

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FFCLRP: DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

“Crianças em situação de negligência: a compreensão do fenômeno e o estabelecimento de parâmetros de avaliação”

Juliana Martins Faleiros

Tese apresentada à Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da USP, como parte das exigências para a obtenção do título de Doutor em Ciências, Área: Psicologia

RIBEIRÃO PRETO-SP

2011

Juliana Martins Faleiros

"Crianças em situação de negligência: a compreensão do fenômeno e o estabelecimento de parâmetros de avaliação"

Tese apresentada à Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da USP, como parte das exigências para a obtenção do título de Doutor em Ciências, Área: Psicologia

Versão Corrigida

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Marina Rezende Bazon

RIBEIRÃO PRETO

2011

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Faleiros, Juliana Martins

Crianças em situação de negligência: a compreensão do fenômeno e o estabelecimento de parâmetros de avaliação. Ribeirão Preto, 2011.

193p.; II; 30cm

Tese de Doutorado, apresentada à Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Psicologia.

Orientador: Bazon, Marina Rezende.

1.Negligência 2. Maus-tratos 3. Família. 4. Crianças. 5. Abuso.

Nome: FALEIROS, Juliana Martins

Título: Crianças em situação de negligência: a compreensão do fenômeno e o estabelecimento de parâmetros de avaliação

Tese de Doutorado, apresentada à Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para a obtenção do título de Doutor em Psicologia.

Aprovado em:

Banca Examinadora

Prof(a). Dr(a) _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof(a). Dr(a) _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof(a). Dr(a) _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof(a). Dr(a) _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof(a). Dr(a) _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

AGRADECIMENTOS

À Marina Rezende Bazon, pela escuta, correções, disponibilidade. Por toda a contribuição na minha formação acadêmica.

À Lylla Cysne Frota D`Abreu, por ter estado do meu lado durante todos os anos deste percurso (mesmo estando, muitas vezes, longe). Pela amizade, escuta, carinho, caminhadas e “emails”.

Ao Prof. Carl Lacharité, pelo caloroso acolhimento em Québec, pelos ensinamentos valiosos, por todos os apontamentos que em muito contribuíram para o avanço deste trabalho, mas, sobretudo, pela sua sensibilidade e delicadeza, que tanto me ensinaram. Merci beaucoup!

À Prof^a. Lúcia Willians, que bastante colaborou para o aprimoramento deste trabalho.

Às minhas irmãs, Letícia, Paula e Sarah, por toda a ajuda, principalmente de última hora.

Aos meus pais, pelo apoio e ajuda financeira, sem a qual esse trabalho não seria possível.

À Lílían de Paula Bérghamo e Mara Pasian, pela amizade e pela sua inteira disponibilidade em ajudar.

Às primas Monica Martins Mendes e Júlia Martins Barbosa, sem as quais, não conseguiria finalizar esse trabalho.

Ao meu marido, Peter Baxendale, pelo amor, companheirismo, paciência, jantares, faxina, nos muitos dias em que estava indisponível... estou voltando ao normal!

A todas as famílias participantes, pela acolhida e permissão para a realização deste trabalho.

A todos os professores, coordenadores e profissionais que doaram seu tempo e fizeram todo o possível para contribuir com a pesquisa.

Enfim, a todos que direta ou indiretamente me apoiaram e me auxiliaram no decorrer dessa trajetória.

RESUMO

FALEIROS, J. M. **Crianças em situação de negligência: a compreensão do fenômeno e o estabelecimento de parâmetros de avaliação.** 2011. 193f. Tese (Doutorado) – Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2011.

Investigações epidemiológicas apontam que as taxas de incidência e prevalência da negligência são as mais altas em vários países do mundo, bem como no Brasil. No nosso contexto, as investigações sobre o tema são raras e o conhecimento limitado. Buscando contribuir para uma melhor compreensão da negligência no contexto Brasileiro, o presente estudo teve como objetivo estudar a manifestação da negligência em casos notificados ao Conselho Tutelar, tentando apreender os mecanismos de produção subjacentes, de modo a se estabelecer parâmetros com vistas à avaliação dos casos. Para tal, utilizou-se proposições teóricas já estabelecidas pela literatura científica atinentes a critérios relacionados à manifestação do problema e aos mecanismos relacionados à sua produção. O delineamento metodológico foi o de Estudo de Casos Múltiplos, dentro de uma abordagem qualitativa de pesquisa. A coleta de dados ocorreu no contexto de vida das famílias, em um contexto de acompanhamento psicossocial, que teve a duração de 10 meses, utilizando-se de observação participante, entrevistas e utilização de instrumentos padronizados. No total, 12 famílias foram estudadas. As informações, coletadas por meio das diferentes estratégias, foram reagrupadas de modo a compor um conjunto único de dados, referente a cada caso. Buscou-se, então, verificar se as proposições teóricas fixadas a priori podiam ou não ser demonstradas em cada caso, para em seguida se efetuar análises de comparação, buscando-se por semelhanças e diferenças, no sentido de encontrar agrupamentos possíveis, com relação ao conceito de negligência empregado. Os resultados distinguiram três grupos. Um primeiro foi denominado **“Negligência Confirmada”**, formado pelas famílias cujas informações coletadas preencheram a todos critérios pré-estabelecidos; um segundo, **“Em Risco de Negligência”**, constituído pelas famílias cujas informações indicaram o não cumprimento aos critérios relativos à manifestação, mas os cumpriam no plano dos mecanismos de produção da problemática sinalizando, então, que a instalação da negligência estaria em curso; e um terceiro grupo, que foi chamado de **“Negligência Não Confirmada”**, reuniu as famílias cujas informações não cumpriam, concomitantemente, a todos os critérios estabelecidos. Pode-se dizer que as crianças no grupo 1 foram àquelas que apresentavam a maior gama de necessidades não respondidas associadas a um grande número de consequências. Este grupo também se diferenciava dos outros, pelo isolamento social em que vivia a família e número reduzido de interações positivas entre cuidadores-crianças. No grupo 2, observou-se que significativos problemas de comportamento que as crianças apresentavam geravam reações dos diversos ambientes sociais (principalmente, na escola) e se tornavam uma fonte significativa de estresse na família, concorrendo para a diminuição das interações parento-filiais, com o incremento de punições corporais, além de produzir isolamento social das famílias. O grupo 3 se diferenciou pelo apoio social recebido, apontando para a importância crucial dessa variável, no sentido de darem conta das necessidades de desenvolvimento infantil, em meio a uma gama variada de adversidades. Os critérios utilizados para a avaliação dos casos, além de permitirem visualizar a complexidade do fenômeno, possibilitaram a identificação de suas diferentes manifestações. Futuras investigações, com diferentes amostras, podem ajudar na consolidação dos critérios de avaliação e confirmação de casos no contexto brasileiro.

