

O desenvolvimento da criança e do adolescente e os cuidados de que necessitam

*Tereza Marques de Oliveira*¹
Psicóloga clínica

Sumário: 1. Visão histórica e social da criança e da família. 2. Cuidado e desenvolvimento psíquico. 2.1 Etapa da dependência absoluta: 0-2 anos. 2.2 Etapa de dependência relativa: 1-4 anos. 2.3 Período de latência. 2.4 Puberdade e adolescência. 3. Falhas no cuidado, vicissitudes da maternagem. 4. Os dilemas na caracterização da negligência em sua interface com a psicologia. 4.1 Negligência e pobreza: a importância do cuidado ao cuidador. 4.2 Negligência e prevenção: sinais de proteção na família e na criança. 4.3 A tendência antissocial. 5. Prevenção, fortalecimento de capacidades protetivas e ações integradas: pilares para um cuidado em torno do desenvolvimento. Referências bibliográficas.

1. Visão histórica e social da criança e da família

Realizar uma abordagem histórica das representações de crianças e adolescentes e de suas famílias é fundamental para que não tomemos de forma acrítica, naturalizada, modelos de cuidado, e nos vejamos como autores, atores e espectadores de um processo sociocultural marcado por embates, transformações e possíveis novos horizontes, em que distintas concepções podem coexistir temporalmente. Traçaremos um sucinto apanhado deste processo.

Depois da Segunda Guerra Mundial, houve um crescente interesse pela comunidade científica no estudo e na pesquisa dos diferentes modelos de constituição familiar e como eles interferem no desenvolvimento da criança em todas as idades, inclusive nas mais precoces. O interesse pela infância nessa época visava tanto a prevenção como também técnicas e práticas de atuação dos profissionais e nas políticas públicas de saúde mental.

Mas o conceito de infância, a maneira de dela cuidar, bem como o perfil dos cuidadores nem sempre foram como pensamos hoje, ganhando significados diferentes no decorrer da história da sociedade ocidental. Na Idade Média até o século XVIII, não existia o conceito de infância no imaginário social, ou mais propriamente o “sentimento de infância”, como refere Ariès (1975/2014). Por essa razão, a criança rapidamente passava a conviver com os adultos e participava das atividades sociais como se fosse uma adulta em miniatura.

A inclusão da criança no mundo adulto acontecia tão logo ela sobrevivia aos primeiros seis ou sete anos, período em que a mortalidade atingia o percentual alarmante de um terço das crianças, principalmente no primeiro ano de vida (BADINTER, 1985).

Devido a essa alta mortalidade infantil, os pais evitavam apegar-se aos filhos antes dos sete anos pelo temor de perde-los. Nessa época, não havia o modelo de família

¹ Doutora em Psicologia Clínica pela USP-IP, com formação em Psicanálise da criança pelo Instituto Sedes Sapientiae e especialização em psicopatologia do bebê pela Universidade Paris XII e USP.

nuclear, e os cuidados com a criança eram compartilhados pela comunidade. A infância era vista, somente, como a primeira etapa da vida, sem necessitar de cuidados especiais (ARIÈS, 1975/2014).

A própria maternidade era desvalorizada, ao mesmo tempo em que havia a ênfase dada ao poder masculino, tanto paterno quanto marital (BADINTER, 1985). Ou seja, o homem era percebido como superior e tanto esposa como filho eram submissos a ele.

A partir do século XVIII, ocorrem grandes transformações tanto em relação à organização familiar quanto ao lugar ocupado pela criança na família. Nesse contexto, é de Badinter (1985) a hipótese de que o interesse crescente de um Estado rico e poderoso teve repercussões múltiplas para a sociedade, seus valores e ideologias. Como efeito, a maternidade passou a ser valorizada, e a relação entre pais e filhos mudou sensivelmente.

A autora identifica então o que denominou “mito de amor materno”² (BADINTER, 1985). Trata-se da ideologia que pretendia propagar a valorização dos benefícios e das virtudes da mulher que se dedicava aos cuidados dos filhos, e que prevaleceu por 200 anos, até a metade do século XX.

Com o surgimento da Psicanálise no século XX, as ideias de Sigmund Freud colocam a infância em outro lugar de representação e importância, passando a ser vista como base do desenvolvimento psíquico, da saúde mental e da personalidade através do desenvolvimento da sexualidade. A criança sai então do lugar místico, visto como inocente desde a Idade Média, passando a ter sexualidade e memória. A origem das patologias psíquicas é atribuída a dificuldades e traumas infantis, e o bebê humano é compreendido como um ser desamparado e totalmente dependente de cuidados parentais.

Além da infância, o conceito e a constituição da família também ganham novas configurações. O modelo de família nuclear, em que os pais cuidam de seus filhos, acaba repercutindo em necessidades e dependências que transpassam o processo de desenvolvimento e as aquisições psíquicas na infância. Em virtude dessa nova forma de compreender a constituição do psiquismo da criança, da infância e da família, outras possibilidades de cuidados em função de necessidades especiais passam a ser valorizadas para a formação de meninos e meninas.

Nessa nova organização familiar, as necessidades das crianças passam a ser de responsabilidade dos pais, tendo a mãe o papel de cuidadora e o pai, de provedor. Esse modelo determina funções e papéis rígidos que vigoram até a década de 1950. Porém, como consequência da Segunda Guerra Mundial e da revolução industrial, as mulheres tiveram de participar do mercado de trabalho e reconfigurar seu papel na família, acumulando as funções de provedora e cuidadora. Com o surgimento, na década de 1960, da pílula anticoncepcional e dos preservativos, a sexualidade feminina começou a ir além da procriação, abarcando a possibilidade de controle de sua sexualidade e da maternidade. Houve, ainda, a separação legalizada pelo desquite, nos anos 1980 no Brasil, a aprovação da Lei do Divórcio e a possibilidade de concepção através da reprodução assistida – tudo isso levou à reconfiguração do modelo familiar.

² Com a ascensão da burguesia, operou-se uma mudança ideológica que procurava garantir a sobrevivência dos bebês através do discurso que exaltava o instinto materno. Nesse discurso, a boa maternagem realizada pela mãe era relacionada ao que é da ordem do inato e do natural, instintual tal como ocorre nos animais ou nas populações (supostamente) mais primitivas como as indígenas.

O desejo de ter filhos liberou a mulher e o homem da forma tradicional de relacionamento, podendo se tornar pais de filhos biológicos ou não, abrindo campo para vários desenhos de família, como as reconstituídas, as monoparentais³ e as homoafetivas. Mesmo assim, a função de cuidar e educar os filhos ainda recai, predominantemente, sobre a mulher.

A família atual passou a ser reconhecida juridicamente pelo art. 25 da Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, da seguinte forma: “família natural é a comunidade formada pelos pais ou qualquer deles e seus descendentes (biológicos ou adotados)”, complementado por seu parágrafo único: “Entende-se por família extensa ou ampliada aquela que se estende para além da unidade pais e filhos ou da unidade do casal, formada por parentes próximos com os quais a criança ou adolescente convive e mantém vínculos de afinidade e afetividade”.

Você percebe em sua atuação profissional a diversidade de representações de crianças, adolescentes e famílias? Como isto se repercute na elaboração de suas decisões?

