003.

ASSIS, S.G. & AVANCI, J.Q. Abuso psicológico e desenvolvimento infantil. In: Brasil. Ministério da Saúde. **Violência faz mal a Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 59-67, 2006.

ASSIS, S. G.; XIMENES, L. F.; AVANCI, J. Q.; PESCE, R. P. **Ansiedade em crianças: um olhar sobre transtornos de ansiedade e violências na infância**. CLAVES/ENSP/Fiocruz: Rio de Janeiro, 2007.

ASSIS, S. G.; AVANCI, J. Q.; PESCE, R. P.; XIMENES, L. F. Situação de crianças e adolescentes brasileiros em relação à saúde mental e à violência. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, Mar./Apr. 2009. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141381232009000200002>, acesso em: 20 mar. 2010.

AVANCI, J. Q; ASSIS, S. G; SANTOS, N. C. dos; OLIVEIRA, R. V C. Escala de violência psicológica contra adolescentes. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, Oct. 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102005000500002, acesso em: 16 ago. 2009.

AZEVEDO, M.A. e GUERRA, V.N. de A. (Org.) **Crianças vitimizadas: a síndrome do pequeno poder**. São Paulo, Iglu Editora, 1989.

AZEVEDO, M.A. e GUERRA, V.N. de A. **Violência Psicológica doméstica: Vozes da Juventude**. Laboratório de Estudos da Criança PSA/IPUSP, 2001. Disponível em: <http://pt.scribd.com/doc/6977141/Maria-Amelia-Azevedo-Violencia-Psicologica-DomEstica-Vozes-Da-Juventude>, acesso em: 10 mar 2011.

BADINTER, E. **Um amor conquistado: o mito do amor materno**. Rio de Janeiro, Nova Fronteira, 1985.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa, Edições 70, 2010.

BENAVENTE, R., JUSTO, J., VERÍSSIMO, M. Os efeitos dos maus-tratos e da negligência sobre as representações da vinculação em crianças de idade pré-escolar. **Análise Psicológica**, Lisboa, Mar. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?pid=S0870-82312009000100002>, acesso em: 22 jan. 2011.

BÉGUIER, I. A parentalidade em psiquiatria geral: do paciente aos pais. In: SOLIS-PONTON, L. (Org.) **Ser pai, ser mãe: parentalidade: um desafio para o terceiro milênio**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 231-236, 2004.

BOWLBY, J. (1973). **Apego e perda: Vol. 2 Separação**. São Paulo: Martins Fonte. 1998.

BOWLBY, J. (1979). **Formação e rompimento dos laços afetivos**. São Paulo: Martins Fontes, 1982.

BOWLBY, J. (1976). **Cuidados maternos e saúde mental**. São Paulo: Martins Fontes, 1995.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Notificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes pelos profissionais de saúde: um passo a mais na cidadania em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRINGIOTTI, M. I. As famílias "em risco" em casos de violência familiar e abuso infantil. **Texto contexto**, v. 14(esp), 78-85, 2005.

CARVALHO, M. C. B. Famílias e políticas públicas. In: Acosta, A. R., Vitale, M. A. F. (Org.) **Família: Redes, Laços e Políticas Públicas**. Cortez: Instituto de Estudos Especiais, 267-274, 2007.

CELIA, S. Maltrato e negligência: intervenção a nível preventivo. Em: LIPPI, J. R. S. (Org.) **Abuso e negligência na infância: prevenção e direitos**. Rio de Janeiro: Editora Científica Nacional, 43-50, 1990.

CELIA, S. Parentalidade e pobreza: uma experiência brasileira. In: SOLIS-PONTON, L. (Org.) **Ser pai, ser mãe: parentalidade: um desafio para o terceiro milênio**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 211-216, 2004.

CHAUÍ, M. Participando do debate sobre mulher e violência. In: **Perspectivas antropológicas da mulher**. Rio de Janeiro: Zahar, 1985.

COSTA, J. F. **Ordem médica e norma familiar**. Rio de Janeiro: Graal, 2004.