Palavras-chave: Negligência, Maus-tratos, Abuso, Crianças, Famílias

ABSTRACT

FALEIROS, J. M. **Children in situation of negligence: a comprehension of the phenomena and the establishment of evaluation parameters.** 2011. 193f. Tese (Doutorado) – Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2011.

Epidemiological investigations reveal that the incidence and prevalence rates of negligence are the highest in several countries in the world, as it is in Brazil. In our context, the investigations around the theme are rare and the knowledge is limited. Seeking to contribute to a better comprehension of negligence in the Brazilian context, the present study has the intention of analyzing the manifestation of negligence in cases notified to the protective service, trying to apprehend the underlying production mechanisms, so that it is possible to establish parameters concerning the evaluation of the cases. In order to do so, theoretical propositions were used which already established by scientific literature related to the criteria concerning the manifestation of the problem and the mechanisms associated to its production. The methodological framework was the Multiple Case Study, in a qualitative approach of research. A data gathering took place in the life background of the families, in a context of psychosocial attendance, which had a 10 month duration, making use of participating observation, interviews and the use of standardized instruments. Overall, 12 families were studied. The information collected by the different strategies was regrouped so that a single group of data was composed related to each case. It is, then, sought to verify if the theoretical propositions determined *a priori* could or not be demonstrated in each case, so that, next, an analysis of comparison could be made, seeking for similarities and differences, in the sense of finding possible groupings concerning the concept of negligence employed. The results sorted out three groups. The first one was named **“Confirmed Negligence”**, formed by the families which collected information met all the pre-established criteria; a second one was named **“In Risk of Negligence”**, formed by the families which information indicated the non accomplishment of the criteria relative to manifestation, but met those in the sphere of the production mechanisms of the problem, thus indicating that the onset of negligence is in its course; and a third group, called **“Non-confirmed Negligence”**, assembled the families which information didn't meet, concomitantly, all the established criteria. It can be said that the children from group 1 were those who presented the greatest variety of needs that were not met associated to a great number of consequences. This group also differed from the others by the social isolation in which the family lived and by the reduced number of positive interactions between children and caretakers. In group 2, it could be observed that significative behavior problems presented by the children created reactions from the various social environments (especially school) and became a significative font of stress in the family, leading to the reduction of parent-child interactions, with the increase of corporal punishment, in addition to producing the social isolation of the families. Group 3 stood out for the social support received, pointing to the critical importance of this variable, in the sense of meeting the necessities of children development in a wide range of adversities. The criteria used for the evaluation of the cases not only allowed the complexity of the phenomena to be visualized, it also made the identification of its different manifestations possible. Future investigation, with different samples, can help to consolidate the criteria of evaluation and confirmation of the cases in the Brazilian context.

Keywords: Neglect, Maltreatment, Abuse, Children, Families

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Definições de negligência encontradas a partir de guias recuperados eletronicamente	46
Quadro 2: Indicadores comportamentais, físicos e emocionais observados na criança das famílias notificadas pelas educadoras/professoras da creche/pré-escola.	58
Quadro 3: Métodos e instrumentos utilizados na coleta de dados relacionados às unidades de análise investigada	66
Quadro 4: Caracterização das famílias reunidas no sub-grupo “Negligência Confirmada -Crônica”	79
Quadro 5: Problemas comportamentais apresentados pelas crianças do sub-grupo crônico a partir da avaliação das mães (CBCL) e professoras (TRF)	84
Quadro 6: Caracterização da Família D	102
Quadro 7: Problemas comportamentais apresentados pela criança da Família D a partir da avaliação das mães (CBCL) e professoras (TRF)	105
Quadro 8: Caracterização das famílias reunidas no grupo “Em Risco de Negligência”	112
Quadro 9: Problemas comportamentais apresentados pelas crianças das Famílias E e F a partir da avaliação das mães (CBCL) e professoras (TRF)	114
Quadro 10: Caracterização das famílias do grupo 3 “Negligência Não Confirmada”.....	128
Quadro 11: Problemas comportamentais apresentados pelas crianças do grupo 3 a partir da avaliação das mães (CBCL) e professoras (TRF)	132

LISTA DE FIGURAS E TABELAS

Figura 1: Unidades de análise pré-estabelecidas a partir das preposições teóricas adotadas	53
Tabela 1: Informações sócio-demográficas das famílias estudadas	59

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	19
1. INTRODUÇÃO	21
1.1 DESAFIOS EM RELAÇÃO À DEFINIÇÃO E À CONFIRMAÇÃO DA NEGLIGÊNCIA	23
1.2 UMA PROPOSIÇÃO CONCEITUAL PARA A NEGLIGÊNCIA E OS REFERENCIAIS ADOTADOS NO PRESENTE ESTUDO	33
1.3 O ESTUDO DA NEGLIGÊNCIA NO BRASIL E AS DEFINIÇÕES FREQUENTEMENTE ADOTADAS	37
<i>1.3.1 As definições de negligência nas publicações científicas nacionais</i>	<i>40</i>
<i>1.3.2 As definições de negligência, no contexto nacional, no âmbito legal e profissional</i>	<i>45</i>
1.4 OBJETIVOS	49
2. MÉTODO	51
2.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO	51
2.2 SELEÇÃO DOS CASOS	54
2.3 MÉTODO E INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS	60
2.4 O DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA E OS PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS	66
2.5 PROCEDIMENTO DE ANÁLISE DOS DADOS	70
2.6 ASPECTOS ÉTICOS	75
3. RESULTADOS	77
4. DISCUSSÃO	143
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	163
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	169
APÊNDICES	183
ANEXOS	193

APRESENTAÇÃO

O interesse pela temática da negligência se iniciou há alguns anos, durante a graduação, na experiência propiciada em um estágio profissionalizante de atendimento psicológico, em contexto clínico, no qual acompanhei uma criança que havia sido retirada da família e abrigada devido a notificações relativas à negligência da parte dos cuidadores. Deparei-me com o seu sofrimento, e algumas consequências negativas para o seu desenvolvimento, bem como com o despreparo dos profissionais envolvidos no sistema de proteção, para o manejo do caso, e a ineficácia das ações implementadas, com vistas ao retorno da criança ao contexto familiar. Pode-se dizer que a fragilidade das ações, em termos teórico e metodológico, culminou na radicalização do problema que havia motivado o abrigamento, verificando-se, após certo tempo transcorrido desde as primeiras intervenções, o abandono total da criança na instituição, com o desaparecimento dos cuidadores.