2. Cuidado e desenvolvimento psíquico

Um dos autores que mais pesquisou e estudou o desenvolvimento psíquico e as aquisições iniciais do ser humano foi D.W. Winnicott, pediatra, psiquiatra infantil e psicanalista inglês. Para o autor, desde a vida intrauterina, a criança percorre uma longa jornada que ocorre por etapas de conquistas, as quais são necessárias para o amadurecimento e aquisição de uma personalidade integrada, que implica o sentimento de habitar o próprio corpo, ser capaz de reconhecer os próprios sentimentos e desejos, de diferenciar-se e relacionar-se com o outro e com a realidade compartilhada.

Winnicott, ao estudar as crianças que foram separadas precocemente de suas famílias em decorrência da Segunda Guerra Mundial, observou a importância do ambiente familiar para o desenvolvimento pessoal, da personalidade e da saúde mental, concluindo que quanto mais precoce se deram as separações, mais graves eram os sintomas apresentados pela criança, podendo chegar até a morte.

Além disso, outras crianças, algum tempo depois da experiência de separação, apresentavam comportamentos antissociais que persistiam até se enquadrar no diagnóstico de delinquentes.

Há, portanto, graves consequências às crianças e adolescentes decorrentes de suas separações das famílias, colocando ao juiz situações dilemáticas quando têm de decidir pela proteção da criança ou adolescente.

Para ajudar na fundamentação das decisões, veremos as características principais de cada uma destas etapas e suas implicações em termos de cuidados para podermos, finalmente, avaliar as falhas, faltas e negligência por parte dos pais ou responsáveis.

Winnicott elabora um percurso de desenvolvimento psíquico, que tem início com o nascimento. Nesse momento, “não há um bebê”, segundo Winnicott, pois o que vemos é um bebê sendo cuidado, em um estado de dependência absoluta de alguém que o acolha

³ O Censo Demográfico realizado periodicamente pelo IBGE revelou que o arranjo monoparental feminino (famílias formadas por mães com filhos) passou de 11,5% em 1980 para 15,3% em 2010, enquanto o arranjo monoparental masculino (famílias formadas por homens com filhos) passou de 0,8% em 1980 para 2,2% em 2010.

e o sustente em seus braços, sem que se dê conta disso. A segunda etapa aconteceria entre um e quatro anos, quando o bebê se dá conta de sua dependência do ambiente. E a terceira se estenderia ao longo da vida, pois a independência absoluta nunca é atingida.

2.1 Etapa da dependência absoluta: 0-2 anos

2.1.1 Pré-nascimento

O bebê humano é o mais desamparado dentre todos os seres vivos. Ao nascer, ele traz consigo uma herança genética e um potencial para se desenvolver e crescer, uma “força de vida”, tanto em termos biológicos como psicoemocionais e sociais. Sua sobrevivência, desde o princípio, depende das provisões ambientais, representadas pelos cuidados maternos fornecidos pela presença real e constante de uma mãe suficientemente boa, em estado de “preocupação materna primária” (WINNICOTT, 1956/2000).

Trata-se de um funcionamento esperado na gestante e que se desenvolve ao longo da gravidez, provocando mudanças na mulher. Suas preocupações se voltam predominantemente para tudo o que se relaciona ao bebê – o enxoval, o parto, o hospital... Além disso, é comum ouvi-la falar de sua infância, rememorar sua relação com a mãe e os irmãos.

2.1.2. Nascimento

A natureza prepara o corpo e o psiquismo da mulher para receber seu bebê. Essas mudanças no funcionamento físico e psicológico vão se tornando cada vez mais intensas e podem ser facilmente observadas quanto mais se aproxima o parto. Durante a gestação, ela se torna mais dispersa, mais introspectiva, um pouco desatenta, exigindo cuidados especiais. Esse estado atinge seu ápice nos primeiros dias de vida do bebê. A mãe passa por uma regressão importante, a ponto de se encontrar em profunda sintonia com seu filho para conhecer quais são as suas necessidades ao nascer. Essa adaptação, a princípio, deve ser tão perfeita que o bebê, imerso em seu próprio mundo subjetivo, vive a ilusão de ser ele mesmo quem supre as próprias necessidades.

A maternagem não é, portanto, apenas uma função e tampouco decorrente apenas de um papel, ou de uma condição biológica; deve sim ser exercida por uma “mãe devotada comum” que funciona como ambiente de apoio fornecendo os cuidados de provisão ambiental. Esses cuidados incluem predominantemente dois modos: o *handling* e o *holding*.

O *handling* envolve todos os cuidados técnicos e de sobrevivência, como amamentação, nutrição, higiene, vestuário, proteção ao bebê de estimulações excessivas, convocação e apresentação do mundo ao bebê em pequenas doses de estimulações.

Além dessas provisões, o bebê necessita também e, principalmente, dos cuidados afetivos e emocionais, o *holding*. Se os cuidados técnicos (*handling*) acontecerem com envolvimento afetivo (*holding*), tornam-se uma experiência de estar vivo, possibilitando a construção de uma condição interna de estar imerso em um mundo bom, confiável, protetor, que vale a pena ser vivido, explorado e conhecido.

A mãe não somente demonstra seu amor, mas proporciona um contexto de comunicação, de segurança e confiança para que o desenvolvimento das potencialidades hereditárias, a organização do psicossoma e da personalidade do bebê possam ter início. No desenvolvimento inicial, o que está sendo adquirido é o sentido de integração e existência,

que possibilita sua constituição como um EU. O apoio emocional oferecido pela mãe (objeto/ambiente), identificada com o filho, exercendo *o holding e handling*, dosando as estimulações e excitações internas e (ou) externas, proporcionando alívio das tensões internas e dele cuidando como um ser total e contínuo permite ao bebê a experiência de si mesmo e do EU (*Self*). Isso implica a experiência de existência física e emocional integrada, o habitar no próprio corpo.

A mãe atua como ego auxiliar, dando força ao ego ainda frágil de seu bebê. Segundo Winnicott (1988/1990), através desse cuidado e apoio, a mãe lhe transmite e comunica, de maneira silenciosa, essa segurança e confiança. Apesar de não ter conhecimento dessa comunicação, o bebê registra seus efeitos através da experiência de confiança que ela lhe proporciona.

2.1.3 Primeiras semanas

Uma mãe suficientemente boa, através do suprimento afetivo que fornece, como objeto e ambiente, evita que o bebê, imerso constitucionalmente no desamparo, sofra as dores e as consequências de ser abandonado nessa condição.

As falhas de acolhimento afetivo podem promover ao bebê experiências de caráter traumático e levar a possíveis patologias mentais graves, dentre as quais destacamos as depressões e as psicoses do bebê, além das diferentes formas de tendência antisocial e personalidades *borderlines* no adolescente e adulto (WINNICOTT, 1945/2000; SPITZ 1965/2004).

Por outro lado, a provisão ambiental suficientemente boa, realizada a partir das necessidades do bebê, promove a possibilidade de desenvolvimento da criatividade e saúde mental.

A seguir, discorreremos acerca das conquistas que caracterizam o período da dependência relativa, entre um e quatro anos de vida, aproximadamente.

2.2 Etapa de dependência relativa: 1-4 anos

Na progressão da dependência absoluta para a relativa, o bebê primeiramente estabelece a concepção de EU e não-EU. Essa conquista acontece quando ele pode se dar conta dos cuidados maternos, relacionando-os com suas necessidades pessoais, supridas ou não. Com isso, terá início a discriminação entre a realidade interna-subjetiva em contraponto à realidade compartilhada, abrindo caminho para a próxima etapa: a das relações objetais.