DAY, V. P., TELLES, L. E. B., ZORATTO, P. H., AZAMBUJA, M. R. F., MACHADO, D. A., SILVEIRA, M. B., DEBIAGGI, M., REIS, M. G., CARDOSO, R. G., BLANK, P. Violência doméstica e suas diferentes

manifestações. **R. Psiquiatria**, Rio Grande do Sul, Apr. 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rprs/v25s1/a03v25s1>, acesso em: 02 mar. 2010.

DELFINO, V., BIASOLI-ALVES, Z. M. M., SAGIM, M. B., VENTURINI, F. P., A identificação da violência doméstica e da negligência por pais de camada média e popular. **Revista Texto contexto - enferm.** v.14 n.spe, 38-46, 2005.

DEL PRIORE, M. D. (Org.) **História das Crianças no Brasil**. São Paulo: Contexto, 1999.

DESLANDES, S. F. Atenção a crianças e adolescentes vítimas de violência doméstica: análise de um serviço. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 10, supl. 1, 177-187, 1994.

DINIZ, G. & COELHO, V. A história e histórias de mulheres sobre o casamento e a família. In: FÉRES-CARNEIRO, T. (Org.) **Família e Casal: efeitos da contemporaneidade**. Rio de Janeiro: Ed. PUC-RIO, 138-157, 2005.

DIAS, C. M. S. B., ATAÍDE, E. R., MAGALHÃES, K. A. e ALBUQUERQUE, N. C. C. As relações entre as gerações nas famílias chefiadas por idosos. In: FÉRES-CARNEIRO, T. (Org.) **Casal e família: conjugalidade, parentalidade e psicoterapia**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 79-94, 2011.

FÉRES-CARNEIRO, T., PONCIANO, E. L. T. & MAGALHÃES, A. S. Família e casal: da tradição à modernidade. In: C. CEVERNY. (Org.) **Família em movimento**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 23-36, 2007.

FERREIRA, M. P. **Traumas não elaboráveis: Clínica psicanalítica com crianças**. São Paulo: Zagodoni, 2011.

FOUCAULT, M. (1979). **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 2007.

FREUD, S. (1914). À guisa de introdução ao narcisismo. In: **Obras Completas Psicológicas de Sigmund Freud**. Vol. I, Rio de Janeiro: Imago, 1976.

GOLSE, B. O que nós aprendemos com os bebês? Observações sobre as novas configurações familiares. In: SOLIS-PONTON, L. (Org.) **Ser pai, ser mãe: parentalidade: um desafio para o terceiro milênio**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 161-170, 2004.

GOMES, R., DESLANDES, S. F., VEIGA, M. M., BHERING, C., SANTOS, J. F. C. Por que as crianças são maltratadas? Explicações para a prática de maus-tratos infantis na literatura. **Cadernos de Saúde Pública**. v. 18, n. 13, Rio de Janeiro, 707-714, 2002.

GOMES, R., JUNQUEIRA, M. F. P. S., SILVA, C. O., JUNGER, W. L., A abordagem dos maus-tratos contra a criança e o adolescente em uma unidade pública de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 7, n. 2, São Paulo, 275-283, 2002.

GOMES, V. F. & BOSA, C. A. Representações Mentais de Apego e Percepção de Práticas Parentais por Jovens Adultas. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 23, n. 1, 11-18, 2010.

GONÇALVES, H. S. **Infância e Violência no Brasil**. Rio de Janeiro: Nau Editora, 2003.

GONÇALVES, H. S., FERREIRA, A. L. A notificação da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes por profissionais de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 18, n. 1, 315-319, Rio de Janeiro, 2002.

GUERRA, V. N. de A. **Violência de Pais contra Filhos. A tragédia revisitada**. São Paulo: Cortez, 2008.

GUIMARÃES, R. F. & ALMEIDA, S. C. G. Reflexões sobre o trabalho social com famílias. In: Acosta, A. R., Vitale, M. A. F. (Org.) **Família: Redes, Laços e Políticas Públicas**. Cortez: Instituto de Estudos Especiais, 127-135, 2007.

