

UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE
INSTITUTO DE CÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS
CURSO DE GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

FERNANDA DE SÁ OLIVEIRA

**A NEGLIGÊNCIA INFANTIL NA PERSPECTIVA DA PSICANÁLISE
WINNICOTTIANA**

Volta Redonda

2017

FERNANDA DE SÁ OLIVEIRA

**A NEGLIGÊNCIA INFANTIL NA PERSPECTIVA DA PSICANÁLISE
WINNICOTTIANA**

Monografia apresentada ao Curso de Psicologia da Universidade Federal Fluminense, como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Psicologia.

Orientador:

Prof. Dr. Antônio Augusto Pinto Junior

Volta Redonda

2017

Ficha Catalográfica Elaborada pela Biblioteca

FERNANDA DE SÁ OLIVEIRA

**A NEGLIGÊNCIA INFANTIL NA PERSPECTIVA DA PSICANÁLISE
WINNICOTTIANA**

Monografia apresentada ao Curso de Psicologia da Universidade Federal Fluminense, como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Psicologia.

APROVADA EM ____ Julho de 2017.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Antônio Augusto Pinto Junior (Orientador)- UFF

Prof. Dr. Priscila Alves - UFF

Prof. Dr. Cláudia Henschel De Lima – UFF

Volta Redonda

2017

EPÍGRAFE

O ambiente favorável torna possível o progresso continuado dos processos de maturação. Mas, o ambiente não faz a criança. Na melhor das hipóteses, possibilita à criança concretizar seu potencial.

Donald Woods Winnicott

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, por fornecerem todo o apoio para a concretização desse sonho.

Aos meus admirados professores do curso, por transferirem seus conhecimentos e as diferentes abordagens da Psicologia.

Ao meu orientador, Antônio que com sua dedicação, paciência e atenção, me auxiliou a escrever essa monografia.

Ao meu noivo, Gustavo pelo seu carinho e cuidado pelo apoio nessa jornada.

Aos meus pacientes, que colaboram para meu aprendizado na área clínica.

RESUMO

A Violência Doméstica contra Crianças e Adolescentes (VDCA) nos dias atuais é considerada um problema não só social, mas também de saúde pública e se manifesta por diferentes modalidades. Essa monografia trata de uma das formas de VDCA, ou seja, a negligência infantil, entendida como omissão dos cuidados dos pais ou responsáveis perante as necessidades apresentadas pela criança. Nesse trabalho são apresentadas as características bem como suas consequências para o desenvolvimento infantil. Para o entendimento desse fenômeno utilizou-se a teoria psicanalítica de Winnicott, mais precisamente a sua teoria do desenvolvimento emocional primitivo, que considera que todo ser humano tem a tendência inata a se desenvolver, mas precisa de um ambiente facilitador e suficientemente bom para que isso aconteça de forma saudável. Com o objetivo de contribuir na área da intervenção clínico-institucional de crianças negligenciadas discute-se o lugar e a função da relação analítica e também das instituições de acolhimento como instrumentos que podem fornecer a esses indivíduos a possibilidade de retomada ao processo de desenvolvimento.

Palavras-chave: violência doméstica, negligência, Winnicott, desenvolvimento emocional primitivo.

ABSTRACT

Domestic Violence against Children and Adolescents (DVCA) nowadays is considered a problem not only social but also public health and is manifested by different modalities. This monograph deals with one of the forms of violence, that is, child neglect, understood as an omission of the care of parents or guardians against the needs presented by the child. In this work, the characteristics and their consequences for child development are presented. Winnicott's theory of psychoanalysis, more precisely his theory of primitive emotional development, was used to understand this phenomenon, which considers that every human being has the innate tendency to develop, but needs a facilitating and good enough environment for this to happen in a healthy way. With the aim of contributing to the area of clinical and institutional intervention of neglected children, the place and function of the analytical relationship and also of the host institutions are discussed as instruments that can provide these individuals with the possibility of resuming the development process.

Keywords: Domestic Violence, negligence, Winnicott, Primitive emotional development

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 A INFÂNCIA E VIOLÊNCIA DOMÉSTICA: DEFINIÇÕES E CARACTERIZAÇÃO	12
2.1 A INFÂNCIA NA HISTÓRIA DAS SOCIEDADES OCIDENTAIS.....	12
2.2 A VIOLÊNCIA CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES	14
3 NEGLIGÊNCIA E A PSICANÁLISE WINNICOTTIANA	20
3.1 A NEGLIGÊNCIA: CARACTERIZAÇÃO DO FENÔMENO.....	20
3.2 AS CONSEQUÊNCIAS DA NEGLIGÊNCIA	24
3.3 A PSICANÁLISE DE WINNICOTT	25
4 INTERVENÇÕES CLÍNICO-INSTITUCIONAIS COM CRIANÇAS NEGLIGENCIADAS À LUZ DA PSICANÁLISE WINNICOTTIANA	33
4.1 A CLÍNICA WINNICOTTIANA: BASES TEÓRICAS.....	33
4.2 INTERVENÇÕES CLÍNICO-INSTITUCIONAIS COM CRIANÇAS VÍTIMAS DA NEGLIGÊNCIA.....	37
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	41
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	42

1. INTRODUÇÃO

A literatura acerca da violência doméstica contra crianças e adolescentes em suas várias modalidades (física, psicológica, verbal e negligência) pode ser observada no Brasil desde a década de 70, sendo esse fenômeno considerado hoje um problema social e também de saúde pública. A partir disso, surgiram legislações e programas de atendimento às vítimas, visando ao cuidado e proteção das crianças e adolescentes.

Entretanto, o enfrentamento desse problema ainda é bastante difícil, pois se trata de um problema configurado na família, enquanto espaço privado, e por isso mesmo atravessado por poderosos pactos de silêncio, que impedem a denúncia e a notificação aos órgãos competentes. Além disso, no meio acadêmico não há consenso acerca de sua conceituação e caracterização, o que pode dificultar o mapeamento e visibilidade da amplitude desse problema social.

Especificamente no se que refere à negligência, essa considerada uma forma de violência mais difícil de ser reconhecida e combatida, pois ela mostra um caráter passivo, uma vez que abarca o não atendimento por parte dos pais ou responsáveis às necessidades (físicas, psicológicas e materiais) da criança, ou seja, uma omissão do cuidado. Mas, deve-se ressaltar que essa modalidade de violência doméstica é um fenômeno endêmico que se manifesta em todas as classes sociais, etnias e religiões e se perpetua entre as gerações. Além disso, a experiência de negligência e abandono deixa marcas e consequências danosas ao processo de amadurecimento da criança. Por isso, deve-se pensar em estratégias clínico-institucionais para ajudar as vítimas a resignificar os traumas vividos e retomar seu desenvolvimento. Nessa perspectiva, destaca-se a teoria de Winnicott.

Donald Woods Winnicott (1896-1971) um conceituado pediatra e psicanalista inglês, grande estudioso do desenvolvimento infantil, em seus trabalhos ressalta a importância do meio ambiente para a criança se desenvolver de uma forma saudável. Para ele todo ser humano tem uma tendência inata a se desenvolver, mas para isso demanda um ambiente facilitador e suficientemente bom que favoreça esse processo.

Em sua teoria do desenvolvimento emocional primitivo, Winnicott descreve que diferentes situações encontradas na clínica podem ser explicadas por falhas ambientais que precipitam o desencadeamento de defesas contra as angústias de aniquilamento e desraizamento. Desse modo, transtornos como a tendência antissocial e a psicose estão

atrelados às falhas ambientais em que os cuidados maternos não foram oferecidos ou o foram de forma insatisfatória.

Entendendo que o amadurecimento emocional da criança têm como sustentáculo as provisões ambientais e que omissão de cuidados suficientemente bons na primeira infância afeta de forma significativa a saúde mental do sujeito, procura-se, a partir do referencial winnicottiano, compreender de forma mais ampla a relação entre a negligência e os transtornos do desenvolvimento emocional, e discorrer sobre as possibilidades interventivas nessa área.

O interesse pelo o tema abordado nesse trabalho se deu a partir do meu ingresso no ano de 2012 no curso de Psicologia, e ao mesmo tempo no grupo de pesquisa e extensão “Laboratório de Estudos e Pesquisas sobre a Infância e a Adolescência (LEPIA)” que estuda a violência doméstica à luz da teoria winnicottiana, que é coordenado pelo Prof. Dr. Antônio Augusto Pinto Junior do Departamento de Psicologia do Instituto de Ciências Humanas e Sociais – ICHS, de Volta Redonda. No segundo semestre do ano de 2015 dei início ao meu estágio no Centro de Referência e Assistência Social (CREAS) uma parceria estabelecida entre o projeto do LEPIA e o CREAS, o que reforçou o meu interesse em abordar esse tema.

Com o intuito de facilitar a compreensão desse trabalho, os tópicos estão divididos da seguinte maneira. No primeiro capítulo são apresentados e discutidos a representação que infância na história das mentalidades, as concepções de Violência Doméstica contra Crianças e Adolescentes (VDCA) e suas modalidades (física, sexual, psicológica e negligência). No segundo capítulo, aborda-se a negligência a partir da psicanálise winnicottina, apresentando as modalidades e definições dos tipos de negligência (física, emocional e educativa), suas as consequências, bem como a teoria de Winnicott acerca do desenvolvimento emocional primitivo. Já no terceiro capítulo, são apontadas algumas modalidades de intervenção clínico-institucional voltadas para as crianças negligenciadas, com fundamentação da clínica winnicottiana.

2. A INFÂNCIA E VIOLÊNCIA DOMÉSTICA: DEFINIÇÕES E CARACTERIZAÇÃO

“As crianças vítimas de violência formam no Brasil um país chamado infância que está longe de ser risonho e franco” (AZEVEDO; 1997; p.233).

2.1- A infância na história das sociedades ocidentais

A representação da infância não é a mesma no decorrer da história da humanidade, pois em cada período as atitudes assim como as concepções da criança foram distintas. Os teóricos nessa área não apresentam leituras convergentes, o que prejudica a tarefa de mapear a história da evolução da concepção de infância nas sociedades ocidentais.

Segundo Pinto Junior (2008), a concepção do termo infância se refere a uma construção social, pois o conceito que se tem nos dias de hoje é fruto de um processo sócio histórico. Em outras palavras, tal construção resulta de um processo político, histórico e social da humanidade, não sendo somente uma reorganização da sociedade, mas também da família, essa última entendida como um espaço de aprendizagem para que a criança se prepare para a vida adulta.

Até os séculos XVI e XVII, segundo Ariés (1978), a infância não era reconhecida como uma fase de desenvolvimento, pois as crianças eram privadas do direito de vida, e sua personalidade era completamente negada (ARIÉS, 1981; PINTO JUNIOR, 2008). Em função disso, existia uma grande distinção de termos que, apesar da sua multiplicidade, ainda não davam conta de abranger a criança como um ser em desenvolvimento.