Caso as frustrações, falhas e dificuldades com relação à realidade compartilhada sejam compatíveis e suportáveis com o nível de maturidade do bebê e da criança, à medida que ela cresce e amadurece, podem favorecer o desenvolvimento da capacidade de sonhar, de fantasiar, do processo simbólico e de formação de defesas adaptativas. No entanto, caso essas falhas forem acima do suportável, serão vividas como invasão, o que resultará numa organização defensiva de caráter patológico.

Na etapa de dependência relativa, a agressividade é o veículo por meio do qual o bebê descobre o não eu e percebe o funcionamento do mundo dos objetos e da realidade compartilhada. A agressividade, na sua raiz etimológica, *agredere*, significa “ir ao encontro de”. Aqui, e a princípio, a agressividade não está associada a nenhuma ideia

de maldade ou destrutividade. Para Winnicott (1950/1993), a agressividade dirigida ao objeto, primeiramente, não é intencional, pois não tem o sentido de agredir ou destruir e estaria mais relacionado à motilidade.

Importante destacar que o bebê tem fantasias agressivas com relação à mãe, as quais podem ser expressas por meio de comportamentos, como puxar os cabelos dela, morder o mamilo, dar chutes ou até mesmo mostrar o desejo de destruir uma torre de blocos. Quando esses impulsos agressivos são sustentados e acolhidos pelos cuidadores sem represálias, o bebê pode experimentá-los sem medo e sem culpa, integrando-os ao impulso amoroso, o que possibilita uma rica experiência de estar vivo com todo seu potencial criativo. A figura materna se torna para ele alguém confiável, a quem pode se vincular sem medo dos efeitos de seus próprios impulsos agressivos. Pode, então, reparar os danos que imagina ou que tenha efetivamente causado à mãe. Então, uma nova experiência é vivida pelo bebê, chamada por Winnicott (1962/2002) de *concern*: o bebê passa a se importar pelo sofrimento que imagina dirigir ao seu cuidador.

A experiência com a mãe real e viva possibilita a internalização de uma cuidadora que se enraíza no mundo interno do bebê, passando a ser a mãe interna boa. Winnicott (1950/1993) entende que, quando a criança externaliza sua agressividade com relação à mãe, pode estar testando e brincando com a possibilidade de afastá-la e trazê-la de volta. A sobrevivência da mãe real é uma demonstração de que a mãe interna não desapareceu de seu mundo interno quando atacada em fantasia. Quando a relação é baseada em um vínculo seguro, a separação da criança de sua mãe não provoca necessariamente ansiedade de separação.

A raiva e a tristeza fazem parte desse momento do desenvolvimento. Trata-se de sentimentos mais sofisticados, pois implica a relação EU-OUTRO, que somente acontece no momento posterior de integração da personalidade e da percepção da mãe. A continuidade do cuidador, sobrevivendo quantas vezes forem necessárias, é fundamental para que se constitua um ciclo benigno, no qual o bebê possa experimentar o princípio da realidade.

Em situações nas quais não são possíveis que o bebê seja cuidado pela família, as instituições poderão fazê-lo, levando em consideração os detalhes envolvidos no cuidado, sendo a importância da constância do cuidador e a singularidade de cada criança (suas preferências, humor, ritmos, etc.) fatores essenciais a serem considerados. O amor é expresso nos cuidados singulares. Aí se encontra a raiz da moralidade, da generosidade, do respeito ao outro e da solidariedade.

2.2.1 Rumo à independência

As conquistas do desenvolvimento se dão ao longo de um complexo percurso, sendo que cada um, aos poucos, consegue alcançar uma elaboração do eu como uma unidade, uma capacidade gradual de sentir que o mundo interno e o mundo externo estão relacionados, mas não são idênticos ao eu, o qual é único e particular para cada pessoa.

É essencial que seja oferecida às crianças toda a sorte de atividades lúdicas, pelo fato de serem, ao mesmo tempo, reais e concretas e imaginadas ou sonhadas. Nelas, é possível experimentar os mais intensos sentimentos de todos os matizes, que, de outro modo, seriam reprimidos nos sonhos e jamais recordados. A preparação para o banho, o jantar, a história antes de adormecer tiram a criança desse “espaço do sonhar acordado”. É a presença do adulto que possibilita essa experiência que alimenta a fantasia e a criatividade.

A criança pode, ao mesmo tempo surpreender os pais com sua maturidade e, no momento seguinte, reagir como uma de um ou dois anos de vida, demandando que a mãe volte a mostrar-lhe o mundo de forma mais sutil e delicada, tal qual quando era um bebê, em uma posição de maior dependência. Portanto, neste momento, não há espaço para que os adultos ofereçam uma orientação ou argumentação à criança – a resposta parental precisa ir a outra direção. O adulto, ao oferecer uma resposta continente, não se desespera, não se inquieta, não se deprime, não fica confuso, e sabe que o pedido da criança será passageiro e que ela retomará a sua idade cronológica.

Diante de certas situações da vida, uma criança de cinco anos pode apresentar necessidades de um bebê recém-nascido, tal é a intensidade da regressão à dependência. Essa experiência, em geral, acompanha o filho único quando nasce o irmãozinho. A mãe se encontra então frente à situação inusitada de, durante algum tempo, ter de cuidar de dois bebês, até que o mais velho encontre novamente o seu lugar de primeiro filho.

2.3 Período de latência

No período compreendido entre os seis e dez anos de idade, nada de novo em termos de estruturação da personalidade ocorre. Trata-se de um momento em que a criança utiliza grande parte de sua energia na aprendizagem, nas brincadeiras e nos jogos com seus iguais. A amizade e cumplicidade com os elementos do mesmo sexo são evidentes!

2.4 Puberdade e adolescência

Por volta dos dez anos de idade, a criança inicia uma nova fase do desenvolvimento, a adolescência. As transformações no corpo e na personalidade são tão profundas e transformadoras que provocam uma “crise de identidade” de natureza biopsicossocial! A crise se caracteriza como “dispersão do *self*”, vivências temporárias da perda do sentimento da pessoa que sou. Na adolescência, todas as etapas do desenvolvimento são revividas, com as falhas e os acertos. A crença de que, se os pais e as mães criaram bem seus bebês e crianças, eles darão menos trabalho na adolescência, não se mantém! A família terá de lidar com forças incríveis, incluindo a agressão, os elementos destrutivos e o amor em si próprios. A agressividade é inerente ao desenvolvimento, e os pais devem sobreviver ao seu assassinato (em fantasia). Em compensação, se isso puder ocorrer, o jovem sairá fortalecido e preparado para entrar na vida adulta. Algumas considerações importantes aos Pais e cuidadores da criança menor de cinco anos

Não se questiona a importância e o valor dos ensinamentos teóricos sobre o desenvolvimento e sua importância na prevenção da saúde mental. Entretanto, é fundamental conservar a crença de que a família é local sagrado, não podendo ser invadida, a pretexto de ensinar aos pais a exercerem seus papéis.

A criança de quatro e cinco anos, sadia, que não apresenta nenhuma limitação física, experiencia a sexualidade de maneira integrada, expressando-a de forma simbólica nos sonhos e brincadeiras. Trata-se da expressão daquilo que configura o particular da experiência infantil. Na família, em suas mais diversas configurações, a criança precisa ter pais com quem se identifique. Ela precisa ser livre para expressar suas identificações, sem sofrer qualquer tipo de doutrinação moral ou padrão cultural. A conduta dos pais e as relações recíprocas entre eles, percebidas pela criança, são fundamentais. A criança

vai imitar ou rejeitar os modelos parentais. Nesse sentido, a família cumpre uma função junto à criança que se desenvolve, que é a de sobreviver, permanecer e continuar em frente diante de todo turbilhão de experiências infantis, incluindo o ódio.