KEHL, M. R. Em defesa da família tentacular. Em: GROENINGA, G. C. & PEREIRA, R. C. P. (Org.) **Direito de família e psicanálise**. Rio de Janeiro: Imago, 163-176, 2003.

KLAUS, M. H. KLAUS, P. H. **Seu surpreendente recém-nascido**. Porto Alegre: Artmed Editora, 2001.

LACAN, J. (1966). O estádio do espelho como formador da função do eu tal como nos é revelada na experiência psicanalítica. In: **Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 96-103, 1998.

LAPLANCHE, J. e PONTALIS, J.-B. (1967) **Vocabulário da psicanálise**. São Paulo : Martins Fontes, 1983.

LIPPI, J. R. S., Apresentação. In: LIPPI, J. R. S. (Org.) **Abuso e negligência na infância: prevenção e direitos**. Rio de Janeiro: Editora científica Nacional, 17-22, 1990.

LOBATO, M. Negrinha. In: **Obras Completas**. São Paulo: Brasiliense, 3-12, 1951.

LOURENÇO, M. A., DESLANDES, S. F. Experiência do cuidado materno e amamentação sob a ótica de mulheres vítimas de violência conjugal. **Revista de Saúde Pública**. v. 42, n. 4, 615-621, 2008.

MACARINI, S. M., MARTINS, G. D. F., MINETTO, M. F. J., VIEIRA, M. L. Práticas parentais: uma revisão da literatura brasileira. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**. v. 62, n. 1, 119-134, Rio de Janeiro, 2010.

MAGALHÃES, A. S. e FÉRES-CARNEIRO, T. Transmissão psíquica geracional: um estudo de caso. In: FÉRES-CARNEIRO, T. (Org.) **Família e casal: saúde, trabalho e modos de vinculação**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 341-363, 2007.

MARCILIO, M. L. A roda dos expostos e a criança abandonada na História do Brasil. In: FREITAS, M. C. (org.) **História Social da Infância no Brasil**. São Paulo: Cortez Editora, 53-79, 1997.

MARTINEZ, G. S. El maltrato infantil: mecanismos subyacentes. **Avances en Psicología Latinoamericana**, Bogotá, jul./dic., 2008. Disponível em: http://www.scielo.unal.edu.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1794-47242008000200005&lng=es&nrm=, acesso em: 20 fev. 2011.

MARTINS, G. D. F., MACARINI, S. M., VIEIRA, M. L., SACHETTI, V. A. R., SEIDL-DE-MOURA, M. L. & BUSSAB, V. S. R. Cuidado Parental e Apoio Social em Mães Residentes na Capital e Interior de Santa Catarina. **Interação em Psicologia**, 13 (1), 25-35, 2009.

MENENDEZ, J. A. B., SOLIS-PONTON, L., CASAMADRID, J., SALINAS, J.L. A parentalidade na etapa mediana da vida. In: SOLIS-PONTON, L. (Org.) **Ser pai, ser mãe: parentalidade: um desafio para o terceiro milênio**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 141-144, 2004.

MINAYO, M. C. S. & SOUZA, E. R., É possível prevenir a violência? Reflexões a partir do campo da saúde pública. **Ciênc. saúde coletiva**, 4 (1), 7-23. 1999.

MOURA, M. L. S. & FERREIRA, M. C. **Projetos de pesquisa: elaboração, redação e apresentação**. Rio de Janeiro: Eduerj, 2005.

MOTTA, M. A. P. **Mães Abandonadas: a entrega de um filho em adoção**. São Paulo: Cortez, 2005.

NUDELMANN, C., HALPERN, R. O papel dos eventos de vida em mães de crianças desnutridas: o outro lado da desnutrição. **Rev. Cienc. Saúde coletiva**. v. 16, n. 3, 1993-1999, 2011.

OLIVEIRA, M. H. P. Violência psicológica doméstica na educação de escritores brasileiros. **Revista Online da Bibli. Prof. Joel Martins**, v. 2, n. 3, 55-67, 2001.