Ao final da Idade Média utiliza-se o termo “*enfant*”; porém essa palavra nomeava tanto as crianças pequenas quanto os adolescentes (ARÉS, 1978, p.31). Assim, esse conceito estava atrelado à ideia de dependência e nessa época não se distinguia a infância da puberdade. Outro termo posteriormente utilizado foi “*petit enfant*” que nomeava crianças pequenas ou criancinhas. Contudo, o sentido dessa nomenclatura é o que mais se aproxima ao do adotado hoje em dia. A primeira infância distinguia, na época, a infância da adolescência, contudo não se tinha a ideia do que realmente era o período da adolescência.

Alguns autores da época tinham interesse em escrever sobre as crianças, conforme aponta Ariés (1978), contudo não existiam termos que as diferenciavam dos adultos, visto que até em pinturas as crianças eram representadas como homens em tamanho reduzido. Nesse

momento histórico, verifica-se que, devido à “invisibilidade” da infância e suas peculiaridades, as crianças viviam “misturadas” no mundo dos adultos. Tudo que acontecia na pólis era compartilhado por todos, inclusive com os pequenos infantes (PINTO JUNIOR, 2008, p.08). Assim, a criança desde muito pequena, especialmente quando já dominava a linguagem, estava inserida no mundo adulto compartilhando as mesmas atividades dos mais velhos e, inclusive, se vestia igualmente aos adultos de sua classe social.

Com o advento da modernidade, Ariés (1981) destaca o surgimento de uma vida privada, em que a família, junto com a criança, se recolhe para dentro de uma casa longe do espaço público. A partir disso, a família moderna, e principalmente, a figura da mãe, começa a se organizar em torno da criança (VAGOSTELLO; 2007), incumbindo-se de seus cuidados e, basicamente, de sua educação moral e preparação para a vida coletiva.

Da mesma forma, começa a surgir um investimento social, político e científico para a proteção das crianças e adolescentes, em que a escola se torna um instrumento privilegiado para a transformação do lugar social da infância, separando, assim, o mundo infantil do mundo adulto (VAGOSTELLO; 2007), pois a criança passa a ter um lugar dedicado a sua educação e cuidado, e deste modo, ela passa a ser considerada um sujeito, que está em formação, para se tornar o futuro herdeiro do capital.

Foi no início do século XV que surgiu o interesse em separar as classes escolares de acordo com a faixa etária. Antes as crianças eram misturadas com homens de 20 anos de idade, visto que o importante era a matéria que estava sendo ensinada e não a idade dos alunos. Essa divisão em classes escolares, o que se chama atualmente de séries escolares, veio para colaborar com a construção de uma nova representação da infância e da criança, que passa a ser vista como um ser em desenvolvimento (PINTO JUNIOR, 2008, p.10) e que precisa atravessar etapas para amadurecer e tornar-se um adulto.

A infância passa a ser cada vez mais diferenciada da vida adulta e em consequência desse processo de transformação social começa-se a estabelecer leis para a sua proteção. Dentre elas, pode-se citar: a Declaração de Genebra sobre os Direitos da Criança (1924), a Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948), a Declaração Universal dos Direitos da Criança (1959) e a Convenção sobre os Direitos da Criança (1989), assinada pelo Brasil em 1990 (PINTO JUNIOR, 2008).

Dessa forma, a criança passa a ser reconhecida como um sujeito de direitos e de deveres; o interesse sobre a infância vai crescendo ainda mais, e isso acarreta o surgimento e

desenvolvimento de saberes específicos, tais como a Pediatria, a Pedagogia, a Psicologia, entre outros. Esses campos de saberes refletem o signo de importância que a criança adquire na sociedade moderna.

Entretanto, apesar de todo esse investimento no cuidado, desenvolvimento e educação das crianças e adolescentes, nos dias atuais ser criança, principalmente no Brasil, ainda é um grande risco. De acordo com Pinto Junior (2008), são inúmeros os problemas que afligem as crianças e os jovens na atualidade. Dentre eles destacam-se: infância pobre, infância marginalizada, infância prostituída, abuso e exploração sexual etc. Mas talvez um dos mais importantes fatores de risco à saúde física e mental dessa população seja a violência cometida por pais ou responsáveis, no âmbito doméstico. Por esse motivo a violência doméstica deve ser desvelada, compreendida e discutida principalmente no âmbito acadêmico para romper com os mitos e tabus que cercam a compreensão sobre o papel e a função da família na educação da criança.

2.2 - A Violência contra Crianças e Adolescentes

Embora a Violência Doméstica contra Crianças e Adolescentes (VDCA) nos dias atuais seja tratada pela sociedade como problema social e de saúde pública (PINTO JÚNIOR, 2010), a discussão sobre esse tema ainda é difícil, pois esse fenômeno se manifesta em ambientes familiares/privados (TIRONI, 2015, p.17), e a constatação deste fato poderia acarretar um desmoronamento da instituição família e em consequência de seu caráter sagrado¹ (SAFFIOTI, 1998, p.13).

A violência doméstica praticada contra as crianças e adolescentes está presente na cultura brasileira desde muito tempo, apesar da falta de dados concretos para a sua comprovação (AZEVEDO, 2005). Os adultos (pais) se consideravam (e ainda hoje muitos se consideram) os “donos” de seus filhos e com isso a prática da violência não era vista como uma punição corporal, ou seja, era encarada pela sociedade como um direito dos pais, mesmo causando dor física e mental nas crianças (AZEVEDO, 2005).

¹ Segundo Almeida (2005) o caráter sagrado da família é fruto de uma crença socialmente construída em que essa é o espaço naturalizado de proteção, harmonia e felicidade. Também decorre da concepção da família como uma “instituição natural”, intocável a qualquer ação estranha, e por isso possui regras e dinâmica incontestáveis. Tais ideias impedem o acesso dos profissionais a seu interior e o consequente desvelamento das violências que ali ocorrem.

Oliveira (2001) em “Lembranças do Passado: a infância na vida dos escritores brasileiros” realizou uma análise de textos autobiográficos deixados por 48 autores que relatam episódios de punição corporal sofridos na infância. Isso possibilitou a constatação, naquela época, da violência, e, mais especificamente, da punição corporal como uma prática muito corriqueira, e chamada por Azevedo e Guerra (2001) de “mania pedagógica”. Essa punição corporal, de acordo com o relato desses escritores, abrangia surras com instrumentos como: cipó, chicote, corda, chinelo e com a escova usada para lavar a roupa suja, como forma de punição a comportamentos julgados não adequados pelos pais das crianças.

Mesmo nos dias atuais, a violência doméstica é uma realidade vivenciada por muitas crianças e adolescentes. Um estudo realizado por Marques (1986) comprovou que a punição física tem uma aceitação difundida entre pais e responsáveis. O estudo foi realizado com um grupo de 43 mães de uma favela na zona sul do estado do Rio de Janeiro. Desse grupo, 41,9% declararam ter maltratado os filhos, 23,3% feriram-nos em algum momento e 27,9% disseram que utilizaram algum tipo de objeto para agredir os filhos e em sua maioria acreditam que a punição é uma prática com eficácia educativa.

Também Assis (2002), em seu trabalho realizado com estudantes da rede pública e particular de ensino na região metropolitana do estado do Rio de Janeiro, com idades entre 13 a 17 anos, constatou que um quinto desses jovens sofre agressões severas (chutes, mordidas, espancamento e ameaças com arma de fogo ou faca). Um quinto desses jovens já vivenciou alguma experiência sexual traumática e também presenciou a violência sexual de algum membro de sua família e tem medo de sofrer violência sexual.

Essa realidade apresentada pelas investigações acima citadas está atrelada às formas de relação estabelecidas entre o adulto e a criança nas sociedades patriarcais e capitalistas, atravessadas pelo abuso do poder. Pautado em uma relação hierárquica de poder, o adulto subjuga a criança, pois ela é considerada socialmente inferior e o seu papel é de reproduzir as condutas aceitas socialmente em que ele (o adulto) dita qual comportamento é ou não adequado para a criança tendo como objetivo fazer da criança sua imagem e semelhança (SAFFIOTI, 1998).

No Brasil, essa situação começou a se modificar com a Constituição Federal de 1988, na qual a criança obtém o “status” de sujeito de direitos, passando a ser reconhecida em sua condição de pessoa em desenvolvimento e de prioridade absoluta (AZAMBUJA, 2006). Nesse contexto, inicia-se um processo de desconstrução da ideia de família como algo

sagrado, passando a considerá-la como uma possível responsável da violência (MINAYO e SOUZA, 2003).

Mesmo reconhecendo que nas últimas décadas o tema da VDCA passou a ser mais estudado e discutido por diversas áreas como: Saúde, Educação e Direito, ainda sabe-se pouco acerca de sua amplitude e abrangência. Isso porque as estatísticas que procuram mapear esse fenômeno são pouco confiáveis, pois elas se referem somente à incidência, ou seja, a quantidade em que esse fenômeno ocorre. Poucos são os estudos que mostram os dados sobre a sua prevalência.

Dentre algumas investigações desse tipo, pode-se citar o relatório da UNICEF (2012). Nesse estudo, foram considerados dados sobre episódios de violência de 190 países e esse trabalho concluiu que 1 em cada 10 meninas com menos de 20 anos de idade já foi forçada a ter relações sexuais ou a praticar atos sexuais. Constatou-se também que 1 em cada 3 meninas, com idade entre 15 e 19 anos foi vítima de violência emocional, física e sexual, e cerca de 7 em cada 10 meninas que foram vítimas não denunciaram por vários motivos. Desses 190 países, em 58 países cerca de 17% das crianças são submetidas à violência física (tapas na cabeça, nas orelhas ou rosto) em países como o Egito, Chade e Iêmen. Os dados apontam também que mais de 40% das crianças e adolescentes com idades entre 2 e 14 anos são vítimas de formas rígidas de violência física, considerada por adultos de todo o mundo como uma forma eficaz e necessária de educação.

Já no Brasil, de forma geral, de acordo com Pinto Junior (2005), os estudos estatísticos sobre a VDCA são resultantes de pesquisas clínicas ou muito localizadas, não havendo investigações que abrangem a população em geral. Isso se deve principalmente ao fato de que as investigações na área trabalham com o número de casos notificados às agências de proteção à infância e, sabe-se que a maior parte dos episódios de violência, não é informada aos órgãos competentes. Dessa forma, o retrato desse fenômeno no país mostra apenas “a ponta do iceberg”, cuja real dimensão ainda é desconhecida.

Nesse contexto, Borges e Camargo (2012) realizaram um trabalho com objetivo exploratório no estado do Rio Grande do Sul para pesquisar as configurações da violência contra crianças na faixa etária de 0 a 09 anos, entre os anos de 2009 até 2012. Essa pesquisa constatou que 85% das notificações diziam respeito à violência psicológica, física e sexual e os 15% das notificações restantes eram sobre negligência. Com este trabalho, também comprovaram que a violência contra a criança no Brasil ainda é subnotificada, ou seja, não

retrata a realidade, apesar de a notificação ter um caráter de obrigatoriedade em todo o território nacional.