Vimos, portanto, uma diversidade histórica de representações de crianças, adolescentes e suas famílias e de que os cuidados dispensados pelos pais não se dão de forma unívoca. Não estamos em uma via de mão única. Como você lida com essa diversidade ao considerar formas distintas de cuidado pelas famílias? Como essa diversidade se apresenta em sua dinâmica de trabalho? De que recursos você se vale para que ela possa se manifestar?

3. Falhas no cuidado, vicissitudes da maternagem

Procuraremos agora refletir sobre as dimensões positivas e negativas das falhas de cuidado para que, nos processos em que for necessária uma decisão, possa-se ter maiores elementos para avaliação e ponderação.

Para Winnicott, no início da vida, a mãe, em “estado de preocupação materna primária”, dispõe-se a suprir todas as necessidades internas e externas do bebê, de modo que este possa viver a ilusão de que é criador de todas as coisas, que nada lhe falta.

O desenvolvimento do bebê se faz por meio de um “continuar a ser”, devido ao amor da mãe expresso nos cuidados suficientemente bons que lhe dispensa. Como o bebê humano, principalmente o recém-nascido, é extremamente dependente do suprimento afetivo e técnico externo, e internamente absolutamente suscetível ao desamparo, qualquer falha desses suprimentos não é sentida por ele apenas dessa forma, mas sim como uma catástrofe, como morte iminente.

Winnicott (1967/1975) denominou esse sentimento “agonias impensáveis”. Mas, se tudo corre bem, o bebê vai reunindo experiência, vai constituindo memórias, seu cérebro vai amadurecendo e sua capacidade de lidar com a frustração vai se tornando mais sólida. A mãe, que no início se encontrava totalmente identificada com seu filho por meio da “preocupação materna primária”, pode então cometer algumas “falhas”, desde que estas se mantenham de acordo com a possibilidade singular de seu filho suportar a situação. Assim, ele deve ter a ilusão de criar o mundo, mas, aos poucos, bem aos poucos, conforme sua capacidade de compreender e de suprir as faltas maternas quer seja em sua fantasia ou atitude, vai sendo desiludido por meio de uma desadaptação crescente e contínua da mãe às necessidades dele. Aí sim a mãe pode falhar, dando ao bebê a oportunidade de desenvolver recursos egóicos para lidar com a frustração.

Podemos dizer então que, ao longo do desenvolvimento, vão ocorrendo **aquisições que enriquecem o mundo simbólico. As falhas maternas possibilitam a introdução da criança na realidade compartilhada**, no mundo que supre, mas também deixa de fazê-lo, trazendo a ela a condição de desenvolver a capacidade simbólica e todos os recursos mentais.

O pai que esteve mais ou menos presente na vida do bebê agora passa a ter um papel, pois é ele que apresenta o mundo ao bebê. As brincadeiras paternas têm um caráter mais intenso ampliando o universo de exploração do bebê. Uma mãe que não falha, não permite ou dificulta a entrada do pai, impede seu bebê de criar internamente um mundo mais compatível com a realidade compartilhada e, ao mesmo tempo, impede que ele construa a si mesmo, suas defesas e seus recursos para relacionar-se consigo e com a vida.

Obviamente, **essas falhas devem acontecer num ambiente de confiança e segurança**. Se tudo ocorrer dessa forma, o bebê vai poder explorar o mundo e seus próprios recursos internos. Porém, caso essas falhas aconteçam antes que ele esteja preparado para suportá-las, ou aconteçam de forma excessiva, temos aqui a porta aberta para um estado de patologia extremamente grave. A gravidade desses quadros será tanto maior quanto mais precoce ocorrerem as falhas, invadindo o mundo interno, ainda indefeso, do bebê.

Temos de considerar que existem vários motivos na vida da mulher que impede de ser uma “mãe suficientemente boa”. Dentre elas, destacamos a falta dos cuidados de uma boa maternagem que ela mesma possa ter sofrido, o que dificulta sua dedicação aos próprios filhos. Porém, **uma vez acolhida, essa mãe poderá retomar sua função e cuidados proporcionando a ambos a oportunidade de resgate e reconquista de suas próprias potencialidades, relacionamento e confiança na capacidade de amar**.

Claro está que é sempre preferível que a própria mãe cuide do bebê, entretanto, quando isso não for possível, caso seja cuidado por outra pessoa, sensível e capaz de empatia, em condições de exercer essa função, uma criança pode crescer saudável, sem que haja prejuízo da estrutura de sua personalidade, podendo encontrar a confiança e vivacidade no mundo e nela mesma.

Em síntese, na perspectiva winnicottiana: o suprimento afetivo e técnico ofertado pela mãe dá ao bebê confiança e segurança no mundo em que habita e nele mesmo, proporcionando desenvolvimento e alegria de viver – um ambiente saudável gera abertura para que o EU do bebê se manifeste.

Caminhando em seu processo de amadurecimento pessoal, com o tempo, o bebê vai conseguindo então distinguir e perceber que ele próprio não supre suas necessidades, as quais lhe são oferecidas (ou não) por alguém. A frustração decorrente do fato de nem sempre tê-las satisfeitas provoca raiva. E é nesse momento em que vai compreendendo (racional e emocionalmente) que a mesma pessoa que o sustenta também falha e frustra, levando-o a reconhecer sua dependência e, conseqüentemente, a desenvolver a capacidade de reprimir seus impulsos agressivos para não danificá-la, de modo que ela possa continuar a satisfazer suas necessidades. Trata-se de um momento fundamental no processo do desenvolvimento, porque o bebê adquire a capacidade de sentir tristeza pelos danos que causa à mãe, tanto a real quanto a interna.

A conquista da capacidade de reconhecer a dependência, de sentir culpa, de reprimir impulsos agressivos, como também reparar danos cometidos às pessoas, começa a ser desenvolvida ainda no primeiro ano de vida. Mas, para isso, **o bebê depende de uma pessoa que não retalie, e sim neutralize os impulsos agressivos a ela dirigidos por meio de acolhimento. Ou seja, a interpretação que a mãe faz desses ataques e a forma como reage a eles configuram a compreensão da criança de sua própria vivacidade ou de sua maldade no relacionamento com o mundo**.

Caso a retaliação prevaleça como forma de lidar com as manifestações de agressividade do bebê, este vive sentimentos de desamparo, retraimento e falta de confiança no mundo e em si mesmo. Assim, em vez de se dirigir ao mundo, ele passa a viver dentro de si mesmo, no seu mundo interno. Essa condição seria o protótipo dos estados autísticos e da depressão.

Confiança e segurança são elementos fundamentais neste processo. Como você os considerava em seus processos decisórios quando tinha de analisar a questão da

responsabilidade parental? Você já vivenciou processos de resgate desta possibilidade de cuidado, de não retaliação, nos processos de atendimento às famílias?

4. Os dilemas na caracterização da negligência em sua interface com a psicologia

Como discorremos na seção anterior, falhas e faltas fazem parte do processo de desenvolvimento emocional e da estruturação da personalidade, referindo-se, na maioria dessas situações, a uma não satisfação dos impulsos do bebê. Porém, também ocorrem falhas que resultam em sofrimento, como na situação de “desapossamento”.