OLIVEIRA-MONTEIRO, N. R. Percursos da Gravidez na Adolescência: Estudo Longitudinal Após uma Década da Gestação. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 23, n. 2, 278-288, 2009.

OCHOA-TORRES, C. & LELONG, I. A função parental: uma abordagem a partir da teoria do apego. In: SOLIS-PONTON, L. (Org.) **Ser pai, ser mãe: parentalidade: um desafio para o terceiro milênio**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 123-132, 2004.

PEREIRA, M., SOARES, I., DIAS, P., SILVA, J., MARQUES, S., BAPTISTA, J. Desenvolvimento, Psicopatologia e Apego: Estudo Exploratório com Crianças Institucionalizadas e suas Cuidadoras. **Psicologia: Reflexão e Crítica**. v. 23, n. 2, 222-231, 2010.

PESCE, R. P.; ASSIS, S. G.; AVANCI, J. Q. **Agressividade em crianças: um olhar sobre comportamentos externalizantes e violências na infância.** CLAVES/ENSP/Fiocruz: Rio de Janeiro, 2008.

PINCUS, L & DARE, C. **Psicodinâmica da família.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1981.

RODRIGUES, S. **Direito civil: direito de família.** v. 6, São Paulo, Saraiva, 1993.

SAFFIOTI, H. I. B. Gênero e Patriarcado: violência contra mulheres. In: VENTURI, G., RECAMÁN, M. & OLIVEIRA, S. (org.) **A mulher brasileira nos espaços público e privado.** Fundação Perseu Abramo, 43-59, 2001.

SAMARA, E. M. **A família brasileira.** São Paulo: Brasiliense, 1983.

SARTI, C. A. Famílias enredadas. In: ACOSTA, A. R., VITALE, M. A. F. (org.) **Família: Redes, Laços e Políticas Públicas.** Cortez: Instituto de Estudos Especiais, 21-36, 2007.

SEPÚLVEDA, M. A., LOPEZ, G., GUAIMARO, Y. Pobreza, Educación Materna y las Metas de Desarrollo para el Milênio. In: RIZZINI, I. (Org.) **Niños, adolescentes, pobreza, marginalidad y violencia en América Latina y el Caribe: relaciones indisociables.** Rio de Janeiro: Centro Internacional de Estudos e Pesquisas sobre a infância (CIESPI), 107-132, 2006.

SZEJER, M. **Palavras para nascer: a escuta psicanalítica na maternidade.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999.

SZYMANSKI, H. Ser criança: um momento do ser humano. In: ACOSTA, A. R., VITALE, M. A. F. (Org.) **Família: Redes, Laços e Políticas Públicas.** Cortez: Instituto de Estudos Especiais, 53-60, 2007.

SOLIS-PONTON, L. & LEBOVICI, S. Diálogo Letícia Solis-Ponton e Serge Lebovici. In: SOLIS-PONTON, L. (Org.) **Ser pai, ser mãe: parentalidade: um desafio para o terceiro milênio.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 21-27, 2004.

SPITZ, R. A. **O primeiro ano de vida.** São Paulo: Martins Fontes, 1979.

SZEJER, M. & STEWART, R. **Nove meses na vida de uma mulher: Uma abordagem psicanalítica da gravidez e do nascimento.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.

TURATO, E. R. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: Construção teórico-epistemológica discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas.** Petrópolis: Vozes, 2008.

VASQUEZ, E. Vulnerabilidad de las niñas y los niños y el gasto social en La infancia en América Latina: cómo hacer viable la vigilancia social por el cumplimiento de los derechos de La niñas? In: RIZZINI, I. (Org.) **Niños, adolescentes, pobreza, marginalidad y violencia en América Latina y el**

Caribe: relaciones indisociables. Rio de Janeiro: Centro Internacional de Estudos e Pesquisas sobre a infância (CIESPI), 45-80, 2006.

VITALE, M. A. F. Avós: velhas e novas figuras da família contemporânea. In: ACOSTA, A. R., VITALE, M. A. F. (Org.) **Família: Redes, Laços e Políticas Públicas.** Cortez: Instituto de Estudos Especiais, 93-105, 2007.