Na região de Volta Redonda, Pinto Junior et al. (2013), através da análise de prontuários do Centro de Referência e Assistência Social (CREAS) no período de 2008-2010, foi identificado o total de 210 casos de vitimização infantil, sendo 61 referentes aos casos de violência sexual (29%), 61 correspondiam à violência física (29%), 61 de negligência (29%), e 27 casos de violência psicológica (13%). Quanto aos responsáveis pela violência, o estudo concluiu que em sua maioria os agressores são do sexo masculino (58,1%) e em 40,5% a responsável pela agressão era a mãe, seguida pelo pai (24,7%).

Considerando essa realidade apontada pelas estatísticas internacionais e nacionais, segundo Pinto Junior (2010) a VDCA mostra-se um fenômeno universal, ou seja, acontece em todos os países, culturas, sociedades, religiões e classes sociais não sendo exclusivo de classes menos favorecidas economicamente, nem característico da pobreza. Além disso, a reprodução desse fenômeno se dá de forma cíclica envolvendo várias gerações, pois a reiteração também é uma característica desse tipo de violência. Por estas razões Azevedo e Guerra (1998) caracterizam-na como um fenômeno “virulamente” democrático. Deve-se destacar que, de acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), violência é:

o uso intencional da força física, poder, real ou sob forma de ameaça contra si própria, contra outra pessoa, grupo ou comunidade, que resulte ou tenha grande possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação de liberdade (WHO, 2002).

No que se refere à VDCA, esta deve ser entendida como:

todo ato ou omissão praticado por pais e/ou responsáveis contra crianças e adolescentes que sendo capaz de causar dano físico, sexual e/ou psicológico a vítima implica de um lado numa transgressão do poder/dever de proteção do adulto e, de outro, numa coisificação da infância isto é, uma negação do direito que crianças e adolescentes têm de ser tratados como sujeitos e pessoas em condição peculiar de desenvolvimento. (AZEVEDO ;GUERRA, 1995, p.36).

Por ser um fenômeno complexo encontra-se na literatura o uso de diferentes conceitos, tais como: castigo, disciplina, agressão, maus tratos, violência, abuso, vitimização,

violência doméstica entre outros. Essa variedade de termos pode dificultar a compreensão do problema, não retratando o fato de acordo com a realidade (PINTO JUNIOR, 2005).

Para Azevedo e Guerra (1998), VDCA é a terminologia mais adequada, pois entendem a violência infantil a partir das relações hierárquicas de poder entre o adulto e a criança, como já pontuado. Dessa forma defendem que o termo violência deve ser privilegiado, mesmo que em diversas literaturas internacionais e nacionais seja empregado o termo “Maus Tratos Infantis”. Nessa perspectiva, o termo VDCA refere-se a um campo semântico de mais amplo alcance e que representa, como já reportado, uma relação hierárquica entre adulto-criança em que adulto subjuga a criança e não considera suas necessidades e peculiaridades da fase de desenvolvimento na qual se encontra.

Cabe destacar que a VDCA e sua definição, como apresentada acima, comporta algumas formas de manifestação. A seguir são apresentadas as diferentes modalidades de VDCA e suas definições.

A **Violência Física** é caracterizada como “toda a ação que causa dor física numa criança; desde um simples tapa até o espancamento fatal representam um só continuum de violência” (AZEVEDO E GUERRA, 1998). De acordo com Colacique e Tardivo (2012) e Tironi (2015), as mães são as figuras que mais praticam esse tipo de violência contra seus filhos, justificando-o como um ato disciplinar, sendo o papel do adulto de socializador tendo como objetivo “desenvolver” a criança para o seu máximo de sociabilidade (AZEVEDO e GUERRA, 1989).

A Violência Sexual é

todo ato ou jogo sexual, relação heterossexual ou homossexual entre um ou mais adultos que tenham para com ela uma relação de consanguinidade, afinidade e/ou mera responsabilidade, tendo por finalidade estimular sexualmente a criança ou utiliza-la para obter uma estimulação sexual sobre sua pessoa ou a de outra pessoa (AZEVEDO E GUERRA; 1997; p.8).

Assim, a violência sexual, especificamente aquela que ocorre no âmbito familiar, é caracteristicamente incestuosa (PINTO JUNIOR, 2005). O autor também afirma que quem sofre esse tipo de violência, em sua maioria é do sexo feminino. Contudo, os meninos também são vítimas desse tipo de abuso, entretanto faltam políticas públicas e serviços de proteção para eles, o que dificulta a notificação dos casos e, conseqüentemente, sua adequada mensuração.

A **negligência** é o tipo de violência menos investigada e mais difícil de ser identificada e combatida, pois é uma violência menos observável em termos de sinais físicos, mas nem por esse motivo menos prejudicial em termos psicológicos. O interesse do Brasil no estudo sobre a negligência teve início na década de 90 (PAISAN, 2012), porém quando comparada aos dados de estudos de outros países verifica-se que o volume de pesquisas nacionais é, ainda, pouco significativo. Como definição:

a negligência se configura quando os pais ou responsáveis falham em termos de prover as necessidades físicas, de saúde, educacionais, higiênicas de seus filhos e/ou de supervisionar suas atividades, de modo a prevenir riscos e quando tal falha não é o resultado das condições de vida além do seu controle (AZEVEDO E GUERRA, 1998, p.8).

Outra definição de negligência é apresentada por Asis (1985, p.36) "como uma das formas de violência que consistem em não dar à criança aquilo que ela necessita, quando isto é essencial ao seu desenvolvimento sadio". Já a **Violência Psicológica**, que também pode ser denominada como tortura psicológica ocorre quando "os pais e/ou responsáveis continuamente depreciam a criança bloqueando assim seus esforços de auto-aceitação, ocasionando-lhe grande sofrimento mental" (AZEVEDO; GUERRA, 1998, p.177).

A última modalidade de VDCA é denominada Violência Fatal, e entendida como:

todo ato ou omissão praticados por pais, parentes ou responsáveis em relação à criança ou adolescente que sendo capaz de causar-lhes danos físicos, sexual ou psicológico podem ser consideradas condicionantes (únicos ou não) de uma morte (AZEVEDO; GUERRA; 1998 p.177).

A partir do que foi discutido, verifica-se que a violência doméstica faz parte da realidade de muitas crianças e adolescentes e que os impactos dessa experiência podem ser graves, acarretando consequências nefastas ao desenvolvimento das vítimas. Tais consequências podem se dar no campo social, emocional e afetivo. Considerando que a negligência é uma das modalidades de VDCA mais reportadas, mas em contrapartida, é a menos abordada nas investigações científicas, no capítulo seguinte será abordado com mais detalhes esse tipo de vitimização, assim como as contribuições do pensamento do psicanalista Donald Woods Winnicott para a compreensão do impacto desse tipo de vivência no desenvolvimento emocional da criança, que é o objetivo desse trabalho.

3 NEGLIGÊNCIA E A PSICANÁLISE WINNICOTTIANA

“As crianças dependem biologicamente, psicologicamente e socialmente dos pais e não há outra alternativa a não ser aceitar a situação como legítima” (BARUDY, 1997).

3.1- A negligência: caracterização do fenômeno

A negligência é considerada uma falha, em outras palavras, quando aquele que é responsável pelo cuidado da criança deixa de fazê-lo. Com isso, as necessidades físicas e afetivas que a criança possui como alimentação, educação e higiene não são atendidas, e em alguns casos a falta de supervisão por um grande período de tempo pode ocasionar a morte da mesma.

A respeito da negligência intrafamiliar, essa pode ser considerada moderada ou severa e nesse contexto a criança pode sofrer outras formas de violência. Segundo Azevedo e Guerra (1998), a negligência severa é encontrada em ambientes familiares em que não há uma rotina de cuidados adequada, ou seja, a criança nunca possui a roupa limpa, alimentos não são fornecidos, o ambiente físico possui lixo espalhados por todos os cantos e as crianças são deixadas sozinhas por um enorme período de tempo podendo acarretar em morte por acidentes domésticos. Já a negligência moderada pode ser entendida como um pequeno descuido com a higiene da criança que pode acarretar em uma doença. De acordo com Souza (2001) dentre as tipologias de negligência, destacam-se:

a) a **Negligência Emocional**, quando a criança e/ou adolescentes são privados de atenção e carinho, prevalecendo o desinteresse do adulto pela criança. Este tipo de negligência acarreta sérios danos à sua autoestima.

b) a **Negligência Física**, que é identificada quando a criança é privada de itens de higiene pessoal, assim como de vestuário, não recebe alimentação suficiente ou é deixada por longo período de tempo sozinha, sem a supervisão de um adulto. Esse modo de negligência pode ser identificado com maior frequência em famílias com condições socioeconômicas desfavoráveis. Como a criança não é supervisionada por um adulto que possa lhe impedir de fazer brincadeiras inadequadas, na maioria das vezes, em suas atividades, ela pode colocar a sua vida em risco, como por exemplo: ingerindo algum tipo de produto de limpeza, brincando com objetos cortantes como facas, cortadores de legumes, pular da janela na brincadeira de super-herói, etc.

Além da negligência emocional e física, deve-se destacar também a existência da **Negligência Educativa**, que não se refere somente ao descaso com a frequência escolar da criança, mas também com a sua educação ética e moral. Em outras palavras esse tipo de negligência se manifesta quando pais e responsáveis não proporcionam o necessário para o encaminhamento da criança à escola, assim como para o desenvolvimento de sua aprendizagem.

Outra modalidade de negligência é citada por Souza (2001), a negligência **médica**, que se refere como o próprio nome sugere, à falta ou demora nos cuidados médicos quando a criança os demanda. A falta ou demora desses cuidados básicos de saúde podem levar a criança a morte ou lhe causar sérios danos em seu desenvolvimento.

Os primeiros autores a se interessarem pela temática da negligência foram Wolock e Horowitz (1984). Nessa época eles já relatavam a falta de estudos sobre o tema, além de afirmarem que essa modalidade de vitimização sempre foi considerada um evento de menor importância, devido ao seu caráter de omissão ou passividade, pela falta de conhecimento da sociedade, uma vez que a negligência se refere a uma falta de cuidados (PROCTOR; DUBOWITZ, 2014), e aos escassos investimentos em políticas públicas (MARTINS; JORGE, 2008).

Na realidade brasileira, os estudos sobre a negligência surgiram nos anos de 1990 (PAISAN, 2012), contudo ainda nos dias de hoje o número de pesquisas sobre essa temática ainda é considerado pequeno. Pelo pouco investimento em pesquisas sobre negligência familiar em comparação com outras formas de violência (física, sexual, psicológica, verbal), Wolock e Horowitz (1984) criaram uma expressão, "*Negligência da Negligência*", para descrever a falta de atenção dada a essa modalidade de vitimização (TIRONI, 2015).