Salientamos a importância do entorno como protetor da mãe em todas as etapas do desenvolvimento primitivo, desde a gestação, para que ela possa se entregar aos cuidados do bebê, identificando-se com ele no desamparo.

Procuraremos refletir agora sobre a negligência em sua interface com a psicologia.

Como disse Winnicott (1970/1989) na palestra “A Cura”, as palavras têm raízes etimológicas e contam uma história! Cura, em suas raízes, significa cuidado. Enquanto negligência significa descuido, falta de cuidado. Assim, podemos concluir que, enquanto o cuidado cura, o descuido ou negligência afeta o desenvolvimento biopsicossocial da criança e do adolescente.

Negligência não é um termo da psicologia, mas de cunho jurídico, embora tenha interface com a psicologia. A psicologia poderá auxiliar na caracterização do que, na negligência, de acordo com o dicionário de língua portuguesa (HOUAISS, 2001), implica em efetiva falta de interesse, de disposição, de motivação; displicência indiferença para com o cuidado da criança, embora se trate de questões subjetivas e pessoais, sujeitas a variações conforme determinados padrões como o contexto histórico, social, cultural e outros.

A consulta à literatura sobre o conceito de negligência mostra que a produção científica sobre o tema aumentou significativamente nos últimos anos. Negligência “pode ser entendida como uma falha na provisão das necessidades básicas da criança e do adolescente decorrente de omissões parentais no cuidar”. (Calheiros, 2006 et al. apud Camilo & Garrido, 2012). Esta conceituação considera a negligência uma “falha” parecendo relativizar ao não fazer referência ao afeto.

Segundo a OMS (2002), “negligência diz respeito às falhas” dos pais em proporcionar – onde os pais estão na posição de fazer isto – o desenvolvimento da criança em uma ou mais das seguintes áreas: saúde, educação, desenvolvimento emocional, nutrição, abrigo e condições de vida seguras. A negligência distingue-se, portanto, das circunstâncias de pobreza, visto que pode ocorrer apenas em casos em que recursos razoáveis estejam disponíveis para a família ou o responsável (OMS, 2002, p. 82). Observamos aqui a preocupação em considerar negligentes os pais que, apesar de terem recursos econômicos, “descuram”.

Por isso, é um conceito que tem merecido uma problematização pelos pesquisadores, como o faz Mata (2017) quanto às denominações de negligência dadas às famílias no cuidado de crianças e adolescentes e suas implicações morais. A autora analisa a negligência segundo três pressupostos. O primeiro pressuposto questionado é a junção da negligência, no contexto da saúde, como parte das tipologias de apresentação das violências interpessoais, consideradas como fenômeno de mesma ordem. Segundo ela, cabe destacar que as categorias que as sustentam são diferentes (intencionalidade/violência e omissão/negligência) com sentido bem distinto. A intencionalidade num ato

de negligência implica indagar se o ato foi voluntário ou involuntário porque, em muitas situações de negligências, os responsáveis não tinham a intenção de causar dano. Por outro lado, ocorrem comportamentos e atitudes conscientes e intencionais de negligência. Os autores se diferenciam em relação ao caráter intencional ou não nas omissões de cuidado. A intencionalidade nas ações de negligência é amplamente abordada na área jurídica (MATA, 2016). O segundo pressuposto envolvido na caracterização de negligência é a crença de que haja, supostamente, um parâmetro de cuidado universal, aceitável socialmente e capaz de suprir as necessidades das crianças e adolescentes. O terceiro pressuposto decorre deste, pois se há um padrão universal todos teriam que seguir. Nascimento (2017) questiona o poder institucional dos agentes e agências de proteção à infância em classificar atos e famílias como negligentes e as consequências que tais denominações acarretam, funcionando muitas vezes como um dispositivo de controle para a adesão às recomendações profissionais. Embora as diferenças culturais sejam reconhecidas, nem sempre são consideradas como existentes na mesma cultura, especialmente as diferenças entre as camadas sociais, que podem divergir bastante daquilo que um técnico espera. Um “cuidado padrão” adotado impede a equipe de singularizar a situação, ou seja, dificulta olhar uma determinada família, com sua história, dinâmica de funcionamento e recursos psicológicos que permitiriam chegar a soluções criativas.

Importante salientar forma menos evidente de falta de cuidado com o chamado “abandono moral”, encontrada nas famílias de classe média, que ocorre em razão da dificuldade dos pais da atualidade de frustrar seus filhos, advinda, talvez, da culpa do adulto por não oferecer à família o que idealizaram. Ocorre que os pais não sustentam o lugar de adulto, de responsável pela criança: “eu cuido de você, eu escolhi este encargo e me responsabilizo por ele, eu posso errar aqui e ali, mas eu não vou te abandonar. O abandono das crianças mimadas de hoje é o abandono moral” (KHEL, 2001, p. 18).

A caracterização de casos como negligência é, portanto, complexa devido às mais diversas limitações, que vão desde sua definição, que é uma implicação negativa, a outras questões que perpassam por condições socioeconômicas, culturais, responsabilização, concepção de família, intencionalidade, modelos de cuidado, tipo de violência, impactos no desenvolvimento infantil, justiça, contexto e gravidade das situações, despreparo da equipe técnica, sem formação específica. Por isso, sustenta-se que esta caracterização demanda um olhar atento e crítico (NASCIMENTO, 2017).

Você reconhece esta complexidade e necessidade de um olhar crítico e atento em sua prática profissional em relação aos casos em que se sugere haver negligência?

4.1 Negligência e pobreza: a importância do cuidado ao cuidador

O que os pais necessitam sempre é ser esclarecidos sobre as causas subjacentes e não ser aconselhados nem instruídos quanto a um método. Todavia, a unidade familiar sadia precisa de ajuda proveniente de unidades mais amplas (WINNICOTT, 1963/1982, p. 211).

Os casos de negligência na infância ocorrem, em sua grande maioria, dentro dos lares e são praticados por seus responsáveis. É fundamental assinalar que são muitas as variáveis que interferem no compromisso dos pais em relação aos filhos. É necessário, considerar a capacidade e possibilidades desses pais/responsáveis de promoverem a satisfação das necessidades aos filhos, pois muitas vezes os responsáveis se encontram em situação de miséria sem poder contar com o básico necessário para garantir a sobrevivência.

Quando se trata de famílias em condição de miséria é muito difícil qualificar tais atitudes, pois não se sabe se de fato é uma negligência ou uma impossibilidade dos responsáveis (MINAYO, 2000). Esta definição considera o contexto em que ocorreu a omissão e também a atribuição de responsabilidade do cuidado é extensiva à sociedade.

Uma pesquisa (2004) feita em berçários, no interior do estado de São Paulo, teve por objetivo caracterizar e entender o problema da negligência doméstica contra a criança. Foram consideradas as seguintes variáveis: composição familiar e relação entre pais e filhos, analisando vínculo afetivo e responsabilidade; condição de vida e trabalho das famílias e a sua história. Evidenciaram-se as dificuldades relacionadas à abordagem da questão da negligência doméstica, que, por geralmente ocorrer no âmbito das relações pessoais e familiares, dificulta sua detecção e intervenção, e também ao fato de que a questão da negligência está intimamente relacionada com as condições estruturais da sociedade e, não raras vezes, a família que apresenta comportamento negligente foi e é também negligenciada pela sua família de origem e pela sociedade, ocorrendo um comprometimento de ordem emocional, que pode incapacitar o estabelecimento de vínculos afetivos e relações interpessoais.