Na seqüência, ainda na graduação, em um estágio na área social-comunitária, atuei em um programa ligado à assistência social do município de Ribeirão Preto, onde pude entrar em contato com muitas famílias, em seus próprios contextos de vida, vivendo numerosas situações adversas, em meio às quais parecia também figurar a negligência dos filhos. Nesse quadro, no atendimento despendido às crianças “ditas” em risco psicossocial denotava-se a permanente confusão entre situações de pobreza das famílias e de negligência dos adultos em relação aos cuidados infantis, diante da indisponibilidade de indicadores mais refinados para separar uma situação da outra e abordá-las de modo diferenciado. Na prática, a todas às famílias era oferecido algum benefício social, especialmente a “cesta básica” e o auxílio financeiro, sem que qualquer atenção fosse dada aos padrões de cuidado e de interação estabelecidos numa ou noutra família ou nos serviços formais que essas famílias necessitavam e os quais nunca chegavam a ter acesso.

No mestrado, com a proposição de estimar a magnitude dos maus-tratos no município de Ribeirão Preto, para a população em idade escolar, freqüentando as quatro primeiras séries do ensino fundamental, a partir das informações obtidas junto aos professores, verificamos que o tipo mais freqüente de maus-tratos na cidade de Ribeirão Preto era negligência, corroborando apontamentos da literatura internacional. Nesta pesquisa, segundo os profissionais da educação, as crianças assinaladas como negligenciadas se diferenciariam das exclusivamente pobres, e apresentariam, aos seus olhos, dificuldades comportamentais e emocionais significativas.

Todas essas experiências, de trabalho prático junto a crianças e famílias e de pesquisa, foram suscitando muitas questões concernindo o fenômeno da negligência em nosso contexto sócio-cultural: Em que consistiria a negligência, levando em conta diferenças sócio-culturais que podem perpassar as concepções relativas à criação de filhos? Quais critérios e/ou características deveriam ser levados em conta para considerar que em uma família as crianças efetivamente estão sendo negligenciadas? Em que a negligência se distinguiria da pobreza? A negligência remeteria a quais tipos de situações concretas? Como a situação de negligência se estruturaria e se desenvolveria no seio de uma família? Seriam os casos suspeitos de negligência, no contexto educacional, realmente casos? O estudo desenvolvido e aqui apresentado pretendeu contribuir para a produção de conhecimento visando responder, em alguma medida, essas questões e, também, propiciar a formulação de novas indagações sobre o tema.

1. INTRODUÇÃO

A negligência, enquanto uma das modalidades de maus-tratos infantil, foi durante muito tempo “negligenciada” pela ciência (Wolock & Horowitz, 1984; Dubowitz, 1999). Isso decorreu, em parte, do fato de ela ter sido considerada um problema de menor relevância pelos serviços de proteção (uma vez que suas sequelas eram menos evidentes que as dos abusos), sendo confundida frequentemente com a pobreza (Garbarino & Collins, 1999; McSherry, 2007) ou concebida como uma simples consequência dessa, ou seja, um problema de “criança suja em casa suja” (Minty & Pattinson, 1994).

A literatura internacional aponta que o tema se impôs aos cientistas, no começo, pelo número de casos que chegavam aos serviços de proteção (Wolock & Horowitz, 1984) e, posteriormente, pela constatação, por pesquisas, da gravidade dos danos decorrentes de vivências crônicas de negligência (Gaudin, 1999; Glaser, 2000; Hildyard & Wolfe, 2002; Dubowitz, Papa, Black & Star, 2002; Trocmé, Tourigny, MacLaurin & Fallon, 2003; Ethier, Lemelin & Lacharité, 2004; Nolin & Turgeon, 2004; Toth & Cicchetti 2005; Connel-Carrick & Scannapieco, 2006).

Investigações epidemiológicas apontaram que as taxas de incidência e prevalência da negligência em países como Espanha, Estados Unidos, Argentina, Austrália, Inglaterra e Canadá são muito elevadas, sendo essa modalidade de maus-tratos infantis a mais recorrente (Moreno et al, 1995; Australian Institute of Health 1999; Bringiotti, 2000; Department of Health, 2002; Trocmé et al., 2003 U.S Department of Health and Human Services[USDHHS] 2009). Em publicação recente do U.S Department of Health and Human Services[USDHHS](2009) aponta-se que as taxas de negligência nesse país chegam a 78,3% dos casos notificados.

Além disso, há indícios de que as taxas de negligência cresçam mais rápido que as das outras modalidades de maus-tratos (Sedlak & Broadhurst, 1996) e que ela se caracterize pelo maior nível de reincidência (Jonson-Reid, Drake, Chung & Way, 2003).

No que diz respeito à gravidade das consequências, a revisão feita por Gaudin (1999), por exemplo, sublinha importantes sequelas produzidas pela negligência, em curto e em longo prazo. De acordo com esse autor, as pesquisas denotam que na pequena infância (por volta dos 2 anos), crianças negligenciadas tendem a apresentar falta de entusiasmo em tarefas que envolvem resolução de problemas, são mais bravas (mal humoradas) e se frustram mais facilmente se comparadas a outras crianças. Avançando a idade (por volta dos 4 anos),

crianças negligenciadas apresentam menos controle do impulso, menos flexibilidade e criatividade nas tarefas de resolução de problemas.

Ainda segundo essa revisão, professores de creche avaliam crianças negligenciadas com tendo um funcionamento acadêmico, emocional e social mais pobre. Na pré-escola, de acordo com a percepção dos professores, sobressair-se-iam prejuízos no plano do desenvolvimento físico (altura e peso abaixo da média para a faixa etária), no do desenvolvimento cognitivo e linguagem (as crianças negligenciadas apresentariam muito atraso na linguagem expressiva e receptiva, concorrendo para déficits na capacidade de expressão e compreensão, habilidades cognitivas e QI), nas relações sociais (elas seriam mais passivas e introvertidas, mais agressivas ou apresentariam maior alternância agressividade-introspecção), além de uma maior incidência de óbitos. A longo prazo, em crianças com idade escolar, os déficits cognitivos e acadêmicos seriam notáveis, além da apresentação de problemas comportamentais e no funcionamento social, na escola e em casa. Mais adiante, no que se refere à adolescência, denotar-se-ia uma forte associação entre negligência e delinquência e, por fim, parece haver alta probabilidade de transmissão geracional de negligência.

Glaser (2000) indica a existência de consideráveis evidências de danos no cérebro decorrentes de vivências de abuso e de negligência, ressaltando que crianças negligenciadas, entre outras conseqüências, apresentam uma redução do volume cerebral e mudanças bioquímicas, funcionais e estruturais no cérebro.

Hildyard e Wolf (2002) reiteram que crianças negligenciadas podem sofrer severos danos, tanto a curto quanto a longo prazo, nas áreas cognitivas, sócio-emocional e comportamental. A ocorrência de negligência na vida inicial parece particularmente prejudicial ao desenvolvimento subsequente e, se comparada a crianças que vivenciaram outros tipos de maus-tratos, as negligenciadas apresentam mais déficits cognitivos e acadêmicos, bem como maior retraimento social, com menos interação com pares e mais problemas internalizados.