Colacique (2010), Tironi (2015) e Bazon (2010) dentre outros autores alertam para a falta também de investimento em políticas públicas sobre a questão da negligência. Esses autores afirmam que não se discute sobre o tema e isso dificulta o conhecimento, levando a negligência a ser o modo de violência menos reportada na literatura da área. Portanto, por essa falta de conhecimento sobre a negligência, esse tipo de vitimização ainda é pouco compreendida, em termos das sequelas que acarreta (SCOTT, 2014), pois em grande parte dos casos o dano decorrente é psicológico, o que não deve ser considerado como de menor importância quando comparado a outras formas de violência, pois pode acarretar problemas na vida adulta devido a um não desenvolvimento saudável. Ou seja, pelo fato do dano psicológico decorrente da negligência não poder ser observado fisicamente, como às sequelas

deixadas pela punição corporal, por exemplo, muitos casos de crianças negligenciadas no ambiente familiar não são reportados às agências de proteção à infância (TIRONI, 2015).

Apesar de ser a modalidade de violência que recebe menos atenção em termos de estudos e pesquisa (COLACIQUE, TARDIVO, 2010, 2011), segundo Tironi (2015), a negligência é a mais reportada em investigações de incidência de VDCA. Segundo Dubowitz (2013) e Tironi (2015), nos Estados Unidos, considerando os dados do ano de 2010, 2 em cada 3 casos de VDCA notificados aos serviços de proteção à infância diziam respeito à negligência infantil. Essa realidade também pode ser encontrada em outros países como Reino Unido, Escócia e Irlanda, onde uma em cada 10 crianças é vítima de negligência (TIRONI, 2005).

No Brasil, Martins e Jorge (2009) realizaram uma análise das notificações de negligência sofrida por crianças e adolescentes menores de 15 anos em Londrina, no Paraná, tendo como base de dados os atendimentos do Conselho Tutelar da cidade, no ano de 2006. Os resultados mostraram que em 308 dos casos notificados, 67,2%, a notificação partiu de profissionais que trabalham na saúde, em 10,7% foram os vizinhos que fizeram a denúncia, a família foi responsável por 14,8% das notificações dos casos, a escola teve a porcentagem de 2,6%, e por último as notificações feitas anonimamente representaram 4,5% dos casos. O estudo também mostrou que as vítimas de negligência do sexo feminino apresentaram uma porcentagem muito maior, 72,7%, quando comparado às vítimas do sexo masculino, 27,3%. Quanto aos responsáveis pela negligência, em 69,5% dos casos a mãe foi a agressora mais notificada, seguida da madrasta, responsabilizada em 22,2% dos casos analisados. Em última análise, esse trabalho também chamou atenção para as possíveis motivações para a prática da negligência. Dentre os “motivos” apresentados destacaram-se o fato de a criança não ser o filho natural, em 32,8% dos casos, a pouca idade da mãe, em 20,8%, seguida pelo alcoolismo, 18,8% dos casos. Outras motivações também foram reportadas, tais como crise conjugal, prostituição e emprego noturno.

No trabalho realizado por Pinto Junior, Cassep-Borges e Santos (2015), no interior do estado do Rio de Janeiro, em que foram analisados 210 prontuários de vítimas de VDCA, 61 desses diziam respeito à negligência infantil e também se constatou que na maior parte das vezes a figura que mais praticou essa modalidade de violência foi a mãe, em 40,5% dos casos, e posteriormente o pai, em 24,7% dos casos. Esse estudo também demonstrou a associação dos agressores com o uso de álcool e outras drogas, em 40,0% dos casos, a baixa escolaridade indicando que 17,1% dos responsáveis pela agressão possuem o ensino fundamental I e 13,3% têm o ensino fundamental II.

Os dados acerca da incidência dessa modalidade de vitimização infantil revela que é um grave problema para o bem estar e desenvolvimento de crianças e adolescentes e que inclui vários fatores associados em sua etiologia e motivação. Por isso, é importante lançar luz nesse campo descortinando as nuances desse fenômeno.

Nessa perspectiva, de acordo com Morais (1999), os pais negligentes são aqueles que têm problemas em exercer suas funções parentais. São os genitores que não se responsabilizam por seu papel de cuidadores, ou em outras palavras, mostram um comportamento que não é suficiente para com os cuidados de seus filhos (BARUDY, 1997). Esse cuidado, geralmente faltoso, deixa a criança exposta a perigos que ela não tem condições de reconhecer.

Contudo, a questão da negligência, em sua grande parte, não pode ser atrelada a uma simples situação de vulnerabilidade social, podendo ser encontrada em todas as classes. De acordo com Tironi (2015), em um estudo epidemiológico de países europeus (Inglaterra, Escócia, Irlanda do Norte e País de Gales), nos anos de 2011 e 2012, constatou-se que 42% das crianças que apresentavam uma situação de vulnerabilidade social tinham como a negligência motivo principal a sua inserção em programas de proteção à infância. Porém, existem complicadores para definir o que é realmente falta de condições, vulnerabilidade social (falta de moradia e alimentação, baixa escolaridade, subemprego, saneamento precário, entre outros) e a prática abusiva da negligência, pois entre essas duas condições existe uma linha tênue.

Para essa discussão, é importante considerar a distinção entre as definições de vitimação e de vitimização. A vitimação envolve o processo de vulnerabilidade e desigualdade social, que também é uma forma de violência, fruto da estrutura de sociedades capitalistas, pois o sujeito não consegue ter acesso ao que lhe é de direito. A vitimização, ao contrário, se refere ao fenômeno que acontece nas relações interpessoais apresentada em distintas formas de violência interpessoal (psicológica, sexual, física, negligência e fatal) (TARDIVO, 2007). Segundo Azevedo e Guerra (1998) só podem ser considerada negligência “quando tal falha não é o resultado das condições de vida além do seu controle” (p.177). Dessa forma, quando os pais ou responsáveis não atendem as necessidades de seus filhos por motivos de uma vulnerabilidade social (pobreza), tal realidade não está ao seu alcance (ou controle), então, nessa situação não se configuraria negligência.

Assim, as questões sociais como: vulnerabilidade social e pobreza embora presentes no contexto familiar da criança, não podem ser consideradas a principal causa da negligência, mas um fator de risco. Na realidade, a negligência pode acontecer em qualquer classe social e,

nesse sentido, mesmo uma família com boas condições socioeconômicas pode, de alguma maneira, negligenciar cuidados ou direitos de seus filhos (TIRONI, 2015).

Em função do exposto, pode-se afirmar que existe uma dificuldade em estabelecer normas para que se possa realizar o enquadramento da negligência, pois estão envolvidos vários fatores (afetivos, sociais, culturais e políticos). Mas de qualquer maneira, a Negligência é uma modalidade de violência doméstica que exige o delineamento de políticas públicas de enfrentamento, pois as consequências desse tipo de violência podem ser danosas para o desenvolvimento de crianças e adolescentes.

3.2 – As consequências da Negligência

Os impactos da negligência podem ser identificados no desenvolvimento afetivo, físico e, do mesmo modo, na interação social das vítimas. Alguns autores como Schickler (2006), Azevedo e Guerra (2010) e Pinto Junior (2005) afirmam que uma pessoa que teve uma infância em que sofreu privações e todos os tipos de violência pode desenvolver no futuro algum transtorno de conduta ou reproduzir essa violência com seus filhos ou esposa, já que dentre as características da violência está à reiteração.

Pinto Junior e Tardivo (2015) apresentam os resultados de um trabalho com abusadores sexuais de crianças e encarcerados no estado de São Paulo, e verificaram que todos foram vítimas de alguma modalidade de violência na infância, inclusive a negligência. Os autores mencionaram algumas consequências e dificuldades nas relações afetivas, além do embotamento social e uso de álcool e outras drogas, tais como: dificuldades de contato, habilidades sociais pobres, propensão ao isolamento e, na maioria das vezes, comportamentos negligentes na educação e cuidado de seus filhos.

Assim, os danos causados pela negligência devem ser considerados graves, e outros autores como Tironi (2015), Martins; Jorge (2009), Vagostello (2007) e Dubowitz (2013) relatam outras consequências adversas em seus trabalhos: dificuldade das vítimas em se posicionar de uma forma crítica, déficit no desenvolvimento cognitivo e dificuldade nas matérias escolares por falta de atenção. Além disso, quando adultos as vítimas de negligência podem desenvolver depressão e comportamentos suicidas.

As autoras Eidt e Moraes (1999) elencam também as consequências das diferentes formas de negligência e, dentre elas, destacam: atraso no crescimento devido à falta ou insuficiência de alimentação, rejeição e isolamento social, pois devido ao mau cheiro da

criança ninguém quer chegar perto dela para brincar ou conversar. Alertam para o fato das crianças serem deixadas sozinhas por longo período de tempo, ou sob cuidados de outras crianças que não tem maturidade para essa responsabilidade. Tal situação as deixa expostas a diferentes riscos como: serem vítimas de violência sexual por pedófilos, ou usadas como “olheiras” ou “aviões” do tráfico de drogas.

A negligência, dessa forma, tem um grande impacto no desenvolvimento afetivo da criança, pois se ela é negligenciada no começo de seu estabelecimento de vínculo afetivo, pode encontrar grandes dificuldades para se relacionar no futuro. Desse modo, para Winnicott, em sua teoria do desenvolvimento emocional, é na primeira infância que se forma a base para o amadurecimento afetivo. Diante disso, quando uma criança é negligenciada o estabelecimento de laços não se realiza a contento. Considerando que a Psicanálise de orientação winnicottiana pode lançar luz para a compreensão da negligência familiar e seus impactos no desenvolvimento da criança, a seguir serão apresentados os conceitos fundamentais dessa abordagem teórica.

3.3. A Psicanálise de Winnicott

Donald Woods Winnicott (1896- 1971), um renomado psicanalista inglês e estudioso do desenvolvimento infantil, assim como da natureza humana, em suas obras ressalta a importância do meio ambiente para o desenvolvimento sadio da criança, principalmente no período inicial da vida do ser humano (CARETA, 2006). Winnicott em seus trabalhos afirma que este ambiente é, inicialmente, representado pela mãe, que é responsável por prestar os cuidados físicos necessários para com o bebê, tais como: contato físico, manutenção da temperatura corporal, e etc. Entretanto, ele (ambiente) não faz a criança. No caso “ideal” o ambiente proporciona a ela concretizar o seu potencial. Assim, o ambiente para Winnicott se apresenta como um conjunto de condições (físicas e psicológicas) para que o bebê possa se desenvolver, sendo que este ambiente se apresenta de uma forma dinâmica e, por isso, o infante consegue ir se adaptando conforme a necessidade.

O autor também destaca em sua obra o papel do ambiente para a ativação das tendências inatas para o amadurecimento. Winnicott (2005) afirma que existe no ser humano uma tendência inata para o desenvolvimento, mas ela só é ativada se o ambiente for facilitador ou suficientemente bom.

Considerando que no início a mãe representa o ambiente facilitador para o desenvolvimento da criança, tal mãe devotada é denominada de **mãe suficientemente boa**.