Como “cuidar” de crianças demanda um grande trabalho, muitas vezes é uma “carga” muito pesada para os pais carregarem sozinhos, demandando destes desde recursos morais, financeiros e emocionais, que muitas vezes são limitados ou ausentes e se diferenciam conforme as concepções e hábitos das diferentes camadas sociais. Para piorar, a recessão econômica aumentou significativamente o índice de famílias “multidesafiadas”; isto é, com vários problemas psicossociais (CAMILO; GARRIDO, 2012).

Apesar dos avanços constitucionais voltadas ao atendimento das famílias vulneráveis, as mesmas continuaram sendo, sem dúvida, as que mais sofrem com a responsabilidade de ter que promover o bem-estar de seus membros, já que a carga de responsabilização das famílias continuou a mesma e se não até acrescida (PEREIRA, 2010). O Estado brasileiro, ao colocar a família como primordial no desenvolvimento e promoção do bem-estar dos seus membros e como “lugar essencial à humanização e à socialização da criança e do adolescente” (BRASIL, 2006, p. 15), deveria, ao mesmo tempo, garantir, por meio de políticas públicas, condições para que a mesma pudesse exercer sua função protetiva, mas não as garante.

De acordo com Fávero, Vitale e Baptista (2008, p. 76), a família pobre é ‘premiada’ pela desigualdade social e a sua “inserção em programas sociais, em especial os de assistência social, é reduzida e, quando existente, não é acompanhada de trabalho social”. Em conformidade a isso, as autoras destacam também que a política social para a população pobre está voltada para a concessão de benefícios assistenciais focalizados, ‘os quais têm se transformado em benesses’, proporcionando mudanças incipientes na vida dos usuários, uma vez que ainda não propõe em grande escala a promoção da autonomia familiar (2008, p. 140). Para completar, um aspecto apontado nas pesquisas sobre negligência a ser considerado é o impacto moral e psicológico sobre a família que recebe a denominação de “negligente” e sobre a criança considerada vítima (Rajado, 2012).

Por isso é importante não confundir negligência com pobreza, embora estudos mostrem que são duas condições que se encontram bastante associadas (BAZON et al; 2010). Os pais ou responsáveis devem ser considerados negligentes quando falham em proporcionar cuidados de saúde, nutrição, apoio emocional, higiene, educação, vestimenta e habitação quando estes recursos lhes são efetivamente oferecidos.

Neste contexto, é fundamental que, para a avaliação da capacidade protetiva da família, sejam garantidas condições de atendimento por políticas consistentes, como veremos na unidade 3.

No entanto, na atuação prática, enfrentamos certamente dilemas ao tomar decisões, porque serviços podem não estar disponíveis e precisamos de elementos para poder ponderar maior ou menor risco às crianças e adolescentes.

4.2 Negligência e prevenção: sinais de proteção na família e na criança

Vamos então analisar alguns fatores de risco e de proteção para podermos separar o que é da ordem estrutural e o que é da ordem da negligência individual – e como poderemos melhor responsabilizar famílias, pais e responsáveis, por um cuidado mais adequado a crianças e adolescentes em processo de desenvolvimento, sem descuidar de nosso esforço por fazer com que o Poder Público garanta os recursos necessários à família para que desempenhe adequadamente seu papel protetivo.

Há fatores protetivos do desenvolvimento infantil, classificados por Garmezy (1985, apud DIAS et al, 2005) em três categorias, a saber:

- a) Atributos disposicionais da criança – atividades, autonomia, orientação social positiva, autoestima, preferências, etc.;
- b) Características da família – coesão, afetividade e ausência de discórdia e negligência etc.;
- c) Fontes de apoio individual ou institucional disponíveis para a criança e a família – relacionamento da criança com pares e pessoas de fora da família, suporte cultural, atendimento individual como atendimento médico ou psicológico, instituições religiosas, etc.

No que se refere às práticas parentais saudáveis ou positivas, Gomide (2003) assim as descreve:

- a) Uso adequado da atenção e distribuição de privilégios; adequado estabelecimento de regras; distribuição contínua e segura de afeto; acompanhamento e supervisão das atividades escolares e de lazer;
- b) Comportamento moral que implica o desenvolvimento da empatia, do senso de justiça, da responsabilidade, do trabalho, da generosidade e no conhecimento do certo e do errado quanto ao uso de drogas, álcool e sexo seguro.

Em relação aos padrões adequados e essenciais de interação familiar, Guralnick (1998) aponta três:

- a) A qualidade da interação dos pais com a criança;
- b) Fornecimento, à criança, de experiências diversas e apropriadas ao ambiente físico e social ao seu redor;
- c) Modo pelo qual a família garante a saúde e a segurança da criança, como, por exemplo, levando-a para ser vacinada e dando-lhe nutrição adequada.

Em contrapartida, a literatura reconhece fatores de risco que merecem maior atenção. Em 2002, o Ministério da Saúde definiu os fatores de risco ao desenvolvimento infantil inerente à família e os referentes à criança. No primeiro grupo, temos: a) famílias baseadas em uma distribuição desigual de autoridade e poder; b) famílias nas quais não há uma diferenciação de papéis, levando ao apagamento de limites entre os membros; c) famílias com nível de tensão permanente, manifestado por dificuldades de diálogo e descontrole da agressividade; d) famílias nas quais não há abertura para contatos externos; e) famílias nas quais há ausência ou pouca manifestação positiva de afeto entre pai/mãe/filho; e f) famílias que se encontram em situação de crise, perdas (separação do casal, desemprego, morte, etc.).

Como fatores de risco referentes à criança, a mesma fonte menciona: a) crianças com falta de vínculo parental nos primeiros anos de vida; b) distúrbios evolutivos; c) crianças separadas da mãe ao nascer por doença ou prematuridade; d) crianças nascidas com malformações congênitas ou doenças crônicas (retardo mental, anormalidades físicas, hiperatividade); e) baixo desempenho escolar e evasão.

No contato com as famílias apontadas como negligentes é de fundamental importância que o profissional seja capaz de identificar se as falhas nos cuidados com as crianças e jovens derivam ou não das condições de vida ou se ocorrem exclusivamente pela ação dos cuidadores. (Azevedo e Grana, 1989).

4.3 A tendência antissocial

Um fator de risco descrito por Winnicott é o que designa por tendência antissocial percebida em crianças e adolescentes. Que perspectivas podemos ter das famílias em que estas faltas de cuidados ocorrem?

Foi através da experiência nos abrigos que Winnicott compreendeu a etiologia e o significado dos atos antissociais, desde aqueles considerados “normais” até os comportamentos que fogem ao controle da família, destacando a tendência antissocial.

A tendência antissocial, segundo Winnicott (1939/1999), indica mais do que uma simples carência, indica um *verdadeiro* “desapossamento” – algo que foi positivo na experiência da criança até certa idade e que lhe foi retirado. E essa retirada se estendeu por um período maior, acima do que ela suportaria, para manter viva a lembrança da experiência positiva de cuidado. O autor é enfático em afirmar que, quanto mais jovem for a criança, menor será sua capacidade para manter viva em si mesma a ideia de uma pessoa: “Quer dizer, se ela não vir uma pessoa, ou não tiver provas de sua existência em x minutos, horas ou dias, essa pessoa estará morta para ela” (WINNICOTT, 1939/1999, p. 15).