Já Éthier, Lemelin e Lacharité (2004), por meio de um estudo longitudinal, concluem que crianças que sofreram negligência crônica apresentavam problemas de comportamento, sintomas de ansiedade e depressão, agressividade e introversão, sendo os efeitos tanto mais graves quanto mais crônica a experiência da negligência, sinalizando um alto risco para o desenvolvimento de problemas em níveis clínicos.

Lacharité, Éthier e Nolin (2006) indicam que crianças negligenciadas têm o funcionamento sensorial e neuro-cognitivo afetado, o que concorre para a existência de

déficits no desenvolvimento de suas habilidades de comunicação, expressão e regulação afetiva, nas capacidades para o estabelecimento de relações de apego e para engajar-se em interações que requerem mutualidade, além de dificuldades para representar a si e aos outros.

Ademais, investigações denotam já há alguns anos a existência de um grande número de óbitos infantis associados à negligência (Gaudin, 1999; WHO/ISPCAN, 2006; USDHHS, 2009). O U.S Department of Health and Human Services [USDHHS] (2009) aponta que 66,7% das crianças que morreram nos Estados Unidos em decorrência de maus-tratos infantis, eram, de fato, vítimas de negligência, exclusivamente, ou desta em associação ao abuso físico, sendo que 80,8% das vítimas eram menores de 4 anos.

Frente a tal panorama, pesquisadores defendem a necessidade de estudar especificamente a negligência, considerando sua magnitude e a gravidade de suas consequências, além do fato de ela constituir-se em um fator de risco em si à ocorrência das outras modalidades de maus-tratos (Lacharité et al., 2006). Nesse sentido, indicam a importância de obter informações que permitam diagnosticá-la e tratá-la adequadamente.

1.1 Desafios em relação à definição e à confirmação da negligência

Um importante e, talvez prioritário, desafio a ser enfrentado no que concerne à negligência é o de avançar em direção a uma definição consistente, que ofereça elementos para o seu diagnóstico (Martinez, 1997; Sullivan, 2000; Manso, 2002; Dubowitz et al., 2005; English, Thompson, Graham & Briggs, 2005; USDHHS, 2006; Lacharité et al., 2006; Dubowitz, 2007; McSherry, 2007).

Em 1999, Zuravin a partir de uma revisão da literatura identificou a existência de somente 2 artigos científicos publicados até aquela data, com o objetivo de debater as definições de negligência existentes, no sentido de avançar em trabalhos futuros. As definições até então adotadas não apresentavam critérios suficientemente objetivos que pudessem auxiliar no diagnóstico de uma situação de negligência, sendo que na maioria das publicações não se fazia uma distinção entre negligência e outros tipos de maus-tratos (Garbarino & Collins, 1999; Gaudin, 1999).

As lacunas existentes na definição são apontadas pelos autores como um grande obstáculo à melhor compreensão do problema, uma vez que a definição do fenômeno influencia o modo como a negligência é conceituada para a pesquisa, a notificação de casos, o entendimento das causas, o delineamento de programas de intervenção e estratégias de

prevenção (Garbarino & Collins, 1999; Sullivan, 2000; Dubowitz et al., 2005; USDHHS, 2006; WHO/ISPCAN, 2006).

McSherry (2007) aponta que, para a negligência ser levada mais a sério pelo sistema de proteção e pelas políticas públicas, um primeiro passo é aumentar a consciência e compreensão do fenômeno; para isso, defini-la, portanto, torna-se essencial:

Primeiro, a negligência infantil precisa ser definida em termos claros e consistentes. Isto iria ajudar trabalhadores sociais e outros profissionais a desenvolverem um retrato claro dos tipos particulares de cenário da negligência, com os quais lidam, e também ajudá-los a verificar e confirmar notificações de negligência (p.612).

Para Dubowitz (1999), a falta de uma definição clara de negligência contribui para uma significativa variação de políticas e práticas a ela pertinentes e impede a comparação de resultados de pesquisa. Boas definições ajudam a determinar se um incidente ou padrão de comportamento pode ser qualificado como negligência, sua seriedade ou duração e se a criança está ou não em segurança (Dubowitz, 2001, citado por USDHHS, 2006).

Definir a negligência, no entanto, não se apresenta como uma tarefa fácil nem mesmo a pesquisadores que se debruçam sobre o tema há algum tempo, sendo que esses apontam que ela impõe muitos desafios para uma definição conceitual e operacional, suficientemente abrangente do fenômeno (Lacharité et al., 2006; English et al., 2005; Dubowitz et al., 2005; Dubowitz, 2007, McSherry, 2007).

Diferentemente dos outros tipos de maus-tratos (mais propriamente atinentes a situações de abusos) que se manifestam a partir de ações (comportamentos) dos responsáveis sobre as crianças, a negligência se dá pela omissão (ausência de comportamento), ou seja, quando algo que deveria ser feito, não o é; quando os cuidadores que deveriam dar respostas apropriadas às necessidades dos filhos, não o fazem (Zuravin, 1999). Para alguns autores, essa diferença fundamental já remete a um desafio imposto pela particularidade do fenômeno, uma vez que estudar a ausência de um comportamento parece impor mais dificuldades do que estudar a presença deste (Zuravin, 1999; Ochotorema, 1996; Crittenden, 1993).

Além disso, outra característica da negligência que torna ainda mais complexo o estabelecimento de uma definição única e suficientemente abrangente deste fenômeno é a própria heterogeneidade das situações associadas à negligência, que se manifesta sob diversas formas e subtipos (Gaudin, 1999; Black & Dobowitz, 1999; Dubowitz et al., 2005; Zuravin, 1999; McSherry, 2007; Lacharité et al., 2006; Mennen, Kim, Sang, Trickett, 2010). Para

alguns autores, os subtipos da negligência podem ter eles mesmos sua própria etiologia e consequências associadas (Zuravin, 1999; Dubowitz, 1999, Dubowitz et al., 2005).

Outro aspecto diz respeito ao fato de a negligência quase sempre envolver situações crônicas, que não são fáceis de identificar a partir de incidentes específicos (Hildyard & Wolf, 2002), além de o fenômeno se manifestar dentro de um contínuo cujas extremidades são um cuidado excelente (ou necessidades totalmente respondidas) a cuidados totalmente inadequados (necessidades não respondidas), sendo muito difícil estabelecer quando, em que ponto exatamente, um cuidado passa de aceitável, caracterizado como minimamente adequado, à inaceitável por que é inadequado, podendo ser, portanto, concebido como problemático (Dubowitz, 1999, Dubowitz et al., 2005). Dentro disso, há ainda que se considerar que as concepções de negligência, mais do que as relativas a qualquer outra modalidade de maus-tratos, são fortemente perpassadas por elementos da cultura (Garbarino & Collins, 1999; Lacharité et al., 2006; Mennen et al., 2010). Segundo Gaudin (1999), “Definições claras de negligência são problemáticas porque não existem parâmetros claros e aceitáveis entre culturas do que é desejável ou minimamente adequado para crianças” (p.17).