Segundo Winnicott (1960), a mãe suficientemente boa é a responsável por fornecer ao bebê um ambiente suficientemente bom, sendo aquele em que o bebê convive sem ter nenhum prejuízo psíquico, permitindo a ele ter uma vida psíquica e física com base em suas tendências inatas e um sentimento de continuação de vida, com a emergência do verdadeiro self ou do verdadeiro eu.

Esse autor também destaca as três funções que a mãe deve exercer para tornar-se uma mãe suficientemente boa, aquela mãe que se adapta as necessidades do bebê durante seus primeiros meses de vida. A primeira função é **a apresentação do objeto**, e se refere à apresentação do seio durante a amamentação. No momento em que o bebê sente necessidade de se alimentar e o seio lhe ofertado pela mãe, o infante cria um sentimento de onipotência, ou seja, sente que criou o objeto (seio) porque este surgiu quando ele imaginou. Essa experiência adquirida pelo bebê durante as mamadas faz com que ele assuma relações que sejam estimulantes para com as pessoas e para com os objetos, que no futuro o torna capaz de experimentar sentimentos bons e ruins, sem que isso signifique uma ameaça, ou que gere uma angústia (NASIO, 1995).

O **holding** é a próxima função, que diz respeito à sustentação no sentido da mãe proteger o bebê, ou seja, são os cuidados maternos espontâneos e naturais, como evitar os perigos físicos levando em consideração novamente as suas necessidades e limites (cutâneos, auditivos e visuais). Essa proteção e cuidados se tornam rotineiros criando para o bebê uma realidade simples que é repetitiva, e isso faz com que o seu eu em surgimento crie referências (FERREIRA, 2010).

A terceira função materna é **o handling**, que é a manipulação do bebê enquanto ele é cuidado (troca de roupas, banho e etc.) pela mãe. Essa função é indispensável para o bem-estar do filho, fazendo com que ele sinta que vive dentro de um corpo, unindo assim sua vida psíquica e o seu corpo, o que Winnicott denomina de personalização (FERREIRA, 2010).

Essas três funções maternas, embora distintas, são comumente realizadas ao mesmo tempo (CARETA, 2006, p.30) e auxiliam no estabelecimento de uma parceria psicossomática, além de facilitar na formação do sentido do real (WINNICOTT, 1965). Dessa forma, os cuidados ambientais, assim como as técnicas de cuidados maternos (apresentação do objeto, holding e handling) são determinantes no sucesso ou no fracasso da integração do bebê no tempo e espaço. Contudo, quando ocorre o fracasso no cumprimento dessas funções, os distúrbios da psique–soma aparecem como sendo alterações do corpo e do funcionamento corporal que estão associados a estados da psique (WINNICOTT, 1988). Da mesma forma,

quando há falta de cuidados maternos suficientemente bons, o bebê vivencia um sentimento de intrusão sendo experienciado como uma ameaça a sua continuidade do ser.

Na perspectiva da psicanálise winnicottiana, o amadurecimento emocional, que é influenciado pelas provisões ambientais, como já afirmado, ocorre por meio de três processos: a integração, a personalização e a realização, que não se dão de forma linear, mas que são fundamentais para a constituição do Eu. A integração é uma tendência biológica do ser humano, porém, no início o bebê não se sente integrado, necessitando que sua mãe lhe forneça um cuidado ambiental adequado para que essa tarefa do desenvolvimento seja realizada a contento. Nessa fase, o cuidado físico é também um cuidado psicológico (Winnicott, 1990).

Já a personalização, de acordo com Winnicott (2000) ocorre a partir do relacionamento entre psique e soma, e quando a criança desenvolve o sentimento de estar dentro do seu próprio corpo. Mais uma vez, é a experiência do cuidado físico que facilita esse processo. Se os cuidados não forem adequados, a psique do bebê pode desenvolver uma frágil relação com a sua experiência corporal, colaborando para o “desentrelaçamento” entre psique e soma.

A realização ou “relação objetal” é o processo pelo qual o bebê se torna capaz de estabelecer relacionamentos interpessoais. Embora esses processos sejam discutidos de forma separada, eles são interdependentes e sobrepostos.

Deve-se destacar que essas três funções ou tarefas do processo de desenvolvimento emocional ocorrem em fases ao longo de toda a vida. Segundo Winnicott, são quatro as fases do desenvolvimento: Dependência Absoluta, Dependência Relativa, Rumo à Independência e Independência Relativa. Contudo, é nas duas primeiras fases que se encontram as bases para o cumprimento das tarefas básicas do amadurecimento (integração, personalização e realização).

Na fase de dependência absoluta, que ocorre nos primeiros seis meses de vida, o bebê é totalmente dependente do meio, que pode ser representado pela mãe ou outra pessoa que cumpra essa função. O bebê tem um sentimento de ser onipotente e que cria os objetos conforme a sua necessidade, ou seja, ele sente que cria o seio quando sente fome. Entretanto, na psique do bebê não existe, ainda, uma separação entre ele e o meio, vivido como parte de si, e para que esse processo de desenvolvimento aconteça de uma forma satisfatória a “mãe tem que se adaptar perfeitamente as necessidades do bebê” (J.-D. NASIO, p.184, 1995).

Deve-se salientar que essa dependência por parte do bebê, na fase de dependência absoluta, é total, pois ele não possui todos os recursos biológicos e egóicos para conseguir sobreviver sozinho. Por ser extremamente frágil, a mãe deve ser suficientemente boa para poder protegê-lo das ameaças e intrusões ambientais que possam surgir.

Por volta dos seis meses, a criança adentra a fase da Dependência Relativa. Nessa fase, a identificação e a preocupação materna primária da mãe para com seu filho começam a se desfazer e, com isso, a genitora começa a introduzir as falhas ambientais de uma forma progressiva. Devido ao suporte constante oferecido pela mãe suficientemente boa na fase da dependência absoluta, com o tempo a criança passa a ser capaz de construir memórias de das experiências vividas que passam a fazer parte do seu eu. Assim, com o passar do tempo, a criança adquire seu ambiente interno e sua mãe passa cada vez ser menos necessária.

A fase da dependência relativa caracteriza-se, então, pelo fato da criança conseguir suportar melhor as falhas ambientais que se apresentam, podendo até mesmo aproveitá-las para se desenvolver. Entretanto, a criança quando adentra essa fase ainda demonstra uma dificuldade de distinguir a mãe presente (que oferece o holding) daquela que introduz as falhas ambientais. A primeira mãe é aquela que ela encontra nos momentos tranquilos e calmos, aquela que está preocupada com o seu bem-estar, e a segunda é aquela mãe que está presente nos momentos um pouco mais turbulentos em que a agressividade se manifesta. Esse momento de agressividade gera no bebê, principalmente no instante que sente fome, um sentimento de degradação do corpo daquela que o alimenta, resultando num vazio no corpo da mãe (NASIO, 1995).

Como antes, na fase de dependência absoluta, a criança não vivenciava esse sentimento de destruir o corpo de sua mãe, agora ela se incomoda com isso e é capaz de perceber que depende da mãe para ficar bem. Para que a criança consiga realizar a integração dos distintos aspectos dessas duas mães e ser capaz de compreender que elas são uma só, ela precisa integrar a mãe dos momentos de agressividade e a mãe dos momentos calmos e tranquilos (WINNICOTT, 1954).

Essa integração das mães gera na criança sentimentos de uma angústia depressiva, culpa e inquietação, pois nesse momento de seu desenvolvimento ela sente que a mãe que ela pode destruir nos instantes dos seus ataques de agressividade é a mesma mãe que ama nos momentos de tranquilidade. Para a resolução desse sentimento de culpa por destruir a mãe total (calma e excitada), a criança se dedica em realizar atividades de reparação e restauração, que se manifestam no nível da fantasia para, posteriormente, serem feitas também na realidade concreta. Essa reparação verifica-se especialmente através de gestos de ternura do

bebê para com a mãe. Para que as atividades reparadoras possam alcançar êxito, a criança precisa de uma mãe suficientemente boa, uma mãe que consiga sobreviver aos seus ataques e que acolha suas reparações (NASIO, 1995).

Assim, a posição depressiva se desenvolve na idade do desmame, por ser diferente para cada criança, Winnicott (1954-5) a coloca mais exatamente quando o bebê começa a brincar de deixar cair às coisas no chão, mais ou menos aos 9 meses de idade. É, então, nesse período (fase de dependência relativa), como já descrito, que a criança começa a integrar aspectos de tranquilidade (holding) e de excitação (pulsão oral) em um único objeto que é a mãe.

Como dito anteriormente e de acordo com Winnicott (p.356,1954) “a posição depressiva é uma aquisição e uma conquista que pertence à idade do desmame” e para atingi-la o bebê tem que se ver como uma pessoa inteira. Por entender que o termo não é o mais apropriado para descrever corretamente o tal fenômeno, Winnicott (1954) preferiu chama-lo de “estágio de concernimento” uma vez que palavra depressiva indicaria o fato de que crianças saudáveis estariam passando por um episódio de depressão ou doenças de humor. Ao contrário daquilo que o termo indica, as crianças que estão se desenvolvendo normalmente nesse período não apresentam algum indicativo de depressão, tal como concebido pela psiquiatria.

É importante destacar que quando a criança ultrapassa a fase de dependência absoluta para adentrar a fase de dependência relativa, ela passa de um momento de ilusão para o de desilusão, principalmente devido ao fato de verificar que ela não é uma com a mãe. É nesse momento que se desenvolve a função intelectual. E para lidar com esses momentos difíceis de uma angústia depressiva a criança começa a realizar algumas atividades, a partir ou não de uso de objetos. O nome dado por Winnicott (1951) para essas atividades realizadas pelo bebê é *fenômenos transicionais*, e quando se utilizam de um objeto real, o autor se refere a *objeto transicional* (p.317). O autor assinala que a experiência dos fenômenos transicionais é “uma experiência precoce e saudável” (p.330). Os bebês se utilizam desses objetos (punhos, dedos e polegares, ponta de um cobertor, ursinhos dentre outros) e dos fenômenos transicionais como uma defesa para que possam lidar melhor com a ausência da mãe, as falhas do ambiente e em momentos de angústia.

O valor do objeto transicional, geralmente, é reconhecido pelos pais e, por isso, eles o levam para passeios e viagens familiares. Também, a mãe aceita que esse objeto “fique sujo e malcheiroso” (WINNICOTT, p. 320, 1951), pois se ela o lavar haverá uma quebra na experiência do bebê, levando a destruição do valor e significado desse objeto para a criança.

A nomenclatura “transicional” é utilizada para representar a área intermediária dessa experiência, que para além de sua função defensiva marca a existência de um espaço potencial (que não é totalmente interno e nem totalmente externo) e ao longo de toda a existência humana que figura como lugar de criatividade e espontaneidade. O aparecimento dos objetos e fenômenos transicionais segundo Winnicott (1951) assinala que a mãe dos primeiros momentos de desenvolvimento da criança foi uma mãe suficientemente boa. Essa área transicional se mantém durante toda a vida do ser humano, abrindo espaço para o desenvolvimento das atividades criativas e lúdicas minimizando a tensão da relação entre a realidade interna com a realidade externa do sujeito.