VITOLO, Y. L. C., FLEITLICH-BILYK, B., GOODMAN, R., BORDIN, I. A. S. Crenças e atitudes educativas dos pais e problemas de saúde mental em escolares. **Revista de Saúde Pública.** v. 39, n. 5, 716-724, 2005.

WINNICOTT, D. W. (1956). A preocupação materna primária. In : **Textos selecionados. Da pediatria à psicanálise.** Rio de Janeiro : Imago, 399-405, 2000.

_____. (1960). Distorção do ego em termos de falso e verdadeiro self. In : **O ambiente e os processos de maturação : estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional.** Porto Alegre : Artmed, 128-139, 1983.

_____. (1960). Teoria do relacionamento paterno-infantil. In : **O ambiente e os processos de maturação : estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional.** Porto Alegre : Artmed, 38-54, 1983.

_____. (1962). A integração do ego no desenvolvimento da criança. In : **O ambiente e os processos de maturação : estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional.** Porto Alegre : Artmed, 55-61, 1983.

_____. (1967). **Tudo começa em casa.** São Paulo: Martins Fontes: 2005.

_____. **Os bebês e suas mães.** São Paulo: Martins Fontes, 2006.

_____. (1971). **O brincar e a realidade.** Rio de Janeiro: Imago, 1975.

ANEXO I

Projeto: Cuidados e negligência na infância: o que pensam os pais de crianças hospitalizadas?

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Pesquisadora: Fernanda Viana Martins de Azevedo

Orientadora: Andrea Seixas Magalhães

Prezado(a) Senhor(a):

Vimos através deste documento convidá-lo (a) a participar de uma pesquisa para dissertação de mestrado que está sendo realizada no Estado do Rio de Janeiro, na Pontifícia Universidade Católica (PUC/RIO) sob a orientação da Prof^a Andrea Seixas Magalhães. Esta pesquisa tem como objetivo investigar a compreensão que pais ou principais cuidadores possuem sobre noções de cuidados adequados a serem dispensados a crianças de 0 a 4 anos de idade, assim como sobre a violência e a negligência infantil.

Não há benefícios diretos para os participantes. Sua participação é voluntária. Os dados são confidenciais e serão analisados qualitativamente, sem identificação dos participantes. Apenas os pesquisadores terão acesso direto ao material. Os dados da pesquisa podem vir a ser publicados e divulgados, garantindo o anonimato dos participantes. Não há riscos envolvidos ou despesas e você poderá, a qualquer momento, recusar-se ou desistir da sua participação na pesquisa.

Quaisquer informações adicionais ou esclarecimentos acerca desta pesquisa e sua metodologia poderão ser obtidas a qualquer momento junto a Fernanda Viana Martins de Azevedo (e-mail: fernanda-azevedo-1@hotmail.com) e no Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica da PUC/RJ (tel.: 3527-1185/86), junto à Prof^a Anrea Seixas Magalhães.

Assinatura da pesquisadora

Eu, _____ considero-me informado(a) sobre a pesquisa, nome do projeto. Aceito participar e consinto que o material seja utilizado para fins de pesquisa, ensino e publicação.

Rio de Janeiro, ____ de _____ de 2010

ANEXO II

ROTEIRO DA ENTREVISTA

1. O que você compreende sobre cuidados adequados a serem dispensados a uma criança?
2. Como esses cuidados se dão na sua relação com seu filho(s) em seu dia-a-dia? E, além de você, quem mais participa desses cuidados?
3. Quantas pessoas moram com você e com a criança hospitalizada? E qual o grau de parentesco entre vocês?
4. Você já ouviu falar em negligência? Por que você acha que isso acontece?
5. Como você caracteriza a violência contra criança e que acontece dentro de casa?
6. Como você compreende a violência psicológica na relação entre pais e filhos?
7. Como a negligência e a violência podem influenciar no desenvolvimento da criança? Você conhece alguma situação em que isso tenha acontecido?