Ademais, é preciso considerar que a negligência, a partir de uma perspectiva desenvolvimental, varia segundo a idade e o nível de desenvolvimento da criança, tornando muito difícil a tarefa de se ter um conjunto de comportamentos que sempre serão negligentes, excluindo-se da definição alguns critérios contextuais possíveis (Black & Dubowitz, 1999; Zuravin, 1999; USDHHS, 2006). Por exemplo, Zuravin (1999) sublinha que há diferenças entre a necessidade de supervisão de uma criança pequena e a de um adolescente, embora ambos precisem de supervisão.

Por fim, conforme os apontamentos anteriores, a negligência também é um fenômeno frequentemente associado à pobreza (miséria), o que dificulta o seu diagnóstico no sentido de se saber se a negligência se deve à condição de pobreza ou se resulta de padrões específicos dos cuidados dispensados pelos responsáveis (Gelles, 1999; Critenden, 1999; Sullivan, 2000).

Em resumo, pode-se dizer que o debate sobre a definição de negligência centra-se principalmente sobre a falta de consenso em responder questões como (Gaudin, 1993; Dubowitz, Black, Starr e Zuravin 1993; Zuravin, 1999; Dubowitz, Pitts & Black 2004; Sullivan, 2000; English et al., 2005; USDHHS, 2006; Lacharité, Éther & Nolin, 2006; Dubowitz, 2007; McSherry, 2007):

- Qual é o cuidado mínimo adequado de que uma criança necessita?
- O que constitui “falha ou inabilidade” para prover nutrição e proteção adequadas ou no que consiste uma resposta adequada às necessidades infantis?

- Que ações ou omissões dos pais/cuidadores constituem um comportamento negligente?
- Quais os efeitos das ações ou das omissões no desenvolvimento das crianças?
- Deve-se considerar a intencionalidade das ações ou das omissões em negligência?
- A situação da criança é resultado da pobreza da família ou de negligência parental?
- A quem atribuir a responsabilidade do problema?

Para autores como Lacharité, Éthier e Nolin (2006), a dificuldade ainda existente na tarefa de definir a negligência gira em torno da necessidade de lidar concomitantemente com três aspectos, em si complexos: as necessidades infantis, a relação entre a satisfação das necessidades e o desenvolvimento infantil e as respostas oferecidas às necessidades infantis.

Apesar de haver, ainda, lacunas em relação à definição da negligência, Dubowitz (2007) argumenta que houve avanços no conhecimento sobre esse fenômeno, com as pesquisas implementadas nos últimos 20 anos, as quais possibilitaram o debate entre pesquisadores em torno das indagações acima colocadas, chegando-se a alguns consensos com relação a elementos importantes que foram sendo levados em conta.

Destaca-se, dentro disso, que as definições de negligência baseadas exclusivamente no **“comportamento parental ou nas omissões de cuidados por parte dos pais”** foram cedendo lugar a definições cujo foco são **“as crianças e suas necessidades”**, devido à crítica à tendência excessiva de se buscar pela responsabilização dos pais/responsáveis (Dubowitz, Black, Starr & Zuravin, 1993; Dubowitz et al., 2005), bem como devido à falta de parâmetros para definir o que seria um cuidado adequado ou inadequado (Dubowitz, 1999).

No que respeita ao tema da responsabilidade, não raro, diante de uma criança que de modo evidente não tem suas necessidades desenvolvimentais satisfeitas, pergunta-se *“de quem é a responsabilidade de respondê-las”* (Lacharité et al., 2006). Dentro disso, Lacharité et al., (2006) argumentam que não se pode conceber que uma criança seja negligenciada sem antes conceber que existem outras pessoas com obrigações legais, sociais e éticas de cuidarem dela. É justamente quando essas pessoas que têm obrigações em relação à criança falham que a negligência aparece, sendo pertinente se perguntar quem seriam essas pessoas, de acordo com os autores. A resposta normalmente dada, por ser mais simples e direta, é que elas seriam os pais ou aqueles que têm a guarda física das crianças e adolescentes, pois esses têm claras responsabilidades com relação ao bem-estar e à segurança da criança e adolescente, segundo

as leis da maioria dos países ocidentais. Esses autores afirmam, no entanto, que a lei não é o único princípio e nem o melhor deles para se pensar as responsabilidades individuais e coletivas em relação às necessidades infantis. Segundo eles, as leis impõem uma visão restritiva que não acompanha as variações e as mudanças na sociedade, suscitadas pela premência de responder às necessidades infantis. Assim, à pergunta sobre quem é responsável, deve-se responder que todos que participam do conjunto de determinantes ecossistêmicos do desenvolvimento da criança. Frisa-se que a negligência não é uma questão unicamente de pais (ou de forma mais reducionista, de mães). É também o fracasso dos ambientes proximais em prover suporte e enquadramento aos pais no exercício do papel de primeiros responsáveis ao bem estar das crianças.

Na mesma direção, Garbarino e Collins (1999) já haviam colocado que a negligência não é somente uma questão de pais negligentes, mas também remete-se em causa às comunidades concretas em que vivem as crianças e suas famílias, quanto às diferenças no nível de apoio e supervisão que oferecem aos pais. Dentro disso, se em uma comunidade prepondera a idéia de que a parentalidade é um ato privado, individual, os pais/responsáveis tenderão a ser muito mais julgados como negligentes em comunidades que reconhecem a parentalidade como um contrato social.

Em outras palavras, convergiu-se para idéia de que era preciso diminuir a ênfase das definições na responsabilidade parental, para focalizar com mais atenção a **criança e suas necessidades**. Para Dubowitz, (1999), a negligência se daria “quando as necessidades básicas das crianças deixassem de ser atingidas, isso podendo ocorrer por diversas razões, incluindo omissões parentais no cuidado” (p.110). Tal colocação remete a indagações sobre outro aspecto, bastante discutido, relativo à confusão e/ou ligação entre negligência e pobreza. Em se considerando a forte associação entre ambas as problemáticas, afirma-se que diante de contextos desfavorecidos socioeconomicamente ainda não há clareza se a negligência é devida a omissões parentais ou devido à falta de recursos econômicos, sociais e psicológicos (Gelles, 1999).