É importante destacar que é no final da fase de dependência relativa que se instaura o estágio denominado EU SOU, momento em que ocorre a conquista da unidade em um *Eu* integrado, e o reconhecimento da realidade externa, como algo separado de si. Essa aquisição representa no desenvolvimento afetivo uma capacidade do bebê se relacionar com objetos e pessoas, reconhecendo-os como parte de sua realidade externa, considerando que antes disso o controle dessa relação era “mágico” (sentimento de onipotência) e, a partir de então, passa para um controle manipulativo que abrange o prazer desse manuseio.

Se nessas fases iniciais citadas tudo transcorrer de uma forma adequada, então na fase rumo à independência (momento das relações triangulares do Édipo) e de independência relativa (a partir da adolescência e vida adulta), o sujeito pode se identificar com a sociedade (e suas leis) e saber lidar com as complexidades que podem vir a surgir. Porém, cabe ressaltar que a independência nunca será completa, pois o indivíduo de alguma forma sempre estará vinculado às provisões ambientais. O que muda é intensidade e a qualidade de sua dependência, por esse motivo o nome de Independência Relativa.

A partir do exposto, pode-se observar a importância dada à mãe (ou ao cuidador) em todo o processo de desenvolvimento da criança. Porém, Winnicott também ressalta a importância que tem a família e o contexto social mais amplo para o desenrolar desse processo, considerando que o ambiente social em que mãe estaria inserida faz parte do ambiente que esta oferece a seu bebê (TIRONI, 2015).

O que se mostra a partir da teoria de Winnicott é a importância que o ambiente tem para todo o processo de desenvolvimento emocional do bebê. Quando as falhas ambientais e/ou as falhas dos cuidados maternos são graves, algumas transtornos podem se desenvolver como mecanismos defensivos.

Sobre isso, Careta (2006) afirma que a **psicose** é o efeito dessas numerosas falhas ambientais e da ausência dos cuidados maternos no estágio inicial de desenvolvimento do

bebê. Da mesma forma, as esquizofrenias, psicoses infantis, o autismo e as personalidades esquizoides também são decorrentes dessa falta de cuidado. Deve-se ressaltar que a psicose tem como fator etiológico básico a privação, ou seja, a ausência dos cuidados de uma mãe suficientemente boa.

Winnicott (1958) também destaca três tipos de ansiedades, que são consequências, de uma técnica do cuidar, não satisfatória: a não-integração, que se refere a um sentimento de desintegração, a ausência de relação entre psique e o soma, que tem como resultado um sentimento de despersonalização, e por último uma sensação que o centro da gravidade da consciência foi transferido do indivíduo para o cuidado, para a técnica. Com isso, a doença psicossomática para Winnicott (1966) seria uma tentativa de retomar a relação entre o soma e a psique. Entretanto, quando o ambiente falha, repetidas vezes, e como consequência disso o bebê reage a essas invasões, a unidade psicossomática acaba por se organizar de uma maneira frágil, de forma que o bebê tem uma experiência insatisfatória com seu próprio corpo. Essas defesas que são elaboradas para lidar com as falhas do ambiente acarretam quebras no sentimento de continuidade do ser, gerando uma separação da psique e do soma e também uma fuga para uma existência denominada por Winnicott (1954) de **falso self**.

O falso self é, na concepção de Winnicott (1954), uma defesa frente às invasões ambientais constantes que impedem o gesto espontâneo. Ao contrário do verdadeiro self, que sinaliza o Eu que se organiza em torno de suas tendências inatas, o falso self demarca uma existência pautada pelas demandas do outro. Assim, as consequências geradas pelo falso self são dificuldades de se transitar na área entre o subjetivo e a realidade (espaço potencial), a inquietação e a falta de capacidade de se concentrar, além de uma necessidade de colecionar ilusões que são geradas na realidade externa, de modo que toda a vida do sujeito gire em torno das reações não atendidas dessas ilusões (Winnicott, 1983).

Winnicott (1983) também apresenta a **tendência antissocial**, como uma modalidade psíquica decorrente das falhas ambientais no processo de desenvolvimento emocional primitivo. Também é denominada pelo autor de psicopatia ou “delinquência não curada”. É uma reação à perda de algo no estágio de dependência relativa, ou seja, refere-se a uma vivência de que algo do ambiente foi perdido, por exemplo, a descontinuidade ou interrupção de cuidados comuns que deveriam ser oferecidos pela mãe ao seu filho. Diferente da psicose, que tem como característica a privação, na tendência antissocial o que a qualifica é a “deprivação”, ou seja, a criança é de-privada das características essenciais da vida familiar. Nessas situações, o sujeito sente que algo bom, ou que percebeu como positivo em sua experiência até certo período, foi-lhe retirado. Porém, essa retirada persiste por um tempo

além do se pode suportar, e com isso a criança não consegue sustentar a falta e nem ao menos se lembrar da experiência positiva.

A tendência antissocial possui duas vertentes, uma delas é o **roubo** e a outra é a **destrutividade**. Entretanto, essas duas vertentes podem ser apresentadas em conjunto. No primeiro aspecto (roubo), a criança o realiza não por causa do objeto em si, mas porque está “a procura da mãe sobre a qual ela tem direitos” (WINNICOTT, p.411, 1956). Na destrutividade, ela busca a estabilidade emocional para que consiga lidar com seus impulsos, na busca do “suprimento ambiental” que perdeu. (WINNICOTT, 1956, p. 141).

A partir do referencial winnicottiano, o que se pode aferir sobre a negligência familiar, ou a falta de cuidados suportivos nas primeiras fases do desenvolvimento, é que ela acarreta sérios danos (psicológicos e sociais) na vida da criança. Então, essas graves falhas ambientais podem e devem ser consideradas como formas de negligência, uma vez que a negligência configura-se como a omissão do cuidado (físico, emocional e material) por parte dos pais ou de quem cumpre essa função.

Para prevenir o risco de sérios transtornos psíquicos na infância é necessário a apresentação de um ambiente que favoreça o sentimento de continuidade do ser e a experiência do viver criativo, a partir das demandas instintuais e do gesto espontâneo, que são típicos do verdadeiro self e da saúde mental. Diante dessas observações deve-se pensar em estratégias clínico-institucionais que busquem interromper o ciclo de vitimização e que possibilitem à criança a ressignificação e superação das experiências de negligência, favorecendo, dessa forma, a retomada do processo de amadurecimento.

4. INTERVENÇÕES CLÍNICO-INSTITUCIONAIS COM CRIANÇAS NEGLIGENCIADAS À LUZ DA PSICANÁLISE WINNICOTTIANA

4.1 A Clínica Winnicottiana: bases teóricas

Winnicott (1983) atribui, como já exposto, significativa importância ao processo de desenvolvimento a partir de sua teoria do amadurecimento emocional primitivo, considerando que todo o ser humano tem uma tendência inata a se desenvolver, porém precisa de um ambiente suficiente bom e facilitador para que isso aconteça de uma forma saudável.

Ancorado na referida teoria, Winnicott irá traçar as bases de sua clínica psicanalítica direcionada, principalmente, para as crianças que vivenciaram importantes privações e/ou intrusões nos primeiros anos de vida. A perspectiva clínica defendida por esse psicanalista inclui mudanças radicais nos conceitos e apropriação de transferência, setting analítico e do papel do analista.

A transferência na psicanálise winnicottiana tem como base a teorização acerca da relação mãe-bebê nos primeiros momentos de desenvolvimento da criança. A partir disso, a relação analítica entre paciente-analista seria responsável em atribuir algumas características dessa dita relação, ou seja, a mãe suficientemente boa seria um modelo para a transferência.

Cabe ressaltar que o termo transferência é utilizado por Winnicott, Freud e Melaine Klein de maneiras distintas. Em Freud, percebe-se que ao longo de sua obra, modificações no conceito de transferência (*ubertragung*). No início, Freud (1985) entende a transferência em seus trabalhos como uma “falsa ligação”, por considerá-la como uma interferência no processo de análise e também por não acreditar em um trabalho psicanalítico com pacientes psicóticos. Porém, conforme foi avançando em seus trabalhos, Freud passou a reconhecê-la como uma das melhores ferramentas que se pode utilizar na análise. Segundo Safra (2004), em Freud a transferência seria o meio em que o paciente traria de volta seus desejos infantis esquecidos para o contexto analítico, o que possibilita uma nova significação a esses desejos e sentidos.

Posteriormente, Klein (1996), com sua grande experiência clínica com crianças, vem para inaugurar uma nova era na psicanálise, indicando a possibilidade de trabalho com pacientes psicóticos, “onde fica claro que é possível estabelecer um contato analítico e despertar o desenvolvimento” (KLEIN,1996, p.249). Para Klein, a transferência já se manifesta no início da primeira infância, e é reconhecida desde a primeira sessão de análise,

pois considera que o inconsciente infantil não se diferencia do inconsciente dos adultos e por isso realiza a interpretação da transferência, considerando-a o verdadeiro trabalho analítico (JANUÁRIO, 2012).

Nessa perspectiva, a teoria kleiniana é considerada ampla por levar em conta a totalidade do material apresentado pelo paciente e por dar grande atenção aos estágios mais iniciais do desenvolvimento. Para ela, o paciente lidaria com as suas questões (conflitos, ansiedades, dentre outras) recordando com o analista da mesma maneira que no passado, porém tentando se afastar deste (analista) da mesma forma que tentou se afastar de seus objetos primários. Assim, para a clínica kleiniana durante a análise o paciente repete inconscientemente suas experiências e fantasias passadas na sua relação com o analista e considera a transferência não só como uma possibilidade de resignificação, mas como uma projeção de vivências infantis na situação analítica (JANUÁRIO, 2012).

Diferentemente de Klein que dava atenção aos seus estudos do mundo interno, Winnicott (1983) passa, com o entendimento da influência do ambiente, a considerar também o mundo externo na constituição psíquica do sujeito. Assim, a transferência é uma grande ferramenta utilizada na clínica winnicottiana, pois nela acontece a regressão do paciente para a fase de dependência. Nessa perspectiva, o holding (a sustentação do terapeuta) e o setting analítico (ambiente) também devem estar adaptados ao paciente para que ele consiga ter confiança em seu analista.

A transferência e a conseqüente regressão, portanto, proporcionam ao paciente uma possibilidade de retornar e reparar a falha ambiental em sua adaptação, que interrompeu seu desenvolvimento emocional. Mas, cabe ao analista fornecer um ambiente (setting) suficientemente bom para que com isso possa atender as necessidades do paciente.

O holding, assim, configura o sustentáculo para o conceito de transferência na psicanálise winnicottiana, pois envolve a ideia de sustentação por parte do profissional em determinadas experiências do analisando, ao longo do tempo, sem interromper a sua experiência. Para Winnicott, os analistas devem encontrar o momento em que a continuidade desse processo falhou (parou), pois, segundo Januário (2008), a transferência tem correlação com os períodos em que o paciente se deparou com dificuldades ou em que aconteceu a falha ambiental.