Importante destacar, ainda, que os atos antissociais acontecem até mesmo nos lares mais saudáveis, em que tudo ocorre suficientemente bem, favorecendo o amadurecimento e a integração psíquica. Assim, o termo tendência antissocial, segundo Winnicott (1939/1999, p. 295).

De fato, uma criança saudável, caso tenha confiança nos pais, usa todos os meios possíveis para se impor. Com o passar do tempo, tende a colocar à prova o seu poder de desintegrar, destruir, assustar, cansar, machucar, manobrar, consumir e apropriar-se. Porém, sua persistência em perseverar aumentará caso duvide da estabilidade da relação com os pais.

Ao constatar que esse quadro de referência se desfez, ela deixa de se sentir livre, torna-se angustiada e, se tem alguma esperança, trata de procurar outras referências fora do lar. Ou seja, procura uma estabilidade externa à qual poderá recorrer para não enlouquecer. A criança coloca à prova o amor de outros por ela, testando a condição e a capacidade da sociedade de contê-la e acolhê-la como seria ou teria sido feito em casa, com a família.

Inconfiabilidade da figura materna e do acolhimento do mundo aos seus impulsos agressivos torna o sentimento de culpa intolerável, e faz a criança retroceder para antes da inibição do impulso agressivo. Nesse retrocesso, ela perderia as experiências iniciais que possibilitaram que a integração entre os impulsos amorosos e agressivos se efetuassem, o que prejudica o senso de responsabilidade.

A tendência antissocial, portanto, implica esperança, justamente por ser um pedido de ajuda.

Quando volta a confiar no ambiente, manifestando a esperança através de comportamentos antissociais, a criança testa repetidamente a capacidade do ambiente de tolerar a agressão, sem vinganças ou retaliações.

Nos casos em que um trabalho psicoterápico se faz necessário, um bom indicador de que a criança ou o jovem poderá se beneficiar do tratamento é quando nega o ato antissocial cometido; de fato, ela não sabe o motivo que a levou a se comportar daquela forma, sofrendo de uma compulsão. A presença do sofrimento é um forte indicador de que poderá receber ajuda. O fato de não se lembrar da experiência de privação original é porque essa experiência ficou dissociada, mas pode ser integrada quando seu pedido de ajuda for escutado, e a esperança não for frustrada. A dissociação, diferente da cisão, não causou um transtorno da personalidade, mas distorceu o caráter (WINNICOTT, 1939/1999).

Como dissemos anteriormente, a capacidade de reparação e reorganização das dificuldades oriundas de faltas, falhas, privação e deprivação são possíveis tanto para a criança como para quem cuida dela. Cuidados reparam, reconstituem, reorganizam as perdas, a angústia, o desamparo e outros sentimentos e condições patológicas.

Em síntese: em um extremo da tendência antissocial estão as condutas perturbadoras, que podem ser consideradas normais pela família, enquanto esta consegue administrá-las e conviver com elas; no outro, está o psicopata criminoso. Numa sequência, teríamos a tendência antissocial normal, passando àquela que foge à normalidade (roubo, destrutividade), podendo ser chamada “desajuste”, delinquência; mas, quando essa tendência é considerada incontrolável, no grau seguinte, temos os quadros de delinquência (WINNICOTT, 1965).

A tendência antissocial assume um caráter patológico, e a recuperação se torna difícil quando o jovem aprendeu a tirar “partido” dos seus atos, sendo impelido “a corrigir e a fazer com que a família ou a sociedade corrija a omissão que foi esquecida. O ato antissocial pertence a um momento de esperança numa criança que está, sob outros aspectos, sem esperança” (WINNICOTT, 1939/1999, p. 295-96).

Na base da tendência antissocial está a negligência da família, do estado, do país, do mundo! Em sua tristeza, a criança não conta mais com o objeto, com o qual um dia pôde contar, dentro de si, pois a perda ocorreu antes que esse alojamento pudesse acontecer. Assim, passa a busca-lo no seu meio, em completa solidão. Contudo, através do seu ato, mostra que, em algum lugar dentro de si, a esperança e o ressentimento estão vivos.

Você trabalhava com critérios para definição de proteção e risco? Eles podem ajudar em sua prática profissional para a adoção de estratégias preventivas?

5. Prevenção, fortalecimento de capacidades protetivas e ações integradas: pilares para um cuidado em torno do desenvolvimento

Nosso curso tem por foco a responsabilidade parental e estatal para a garantia de direitos de crianças e adolescentes à convivência familiar e comunitária.

Estudos sobre as consequências do mau trato e negligência sobre o desenvolvimento mostram que o sujeito fica comprometido, apresentando atrasos no desenvolvimento físico e cognitivo bem como no estabelecimento de vínculos afetivos. A capacidade de simbolização dos pais é que garante a comunicação afetiva entre pais e bebês e estabelece vínculos seguros. As pesquisas sobre a formação do apego às figuras primárias mostram que o padrão de vínculo dos pais é transmitido aos filhos através da maternagem (FONAGY, 1999). Pesquisas recentes relacionadas com a transmissão de conteúdos psíquicos intergeracional referem que um terço (entre 25% e 35%, dependendo dos estudos) das crianças abusadas ou negligenciadas tornam-se abusadores ou negligentes na relação com seus descendentes (Formosinho & Araújo, 2002 apud Amaral 2012).

É um tema grave, com impactos para a vida das crianças, para a vida na sociedade. É preciso reverter esse ciclo maligno de perpetuação da negligência através de um trabalho preventivo. Quando mulheres grávidas, vítimas de abuso sexual, violência física ou moral podem ser escutadas e acolhidas, elas têm a possibilidade de construir uma narrativa da experiência e elaborar. Os estudos mostram que, quando esse trabalho é realizado durante a gestação, o vínculo com o bebê é construído e fortalecido; e as mães conseguem exercer a maternidade, sem reproduzir as próprias experiências de negligência a que foram submetidas (FRAIBERG, 2015).

Uma das maiores preocupações no âmbito de proteção às crianças e aos jovens refere-se, justamente, à negligência parental e aos fatores de risco a ela associados. Como medida primeira, busca-se a “preservação familiar”; isto é, a manutenção da criança na família, fortalecendo as competências desta, impedindo, assim, a institucionalização da criança. E espera-se que as instituições, diante dessa situação, acionem todos os recursos disponíveis, a fim de evitar as separações, cujas consequências nefastas vêm atualmente levantando controvérsias entre os estudiosos do desenvolvimento. Isto porque, ainda que a criança siga acompanhada em sua família por profissionais capacitados em atenção primária básica, não estaria garantida a sua proteção em relação aos fatores de risco, pois, em geral, são famílias em condição de precariedade extrema, com questões pessoais de natureza múltipla, sujeitas a crises constantes.

É fundamental, portanto, que a ação de proteção à criança acione o suporte social e as redes de apoio à família pela comunidade. Este apoio pode ser formal, vindo de instituições governamentais, políticas públicas ou não, como das ONGS e comunidades religiosas; ou informal, como a rede de vizinhos, amigos e familiares próximos. E o Judiciário tem um papel importante neste processo, ao atuar de forma integrada com outros atores, para que esta atuação preventiva e precoce possa ocorrer e prosseguir de forma consistente, com monitoramento, uma vez que a criança estará exposta aos fatores de risco tanto internos quanto externos, que aumentam a probabilidade de que venha a sofrer negligência.