No que respeita à avaliação dos cuidados dispensados a uma criança, como sendo adequados ou inadequados, há muitas nuances a serem consideradas, pois esse é um tema perpassado por **elementos culturais**. As expectativas sociais, baseadas no senso comum (com sua bagagem de conhecimentos culturais) não podem ser desprezadas nesse âmbito e, muitas vezes, oferecem pistas interessantes, que ajudam a determinar parâmetros, de acordo com Lacharité et al., (2006). Como exemplo, esse autores apontam que, para a maior parte dos adultos, de diversas coletividades do mundo, deixar uma criança de 2 anos, que sabe andar,

sozinha, sem supervisão, representa riscos significativos para sua segurança e pode resultar em graves consequências, o que ajuda a avaliar o cuidado dispensado a uma criança dessa faixa etária.

De fato, para uma ampla gama de situações, segundo Lacharité et al., (2006), a medida para avaliar a adequação do cuidado despendido a uma criança decorre do elo que se consegue estabelecer entre **necessidades infantis** e **consequências desenvolvimentais** da não resposta a essas.

Assim, mais recentemente, as definições de negligência têm tentado levar em conta os eixos **omissões parentais** associadas à **falta de respostas às necessidades** da criança e a **qualidade do desenvolvimento desta**. Segundo Dubowitz, Pitts e Black (2004), entretanto, ainda há definições que focam mais as “omissões parentais”, mas as que focam as “crianças” ampliam a visão para outros fatores que influenciam na saúde e no bem-estar dessas, para além daquilo que pais/família podem oferecer.

É preciso considerar que o foco nas necessidades infantis também implica conhecer/definir quais seriam as necessidades fundamentais infantis e qual a natureza dessas necessidades, além do questionamento se essas seriam universais (Garbarino & Collins, 1999; Gaudin, 1999; Dubowitz et al., 2005; Lacharité et al., 2006). Para Lacharité et al., (2006), os desafios relacionados à conceituação das necessidades infantis têm a ver diretamente com a complexidade de se definir a negligência. Esses autores, no entanto, acrescentam que é extremamente difícil existir um consenso sobre quais seriam as necessidades infantis fundamentais, nas diferentes sociedades, e até mesmo dentro de uma mesma coletividade, com vistas a dispor de um conjunto fixo de necessidades fundamentais. Ressaltam, porém, haver duas categorias de necessidades em torno das quais as opiniões convergem em termos de importância, em várias sociedades, cuja satisfação encontra-se associada a ações claras e aceitáveis. São elas: **as necessidades de ordem física** e **as necessidades de ordem educativa**.

Na categoria **necessidades físicas**, os autores, normalmente, incluem, como exemplos, a necessidade de ser alimentado, de ser protegido contra perigos físicos, de receber cuidados médicos adequados. Em relação às **necessidades educativas**, incluem como exemplos a necessidade de viver experiências de aprendizagem que promovam aquisições no plano desenvolvimental e cultural, de experienciar uma estrutura de autoridade, de limites, e de expectativas claras em relação à conduta infantil.

No que diz respeito especificamente a **necessidades psicológicas** ou **sócio-afetivas**, esses autores afirmam que há divergências de opinião entre coletividades ou grupos sociais.

Indicam, contudo, que uma necessidade particular, neste domínio, parece ter consenso, tanto na comunidade científica internacional, quanto na da maioria das sociedades ocidentais: “trata-se da necessidade de estabelecer relações afetivas estáveis com pessoas tendo a capacidade e disponibilidade para dar atenção e se preocuparem com as necessidades da criança” (Lacharité et al., p.383) . Para esses autores, a satisfação das necessidades de ordem física e educativa, repousa sob uma **necessidade primária de ordem psicológica** que é a **necessidade de atenção**, que requer a disponibilidade psicológica por parte das pessoas que cercam a criança.

Algumas reflexões ainda são feitas no tocante à ordem de satisfação das necessidades, ou seja, no que se refere à importância hierárquica entre elas. Determinados autores empregam como parâmetro, nesse sentido, a *Pirâmide de Necessidades Humanas* de Maslow (1970). Na representação da pirâmide, as necessidades físicas do ser humano (comida, abrigo, água e proteção contra o frio) estariam na base. No segundo nível estariam as necessidades relacionadas à segurança (segurança, estabilidade, proteção contra o medo). Mais acima se encontrariam as necessidades psicológicas relacionadas ao sentimento de pertencimento, ser amado (amigos, família, esposa, relação amorosa) e, no topo da pirâmide, as necessidades de “auto atualização” [desenvolvimento de talentos, criatividade, sentimento de plenitude] (Gilmore & Kaplan, 2009). Colocadas como tal, as necessidades infantis físicas seriam aquelas a serem prioritariamente respondidas, porque estão na base da pirâmide, sendo que sua não satisfação se ligaria diretamente a consequências pertinentes à integridade física que são, em alguma medida, condição *sine qua non* à manifestação das outras necessidades.

A gravidade das consequências produzidas pela negligência, a curto e a longo prazo, é, aliás, um item de discussão concernindo outro importante elemento considerado no sentido de buscar uma melhor caracterização/definição do fenômeno: o grau de severidade da negligência (Zuravin, 1999, Dubowitz, 1999). Alguns autores tentam classificar a negligência, não só de acordo com os subtipos, considerando as necessidades infantis não satisfeitas, mas também de acordo com o grau de severidade da experiência. Nesse plano, estabelecem a existência de “negligência leve”, “moderada” ou “severa”, as quais estariam associadas a um menor ou maior risco no plano da integridade física. Por exemplo, Zurvain (1991), citado por McGee, Wolf, Yuen, Wilson, Carnochan, J. (1995), propõe a seguinte classificação:

- 1) Negligência Leve - relacionada a uma falha no cuidado que torna o ambiente adverso para a criança. Como exemplos citam-se as falhas para assistir à criança na realização de tarefas importantes, elogiar, mostrar respeito às suas opiniões, observar a criança numa atividade, ser atento, oferecer apoio e/ou gastar tempo com a criança.

- 2) Negligência Moderada - relacionada a omissões associadas à incoerência ou à indisponibilidade dos cuidadores/responsáveis, que colocam a criança em risco no plano de seu desenvolvimento psicossocial. Como exemplos destacam-se as falhas em providenciar uma rotina regular, fornecer estimulação apropriada, buscar por oportunidades para um melhor desenvolvimento (como um atendimento psicológico, se se nota necessidade), ou seja, buscar ajuda se necessário e acompanhar a criança nessas situações, oferecer disciplina coerente e acompanhamento à frequência na escola.
- 3) Negligência Severa – relacionada à omissão que coloca a criança em risco de prejuízo físico. Os exemplos seriam a falha em alimentar a criança apropriadamente, em vesti-la adequadamente, em protegê-la de situações perigosas, em fornecer-lhe atenção médica adequada, em realizar a supervisão necessária, em manter o ambiente da casa com segurança e em protegê-la de abusos de outros.