Diante disso, Winnicott (2000) realiza a divisão de seus casos clínicos em três categorias distintas (pacientes neuróticos, pacientes que não alcançaram plenamente a

integração e os pacientes psicóticos) levando em conta os diferentes registros de sofrimento consequente de diferentes momentos de falhas no processo maturacional e que por sua vez requerem modos diferenciados e próprios de trabalho clínico (JANUÁRIO e TAFURI, 201).

A primeira categoria se refere aos pacientes neuróticos, que apesar de terem alcançado a integração, apresentam dificuldades em estabelecer relações interpessoais. As técnicas para a análise desses pacientes seriam semelhantes às preconizadas por Freud, em que o setting reproduz o clássico freudiano e teria como ferramenta a interpretação da transferência com o objetivo de trazer a tona o material inconsciente recalcado (WINNICOTT, 1955).

A outra categoria seria a de pacientes que iniciaram a integração, mas não conseguiram alcançar a estabilidade no sentido de unidade, nem alcançaram a junção do amor e do ódio e o reconhecimento de sua dependência. Aqui se destacam os pacientes psicossomáticos, limítrofes, e os borderlines. Para Winnicott a técnica utilizada no tratamento desses pacientes não se diferencia tanto da primeira categoria, entretanto, nesses casos surgem novos problemas em relação ao manejo com os princípios da relação clássica, destacando a necessidade de sobrevivência do analista frente aos ataques do analisando.

O acolhimento de pacientes psicóticos seria a terceira categoria. Nesse caso, a análise precisaria lidar com as falhas nos estágios iniciais do desenvolvimento emocional. A ênfase recai no manejo clínico, termo esse que se refere aos cuidados dispensados a determinados pacientes no setting analítico (ambiente).

A partir do exposto, na perspectiva winnicottiana, o modelo de transferência adotado na psicanálise clássica seria indicado apenas para pacientes neuróticos. Para aqueles com configurações mais primitivas ou psicóticas, a análise winnicottiana defende o manejo e o holding como ferramentas a serem utilizadas.

O analista deve cumprir alguns papéis como o de estar identificado ou até mesmo fundido com o paciente, sendo capaz de manter o espaço potencial que o paciente necessita, além de auxiliar o paciente a conhecer a sua história e tomá-la como sua. Porém, não se deve confundir o papel do analista com o da mãe que cuida do bebê. Sobre isso, Januário e Tafuri (2010) afirmam que mesmo o analista se identificando na transferência e nas necessidades primitivas de seu paciente, semelhante ao estado de “preocupação materna primária”, ele não é a mãe em si. Portanto, ele não pode utilizar as técnicas maternas com seus pacientes. Ele

necessita manter a sua posição de analista com o intuito de cuidar do paciente de um modo confiável.

Se caso o analista ultrapasse os cuidados com seu paciente, ele acabará substituindo o papel da “mãe suficientemente boa” e essa não é a intenção. Se assim agir, ele não poderá ser considerado como um “analista suficientemente bom”. Isso é explicado pelo fato de que não se trata de restaurar as experiências do desenvolvimento emocional do paciente, e sim fazer com que estas sejam retomadas. Dessa forma, o sujeito busca em seu analista a possibilidade de se deparar com o novo, de encontrar com aquilo que ainda não aconteceu e com isso o objetivo da análise é o de fornecer um ambiente que favoreça a emergência do não vivido.

Winnicott entende o setting analítico como espaço temporal e o brincar uma ferramenta que inclui a possibilidade de construção do espaço intersubjetivo. Com isso, a análise é estabelecida através do brincar, pois o terapeuta/analista procura, por meio do brincar, estabelecer a comunicação com a criança, já que esta não é capaz de descrever detalhes através da comunicação oral (conversa). Nas palavras de Winnicott:

A psicoterapia ocorre na superposição de duas áreas do brincar, a do paciente e a do terapeuta. A psicoterapia consiste em duas pessoas brincando juntas. O corolário dessa ideia é a de que quando o brincar não é possível, o trabalho desenvolvido pelo terapeuta deve ser o de trazer o paciente da condição de não conseguir brincar para uma outra, em que ele consegue brincar (WINNICOTT, 1975, p. 59).

Para Milner (1952) pode-se comparar o brincar com a concentração e o discurso dos adultos no contexto clínico. Em sua obra o “Brincar e Realidade” (1975), Winnicott traz os benefícios dessa atividade, dentre eles: possibilita à criança manifestar sua criatividade, auxilia no crescimento, conduz os relacionamentos grupais, é uma forma de comunicação na análise além de ajudar a fluir a liberdade de criação.

A partir do exposto, deve-se entender que na clínica winnicottiana, o setting analítico é considerado como um meio-ambiente e que também possui outras funções além de ser um espaço para a compreensão do psiquismo e manifestação das características do inconsciente do paciente, como a de ser um lugar suficientemente bom para se adaptar as necessidades que o paciente possui, e proporcionar um holding (sustentação), disponibilizando ao sujeito a oportunidade de vivenciar experiências semelhantes à maternagem. Esse setting analítico também é responsável por oferecer estabilidade, confiança e esperança no paciente para que

ele possa se constituir como unidade. Desta maneira, Januário (2008) cita alguns objetivos da clínica winnicottiana: proporcionar ao paciente um viver criativo, construir um espaço para o self emergir e oferecer a chance para o desenvolvimento do que foi impossibilitado devido à falha ambiental.

4.2- Intervenções clínico-institucionais com crianças vítimas da negligência

Como foi visto até agora, as vivências de privação e abandono, como a negação e omissão de cuidados no ambiente doméstico, caracterizam a negligência parental e geram graves danos ao desenvolvimento infantil. Independente da forma ou modalidade, a negligência, a partir da perspectiva winnicottiana, se caracterizaria como uma não adaptação do ambiente, podendo acarretar uma interrupção no processo de desenvolvimento emocional da criança, acarretando consequências extremamente danosas (TIRONI, 2015).

Em função disso, deve-se pensar em estratégias clínico-institucionais que possam ser adotadas para ajudar as vítimas de violência doméstica, especialmente aquelas negligenciadas, a superar os traumas e retomar seu processo de desenvolvimento. Contudo, como assinalam Sanches, Parentes e Moraes (2005), o trabalho clínico com esse tipo de população é um grande desafio, fascinante e ao mesmo tempo assustador, pois o terapeuta terá que enfrentar os fantasmas de abandono, que, segundo as autoras, são universais e, muitas vezes, vivências concretas, que são atualizadas no contato com crianças vitimizadas.

Para além das questões subjetivas do analista, Sanches, Parentes e Moraes (2005) alertam que o trabalho com essas crianças também é dificultado, pois devido às inúmeras perdas precoces (vivências de privação), a capacidade de se vincular de muitas dessas crianças fica prejudicada. Esse tipo de clientela apresenta a angústia pelo risco de se repetir a vivência de abandono e de negligência podendo deixar marcas profundas, que se manifestam em um embotamento afetivo ou então num vínculo simbiótico, em que não há espaço para a percepção do outro.

Mas, apesar dessas dificuldades, o trabalho clínico com crianças negligenciadas pode ser bastante positivo em termos de ajudá-las a colocar em marcha seu processo de constituição de si, que foi interrompido pelas vivências de privação e abandono, principalmente se a questão das falhas ambientais precoces possa ser trabalhada e resignificada na presença de um profissional que lhe ofereça suporte e sustentação.

No âmbito da clínica, a análise deve ter como objetivo o fornecimento de um “ambiente suficientemente bom” que se adapte aos processos de amadurecimento e às necessidades que surgem da criança, de uma forma que favoreça o abandono de organizações defensivas, a retomada do processo maturacional e o surgimento de um Eu. Nessa perspectiva, Januário (2008, p. 75) afirma que: “para isso, é necessário que a análise propicie as condições que faltaram nos momentos das falhas iniciais e que impediram o desenvolvimento saudável”. Em outras palavras, nesses casos a análise terá que priorizar o estabelecimento do setting e o manejo, marcado por um fornecimento de holding complexo e organizado.

Assim, a intervenção clínica com pacientes que não vivenciaram o holding em seu processo de amadurecimento, como nos casos de crianças negligenciadas, deve priorizar esse tipo de manejo do setting analítico, que forneça um ambiente adequado às necessidades do paciente para facilitar a integração das partes de seu Eu, colocando em marcha o processo de desenvolvimento que ficou bloqueado em função das privações e das falhas ambientais. Segundo Avellar:

O setting analítico tem uma importante função neste processo representando o meio ambiente necessário para o paciente recuperar sua criatividade, desenvolver o brincar, nos termos que Winnicott nos apresenta. Na constituição deste espaço, a criança pode retomar o seu desenvolvimento que por algum motivo foi interrompido (AVELLAR, 2004, p. 37).

Nesse sentido, o analista não cumpre a mera função de decifrador do inconsciente da criança, mas se torna o agente privilegiado, a partir de sua presença, para a ocorrência da (re)significação do viver do paciente (Pinto Junior et al., 2008). Nas situações de violência e negligência familiar essa função do analista se faz mais necessária em função das graves falhas ambientais e experiências de privação.

Da mesma forma, Sanches, Parente e Moraes (2005) assinalam que em decorrência das situações traumáticas vividas, em geral numa fase primitiva de desenvolvimento, o código linguístico não é o mais familiar às crianças vitimizadas. Nessas situações, a flexibilidade como parte essencial da proposta teórica e clínica, a criação de um setting que favoreça o holding e a sustentação, inclusive no sentido de sobreviver aos ataques necessários à elaboração dos traumas vividos, constituindo-se num espaço de transicionalidade, podem

propiciar a retomada de um processo de amadurecimento interrompido por causa da violência e/ou da negligência perpetradas pelos cuidadores.

Quando a criança vitimizada necessita ser retirada do seu ambiente familiar e colocada em instituição de acolhimento a intervenção apresenta características mais peculiares. Cavalcante, Magalhães e Pontes (2007) afirmam que a vivência de institucionalização de forma precoce e prolongada acarretam sequelas psicológicas, e o vínculo e o apego ficam comprometidos, ou seja, a criança encontra dificuldades em confiar nas pessoas, e também demonstra prejuízos emocionais e cognitivos comprometidos. Os autores ressaltam que, em função disso, o abrigo deve funcionar como uma rede de apoio social, principalmente quando há a ruptura definitiva do vínculo familiar.

Assim, Queiroz (2015) afirma que quando necessário o encaminhamento da vítima de negligência a uma instituição de acolhimento, esse serviço deve fornecer para a criança, por meio de seus técnicos e educadores sociais, uma sensação de estar apoiada e sustentada. Por meio de relações afetivas seguras, a instituição pode funcionar como um ambiente facilitador e suficientemente bom a partir desses requisitos mencionados.