Não se trata, portanto, de uma área em que as situações sejam lineares. O trabalho com famílias visando a garantia de direitos de crianças e adolescentes demanda ponderação, olhares compreensivos, críticos, multidimensionais e interdisciplinares, com envolvimento de toda uma rede, articulada, de atendimento.

Referências bibliográficas

- ARIÈS, P. (2014). *História social da criança e da família*. Rio de Janeiro: LTC. (Trabalho publicado originalmente em 1975).
- BADINTER, E. *Um amor conquistado: o mito do amor materno*. Tradução de Waltensir Dutra. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985.
- BAZON, M. R. et al., Negligência infantil: Estudo Comparativo do Nível Socioeconômico, Estresse Parental e Apoio Social. *Temas psicol.* vol.18 no.1. Ribeirão Preto, 2010.
- BRASIL. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências.
- BRASIL. Plano Nacional de Promoção, Proteção e Defesa do Direito de Criança e Adolescente à Convivência Familiar e Comunitária. Brasília: MAS; SEDH; CONANDA; CNPAS; 2006.
- CALHEIROS, M. M. (2006). A construção social do mau trato e negligência parental: Do senso comum ao conhecimento científico. Coimbra: Fundação Calouste Gulbenkian [apud] GARRIDO, M. V.; CAMILO, C. *Negligência parental: Uma abordagem experimental a problemas comunitários*. In-Mind_Português, 2012, Vol.3, N.º 1-4, 1-14.
- DIAS, E. O. A trajetória intelectual de Winnicott. *Revista Natureza Humana*, v. 4, n. 1, p. 111-156. 2002.
- FÁVERO, E. T.; VITALE, M. A. F.; BAPTISTA, M. V. *Famílias de crianças e adolescentes abrigados: quem são, como vivem, o que pensam, o que desejam*. São Paulo: Paulus, 2008.
- FONAGY, P. (1999) Transgenerational consistencies of attachment: A new theory. *Revista de Psicoanálisis*, vol. 3. Disponível em: <http://psychematters.com/papers/fonagy2.htm>. Acesso em: 2018.
- Fraiber, S; Adelson, E; Schapiro, V. (1975). Ghosts in Nursery: a psychoanalytic approach to the problem of impaired infant – mother relationships. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 14. Tradução: Iara de Souza Noto; Tania Mara Zalcberg, março 2015.
- GABEIRA, T.R.; ZORNIG, S. A. Os eixos do cuidado na primeira infância. *Cadernos de Psicanálise*. CPRJ, Rio de Janeiro, v. 35, n. 29, p. 143-158, 2013.
- GURALNICK, M. J. Effectiveness of early intervention for vulnerable children: A developmental perspective. *American Journal of Mental Retardation*, 102(4). 1998. 319-345.
- HOUAISS, Antônio; VILLAR, Mauro Salles. *Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa*. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001.
- KHEL, M.R. Lugares do feminino e do masculino. In: *A criança na contemporaneidade e a Psicanálise*. Casa do Psicólogo, 2001.
- KREISLER, L. A expressão somática na psicopatologia do bebê. In: *A Nova Criança da Desordem Psicossomática*. Casa do Psicólogo, 1999.
- MAIA, J. M. D.; WILLIAMS, L. C. A. (2005). Fatores de risco e fatores de proteção ao desenvolvimento infantil: uma revisão da área. *Temas em Psicologia*, 13(2), 91-103. Recuperado em 05 de agosto de 2018. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?Script=sci_arttext&pid=S1413-389X2005000200002&lng=pt&tlng=PT.

- MATA, N. T. *Afinal o que é negligência?* Um estudo sobre negligência contra crianças. (Dissertação de mestrado). Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 2016.
- MINAYO, M. C. S. *Violência e Criança*. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, p. 95-113, 2000.
- NASCIMENTO, M.L (2012). *Abrigo, pobreza e negligência: percursos de judicialização*. Psicologia & Saúde; 24: 34-44.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). *Relatório mundial violência e saúde*. Genebra: OMS, 2002.
- RAJADO, H. I. F. B. *Negligência nos cuidados infantis – Como identificar... Como atuar...* (Mestrado em Educação para a Saúde). Escola Superior de Educação. Instituto Politécnico de Coimbra. 2012.
- SOUSA, F. J. S.; SUCUPIRA, A. C. S. L.; AGUIALR, I.S.M.; MESQUITA, V. A. L.; SALES, E. N. B. G. (2012). *Programa trevo de quatro folhas: uma ação efetiva para a redução da mortalidade infantil em Sobral – Ceará*. SANARÉ, Sobral, v.11, n.1, p. 60-65.
- SPITZ, R. (2004). *O primeiro ano de vida*. 3ª edição, São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1965).
- STAMATO, T.J. *A família e a questão da negligência: papéis atribuídos e relações estabelecidas*. Dissertação de mestrado, 2004.
- WINNICOTT, D.W. (1975). O papel do espelho da mãe e da família no desenvolvimento infantil. In: WINNICOTT, D. W. *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1967).
- WINNICOTT, D. W. (1982). *Da dependência à independência no desenvolvimento do indivíduo*. Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1963).
- WINNICOTT, D. W. (1989). A cura. In D. Winnicott. *Tudo começa em casa*. São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1970).
- WINNICOTT, D. W. (1990). *Natureza humana*. Tradução Davi Litman Bogomoletz, Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1988).
- WINNICOTT, D. W. (1990). Localização da Psique no Corpo. In: WINNICOTT, D. W. *Natureza Humana*. Tradução Davi Litman Bogomoletz, Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho originalmente publicado em 1988).
- WINNICOTT, D. W. (1993). A agressão e sua relação com o desenvolvimento emocional. In: WINNICOTT, D. W. *Da Pediatria à psicanálise: obras escolhidas*. (p. 355-374). (Trabalho original publicado em 1950).
- Winnicott, D.W. (1994) A Comunicação entre o Bebê e a Mãe e entre a Mãe e o Bebê: Convergências e Divergências. In Winnicott, D. W. *Os bebês e suas Mães* (Trabalho original publicado em 1968).
- D. W Winnicott. (1999). *Privação e delinquência*. São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho originalmente publicado em 1939).
- WINNICOTT, D. W. (1999). Evacuação de crianças pequenas. In: D. W Winnicott, *Privação e delinquência*. São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho originalmente publicado em 1939).
- WINNICOTT, D. W. (1965). Dissociação revelada em uma consulta terapêutica. In: D. W Winnicott, *Privação e delinquência*. São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho originalmente publicado em 1939).

WINNICOTT, D. W. (2000). Desenvolvimento emocional primitivo. In: D. W. WINNICOTT. *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas*. Rio de Janeiro: Imago. (p. 218-232). (Trabalho original publicado em 1945).

WINNICOTT, D. W. (2000). Aspectos clínicos e metapsicológicos da regressão dentro do setting analítico. In D. W. Winnicott. *Da Pediatria à Psicanálise: Textos selecionados*. Rio de Janeiro: Imago. (p. 374-392). (Trabalho original publicado em 1955).

WINNICOTT, D. W. (2000). A preocupação materna primária. In: WINNICOTT, D. W. *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas*. Rio de Janeiro: Imago. (p. 399-405), (Trabalho original publicado em 1956).

WINNICOTT, D. W. (2002). O desenvolvimento da capacidade de envolvimento. In: WINNICOTT, D. W. *Privação e delinquência*. São Paulo: Martins Fontes. (p. 111-117). (Trabalho original publicado em 1962).

WINNICOTT, D. W. (2006). *Os bebês e suas mães*. São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1987).