Outro sistema de classificação proposto pelo U.S. Department of Health and Human Services [USDHHS] (2006) enfatiza aspectos da severidade da negligência e o tipo de intervenção que deveria ser suscitado. De acordo com esse, na Negligência Leve não haveria necessidade de uma notificação aos organismos de proteção, mas esses casos necessitariam de intervenções de organismos comunitários. Um exemplo de tipo de Negligência Leve seria o fato de deixar de usar cadeirinha de criança para o transporte de bebês em carros. Na Negligência Moderada intervenções menos intrusivas, como a de organismos comunitários, não teriam efeito, remetendo também a uma situação em que a presença de um dano moderado, para a criança já se fizesse presente. Como exemplo, é descrita a situação em que uma criança que por diversas vezes deixa de ser bem agasalhada, em pleno inverno. Nesses casos, órgãos de proteção poderiam trabalhar em conjunto com organismos comunitários. Na Negligência Severa, as intervenções pelos órgãos de proteção devem necessariamente acontecer devido à alta probabilidade de dano severos, ainda que em longo prazo. Dá-se o exemplo, nessa classe de negligência, de uma criança com asma que não recebe tratamento adequado durante um longo período de tempo e vai frequentemente ao hospital.

Sullivan (2000) chama a atenção para estudos que apontam a seriedade do dano à criança como principal critério utilizado por profissionais e cidadãos para definirem uma situação de negligência, sendo mais alta a probabilidade de um caso de negligência ser confirmado se a criança apresentar um dano ou sério risco de dano. Assim, a presença de **consequências negativas atuais no desenvolvimento** da criança é um elemento que aparece

com frequência nas definições de negligência. Se o reconhecimento da negligência, contudo, é pautado exclusivamente na presença de consequências, corre-se o risco de não se identificarem muitos casos, já que algumas delas aparecem somente em longo prazo. Nas palavras de Dubowitz (2007), a negligência é “geralmente experienciada ao longo do tempo, com o dano se desenvolvendo insidiosamente, mas frequentemente sem impacto óbvio e imediato” (p. 603)

Ademais, a severidade da negligência deve também ser pensada pelo prisma da sua **cronicidade**. A negligência crônica pode ser definida por “padrões de atos ou omissões que se estendem ao longo do tempo ou são recorrentes ao longo do tempo” (Dubowitz, 2001, citado por USDHHS, 2006, p.11). Embora um episódio de omissão possa não resultar em maiores danos, a repetição dessa omissão aumenta a probabilidade da presença de danos ou consequências em longo prazo (Dubowitz, 1999). Conforme o já apontado, a cronicidade das situações de negligência vividas por crianças parece estar relacionada a consequências mais sérias e graves do que omissões circunstanciais (Gaudin, 1999; Éthier, Lemelin & Lacharité, 2004). Como a identificação da negligência está associada a episódios que ocorrem com uma relativa frequência, recomenda-se a importância de se investigar a história dos comportamentos, e não ficar focado em um incidente específico (USDHHS, 2006). Dubowitz (1999) aponta que episódios únicos são somente avaliados como negligência quando apresentam consequências extremamente graves.

Desta forma, algumas definições propostas se preocupam em ir além da ênfase dada à presença atual de danos e incluem também o elemento “**risco significativo de consequências negativas**”. “Risco significativo” é um conceito extremamente difícil de definir, pois pode-se referir a uma remota possibilidade de uma terrível consequência, ou a uma maior chance de ocorrência de uma consequência menos grave (Dubowitz, 1999). Como já ressaltado, no entanto, quando se foca exclusivamente na presença atual de consequências se impossibilita o desenvolvimento de programas de prevenção baseados no reconhecimento precoce de casos para os quais ainda não se identificam danos, mas que, se perdurarem, podem vir a apresentar sérias consequências devido à cronicidade da exposição às situações de negligência (Glaser, 2002).

A relação entre a satisfação das necessidades e o desenvolvimento infantil é, segundo Lacharité et al.,(2006), um aspecto que deve ser incorporado às discussões em torno das definições de negligência, de modo a fazer jus a toda complexidade do fenômeno. Nesse tocante questiona-se sobre em que medida o desenvolvimento de uma criança é afetado ou existe risco de sê-lo se algumas de suas necessidades não são satisfeitas, ou quando uma ação

ou omissão produz ou tem a probabilidade de produzir consequências maléficas, para se poder considerar que a mesma está sendo negligenciada. Acredita-se que a presença de consequências ou o seu risco ao desenvolvimento infantil, pode ser um indicador de quais necessidades não podem deixar de ser respondidas e, dessa forma, ser um elemento incorporado às definições, como critério para se diagnosticar negligência (Dobowitz, 1999, Dubowitz et al., 2005; USDHHS, 2006; Lacharité et al., 2006; McSherry, 2007).

No mais, a análise das consequências negativas ou do risco de elas acontecerem, também deve levar em consideração **elementos culturais**, uma vez que expectativas culturais ajudam a determinar o que seria um cuidado adequado, de acordo com Lacharité et al., (2006), conforme o anteriormente destacado. Além disso, conhecimentos científicos já produzidos sobre a presença ou risco de consequências desenvolvimentais a curto, médio e longo prazo, podem ser outro parâmetro (Lacharité et al., 2006). Esses autores citam como exemplo a ingestão de substâncias psicotrópicas como o álcool e a cocaína no período pré-natal, que podem causar prejuízos ao bebê. Para esses autores, existe, no entanto, uma ampla gama de situações em que o elo **entre a não-satisfação das necessidades infantis e suas consequências desenvolvimentais** é muito difícil de se estabelecer e parece se associar mais o sistema de valores de quem faz o julgamento do que de observações ou conhecimentos científicos disponíveis.

Há, ainda, que se considerar que a definição de negligência também depende de concepções sociais a respeito do que seja uma criança “ideal”, das expectativas de um grupo social do que seja uma criança “ideal” (estar viva, gozar de boa saúde, aprender facilmente, em momentos oportunos, as condutas sociais valorizadas). Para os autores supracitados, a negligência não repousa especificamente na distância entre uma criança particular e o ideal de criança postulado por uma sociedade, mas sim no caráter evitável dessa distância, ou seja, nos esforços do meio em que a criança vive para que ela se aproxime da criança ideal, para diminuir a distância a partir do esforço para ultrapassar os obstáculos que surgem. Para Dubowitz (2007), “É preciso ser muito cauteloso para não classificar algumas circunstâncias que suscitem dúvida, quanto à negligência e de mais pesquisa para esclarecer os resultados de diferentes circunstâncias nas quais crianças são abrigadas” (p.604).