Dessa forma, os profissionais da instituição de acolhimento, assim como o analista no setting clínico, devem favorecer o holding, ou seja, procurar sustentar a criança acolhida através de cuidados que sejam análogos aos cuidados maternos com o objetivo de melhorar a vida e minimizar o seu sofrimento. A tensão emocional gerada na criança por ser retirada do seu seio familiar para a instituição de acolhimento deve ser trabalhada/contida por esses profissionais que devem receber treinamento especializado englobando todos os profissionais como: psicólogos, assistentes sociais, psiquiatras, dentre outros (QUEIROZ, 2015).

Também Lobato, Pedroso e Magalhães (2016) afirmam que o abrigo, ou seja, o cuidado fora do contexto familiar pode cumprir o papel de um ambiente facilitador para o desenvolvimento infantil sem nenhum prejuízo. Mas, para que isso aconteça, a criança abrigada tem que ter uma pessoa de referência e que esteja disposta, integralmente, a facilitar o processo de identificação entre a ela e o abrigo.

No intuito de promover a identificação entre a criança acolhida e a instituição, Camilo e Garrido (2012) destacam que o atendimento realizado, tendo como aporte a psicanálise de orientação winnicottiana, deve privilegiar atividades medidoras que facilitem a comunicação entre o abrigado e o profissional. Os autores destacam o uso de bonecos e de fantoches, grupo de arte-terapia, trabalho com fábulas e contos infantis. Essas atividades,

pautadas no conceito winnicottiano de brincar, ajudam a propiciar um ambiente suficiente bom para que a criança consiga expor sua criatividade e liberdade de criação. Além disso, auxiliam na rearticulação do equilíbrio psíquico das crianças vitimizadas.

Além disso, os profissionais das instituições de acolhimento, entendidas como uma extensão do ambiente dessas crianças, precisam sobreviver aos seus ataques possibilitando a elas viver aquilo que não foi vivido no ambiente familiar e, a partir disso, colocar novamente em marcha seu processo de desenvolvimento afetivo. Em outras palavras, cabe às instituições de acolhimento, e seus profissionais, proporcionar a criança o direito de sonhar, de se expressar, além de ser um espaço de afeto, solidariedade, proteção e promoção da liberdade e da criatividade.

Assim, considerando que a experiência de cuidados negligentes pelas figuras parentais causam diferentes formas de sofrimento e de defesas, é importante privilegiar estratégias clínico-institucionais que possibilitem à criança ressignificar a privação sofrida e favorecer a retomada do seu desenvolvimento emocional. Na abordagem winnicottiana, a criança vítima de negligência deve ter a possibilidade, através do estabelecimento de um ambiente (setting) acolhedor e suficientemente, retomar seu processo de desenvolvimento emocional, ressignificando suas experiências, de forma a resgatar sua condição de sujeito.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A negligência, enquanto uma modalidade de violência doméstica contra crianças e adolescentes, mostra-se como um grave problema social e de saúde pública cuja abordagem/detenção é amplamente prejudicada pelos poderosos mecanismos de ocultação, pois esse fenômeno se manifesta no espaço sigiloso, dentro da família. Além disso, os impactos no desenvolvimento das vítimas são inúmeros e podem persistir ao longo de toda a vida. Por isso, torna-se fundamental o desenvolvimento de estratégias de intervenção, prevenção e combate para erradicar toda e qualquer forma de violência contra a criança. No que se refere à intervenção nas situações de negligência ou qualquer outra forma de violência, essa deve envolver todos os serviços e os profissionais além de se criar políticas públicas mais eficazes.

No âmbito clínico-institucional, à luz da psicanálise winnicottiana, destaca-se que através do estabelecimento de um ambiente suficientemente bom por profissionais que cuidam das crianças negligenciadas em instituições de acolhimento, e na clínica, em que se proporcione o holding, no sentido de acolhimento, contenção e sustentação, a criança pode ter a possibilidade de retomar o seu processo de desenvolvendo, podendo viver aquilo que ainda não foi vivido, de forma espontânea e transformadora.

Entretanto, a discussão sobre essa temática não se encerra aqui, mas abre novas possibilidades de discussão a partir de novas pesquisas que avaliem as técnicas de intervenção e de holding, o papel dos profissionais de instituições de acolhimento para crianças vitimizadas e abandonadas, etc. Assim, espera-se que outros estudos possam ser desenvolvidos visando contribuir para o desenvolvimento de estratégias interventivas com essa população, que sejam capazes de minimizar o sofrimento psíquico decorrente da vitimização, da negligência e do abandono familiar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARAÚJO, Conceição A. Serralha. O ambiente em Winnicott. **Winnicott e-prints**, v. 4, n. 1, p. 21-34, 2005.

ALMEIDA, Sônia Maria AF. Reflexões sobre violência doméstica: algumas contribuições para (re) pensar a violência contra crianças, adolescentes e mulheres. **História Unisinos**, v. 9, n. 3, p. 177-183, 2005.

ARIÈS, Philippe. **História social da criança e da família**. Rio de Janeiro: Editora Guanabara, 1981.

BRITO, Ana Maria M. et al. Violência doméstica contra crianças e adolescentes: estudo de um programa de intervenção. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 10, n. 1, p. 143-9, 2005.

DA SILVA PEDROSO, Janari; LOBATO, Caroline Pinheiro; MAGALHÃES, Celina Maria Colino. Brincar e Realidade: Verbalizações de Crianças em Situação de Acolhimento Institucional. **Psicologia em Estudo**, v. 21, n. 4, p. 711-721, 2016.

DAHLBERG, Linda L.; KRUG, Etienne G. Violência: um problema global de saúde pública. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, p. 1163-1178, 2006.

DIAS, Elsa Oliveira. A clínica das psicoses e a teoria do amadurecimento de Winnicott. **Revista Infante: Revista de Neuropsiquiatria da Infância e da Adolescência**, v. 2, n. suplemento I, p. 18-41, 1999.

DIAS, Elsa Oliveira. A teoria winnicottiana do amadurecimento como guia da prática clínica. **Natureza humana**, v. 10, n. 1, p. 29-46, 2008.

DE ASSIS, Simone Gonçalves; AVANCI, Joviana Quintes. **Labirinto de espelhos: formação da auto-estima na infância e adolescência**. Rio de Janeiro: SciELO-Editora FIOCRUZ, 2004.

FERREIRA, Fernanda Belluzzo Guedes et al. **Uma compreensão winnicottiana sobre as noções de soma, psique e mente como referência para o entendimento da integração psicossomática**. Dissertação de Mestrado, Curso de Pós-graduação em Psicologia do Centro de Ciências da Vida, Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas, 2010.

FRANCO, Sérgio de Gouvêa. O brincar e a experiência analítica. **Ágora: estudos em teoria psicanalítica**, v. 6, n. 1, p. 45-59, 2003.

GARRIDO, Margarida V.; CAMILO, Cláudia. Negligência parental: Uma abordagem experimental a problemas comunitários. **Mind**, vol. 3, n. 1-4, p. 1-14, 2012.

JANUÁRIO, Livia Milhomem. **Transferência e espaço potencial: a relação analítica com crianças em estados autísticos e psicóticos**. Tese (Doutorado). Universidade de Brasília, UnB, 2012.

JANUÁRIO, Livia Milhomem. **A transferência na clínica psicanalítica com crianças em sofrimento psíquico grave**. Dissertação de Mestrado, Curso de Pós-graduação em Psicologia Clínica e Cultura, Universidade de Brasília, Brasília, 2008.

JORGE, Maria Helena P. Mello. Violência sob o olhar da saúde: a infrapolítica da contemporaneidade brasileira. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, n. 4, p. 1128-1129, 2004.

MARTINS, Alessandra Affortunati et al. **Estudo comparativo do conceito de transferência em Freud e Winnicott**. 2004. 216 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2004.

MORAIS, Eliane Pinheiro de; EIDT, Olga Rosária. Conhecendo para evitar: a negligência nos cuidados de saúde com crianças e adolescentes. **Revista gaúcha de enfermagem**, v. 20, n. especial (1999), p. 6-21, 1999.

MILHOMEM JANUÁRIO, Livia; TAFURI, Maria Izabel. A relação transferencial com crianças autistas: uma contribuição a partir do referencial de Winnicott. **Psicologia Clínica**, v. 22, n. 1, p. 57-70, 2010.

NASIO, Juan-David. **Introdução às obras de Freud, Ferenczi, Groddeck, Klein, Winnicott, Dolto, Lacan**. Rio de Janeiro: Editora Zahar, 1995.

PINTO JUNIOR, Antônio Augusto. et al. Vitimização e violência: atendimentos clínicos a partir de enquadres diferenciados. In: Tardivo, L.S.L.P.C.; Gil, C.A. (Org.). **APOIAR: Novas Propostas em psicologia clinica**. 1ed. São Paulo: Sarvier Editora de Livros Médicos Ltda, v. 1, p. 513-522, 2008.

PINTO JUNIOR, Antônio Augusto. **Violência sexual doméstica contra meninos: um estudo fenomenológico**. São Paulo: Vetor Editora, 2005.

PINTO JUNIOR, Antônio Augusto; CASSEPP-BORGES, Vicente; DOS SANTOS, Janielly Gonçalves. Caracterização da violência doméstica contra crianças e adolescentes e as estratégias interventivas em um município do Estado do Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 23, n. 2, p. 124-131, 2015.

PFEIFFER, Luci e HIRSCHHEIMER, Mário Roberto. **Negligência ou omissão no cuidar.** Procedente do II Fórum Paulista de Prevenção de Acidentes e Combate à Violência contra Crianças e Adolescentes/2007. São Paulo: Sociedade de Pediatria de São Paulo, 2007.

RAPAPPORT, Clara Regina; FIORI, Wagner da Rocha; HERZBERG, Eliana. **Psicologia do desenvolvimento: a infância inicial: o bebê e sua mãe.** São Paulo: EPU, v. 2, 1981.

ROSAS, Fabiane Klazura; CIONEK, Maria Inês Gonçalves Dias. O impacto da violência doméstica contra crianças e adolescentes na vida e na aprendizagem. **Conhecimento Interativo**, v. 2, n. 1, p. 10-15, 2006.

SANCHES, Renata Meyer; PARENTE, A. M.; MORAES, Ana Lucia Giannella. Psicoterapia analítica de crianças em situação de abandono: uma visão winnicottiana. In: R. M. Sanches (Org.). **Winnicott na clínica e na instituição.** São Paulo: Escuta, p. 109-132, 2005.

TIRONI, Christiani Martins Rodrigues. **O jogo das relações intrafamiliares no estudo dos vínculos de crianças negligenciadas.** Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo, 2015.

WINNICOTT, D. W. **O brincar e a realidade.** Rio de Janeiro: Editora Imago, 1975.

WINNICOTT, D. W. **O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional.** Porto Alegre: Editora Artmed, 1983.

WINNICOTT, D. W. **Natureza humana.** Rio de Janeiro: Editora Imago, 1990.

WINNICOTT, D. W. **Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas.** Rio de Janeiro: Editora Imago, 2000.

WINNICOTT, D. W. O relacionamento inicial entre uma mãe e seu bebê. In: D. W. Winnicott. **A família e o desenvolvimento individual**. São Paulo: Martins Fontes, p. 21-28, 1993.