Assim, a depender da situação e da necessidade em foco, é fundamental desenvolver conhecimentos científicos ou basear-se nos já existentes sobre a presença ou o risco de consequências desenvolvimentais a curto, médio e longo prazo, pois podem representar um parâmetro melhor (Lacharité et al., 2006; Dubowitz, 2007).

Outro aspecto colocado pela literatura, a ser considerado diante da complexidade do fenômeno e da necessidade de defini-lo adequadamente, refere-se aos questionamentos que se pode fazer sobre o que consiste uma resposta adequada às necessidades infantis. Nesse tocante, Lacharité et al., (2006) apontam que a negligência é o fracasso no que concerne à consecução de atos que condigam com normas sociais mínimas de cuidados e educação infantil, sendo essas resultado de negociações entre valores culturais e conhecimentos profissionais e científicos. Assim, a dificuldade de se avaliar esse aspecto decorre justamente do fato de que nem todas as pessoas têm o mesmo acesso a essas normas de cuidados mínimos. Por exemplo, pessoas que vivem em contextos sociais distantes da cultura dominante são expostas a essas normas menos frequentes, de maneira menos intensa e regular. Essas pessoas, no entanto, contam com outro conjunto de normas que, muitas vezes, sobrepõe-se às da sociedade em que se inserem e que talvez devam ser consideradas com uma perspectiva diferente. Segundo Black e Dubowitz (1999), “sensibilidade e conhecimento em relação às diferenças culturais são importantes conceitos a se considerar ao trabalhar com este fenômeno” (p.272).

Por fim, um último apontamento que praticamente se configura como um consenso no que diz respeito à definição negligência refere-se ao aspecto da intencionalidade de causar danos, o qual, de acordo com a maioria dos estudiosos, é uma variável não inerente ao fenômeno em questão, não devendo, portanto, ser levada em conta em qualquer definição (Zuravin, 1999; Dubowitz et al., 1993), diferentemente do peso que pode assumir na concepção dos abusos.

1.2 Uma proposição conceitual para a negligência e os referenciais adotados no presente estudo

Tendo por base o panorama gerado por todos os apontamentos e questionamentos acima expostos, Lacharité et al., (2006) realizaram uma minuciosa revisão da literatura científica, com vistas a integrar e sintetizar em uma única proposição conceitual os aspectos que nos estudos específicos implementados, indicavam, recorrentemente, uma situação de negligência. Eles tomaram cuidado de evitar incorporar critérios rígidos, decorrentes, muitas vezes, de concepções de cuidados infantis de grupos sócio culturais hegemônicos, de modo a garantir a definição flexibilidade diante de valores e de representações sociais do grupo de referência da família avaliada. Assim, os autores colocam que a negligência equivale a uma

carência significativa de respostas às necessidades infantis reconhecidas como fundamentais, segundo conhecimentos científicos ou valores sociais comunitários, existindo um risco significativo ou a presença efetiva de consequências negativas para o desenvolvimento infantil (conhecidas empiricamente ou reconhecidas socialmente). Essa carência ou falta de respostas às necessidades da criança é atribuída a uma dificuldade significativa ou incapacidade (circunstancial ou crônica) do entorno social proximal da criança de agir conforme as normas mínimas de cuidados físicos, psicológicos ou educativos, reconhecidas na comunidade da qual faz parte. A responsabilidade em responder às necessidades das crianças é, em primeiro lugar, dos pais ou dos adultos que têm a guarda física dos filhos, mas, caso esses adultos não disponham de condições mínimas para o exercício das responsabilidades parentais, essa responsabilidade deve, em segundo lugar, ser “difundida” a outros atores que fazem parte dos diversos contextos de desenvolvimento da criança. As necessidades fundamentais são de ordem física, educativa e psicológica que variam na sua forma e intensidade em função da maturidade (idade) da criança.

Cumpre frisar que tal definição apresentada pelos autores, leva em conta, sinergicamente, **as necessidades da criança** que estariam sendo negligenciadas e **as consequências dessa situação** para o seu desenvolvimento e o **contexto de produção da negligência**. Segundo os autores, essa “abordagem mista” dá conta das principais manifestações da negligência infantil.

Ademais, tal proposta também se insere numa perspectiva ecossistêmica (Belsky, 1980, 1993), a qual tem sido frequentemente utilizada para compreender o fenômeno dos maus-tratos em geral (USDHHS, 2006; WHO/ISPCAN, 2006). O entendimento do fenômeno da negligência pelo prisma de um modelo ecossistêmico impõe o abandono das definições restritas, como as geralmente utilizadas pelos serviços de proteção, em favor de definições mais amplas, que incluam fatores contextuais importantes na avaliação de uma situação de negligência. Embora as definições restritas sejam, a rigor, mais facilmente operacionalizáveis, uma abordagem mais ampla encoraja intervenções que lidam com muitas variáveis ao mesmo tempo, situadas em vários níveis do sistema (Dubowitz et al., 1993).

No que se refere à etiologia, pode-se afirmar que não se dispõe, até o presente, de uma teoria suficientemente robusta, capaz de dar conta do fenômeno dos maus-tratos em geral, tampouco da negligência, especificamente. No entanto, uma abordagem ecossistêmica ajuda a esclarecer a produção do fenômeno, em toda a sua complexidade, deve-se ao interjogo de forças biológicas, psicológicas, sociais e culturais, cujas conexões são, muitas vezes, invisíveis (Belsky, 1980; Garbarino & Collins, 1999). Via de regra, as investigações

implementadas com base nesse paradigma têm oferecido informações sobre um número significativo de elementos associados à produção da negligência, denotando que as condutas negligentes dos pais em relação aos filhos devem ser entendidas a partir da interinfluência exercida entre a criança, os pais (e a família, num sentido mais amplo) e o entrono social no qual estão inseridos (Éthier, Biron, Pinard, Ganier, Desaunier, 1998; Garbarino & Collins, 1999; Sullivan, 2000; Schumacher, Slep & Heyman, 2001; Lacharité et al., 2005; Lacharité et al., 2006; WHO/ISPCAN, 2006). Em síntese, as variáveis associadas à negligência relacionam-se a três planos distintos: o do contexto de vida das famílias, o relacionado às características das figuras parentais e o das crianças (Lacharité et al., 2006).

No que concerne o **contexto de vida**, destacam-se a falta de apoio social e de recursos econômicos (desemprego, baixo salário), culturais (baixa escolaridade) e sociais, tanto no plano coletivo como no individual, e a vivência crônica de estresse intra e extra-familiar e a exposição a eventos incontroláveis que fazem com que a vida em família seja caótica (Lacharité et al., 2006). Nesse plano, o isolamento social da família parece ser um fator de risco de muito importante. Mães negligentes reportam menos suporte de redes sociais formais e informais, descrevendo seus vizinhos como menos amigáveis e disponíveis, e parecem efetivamente mais “ilhadas” em seu entorno social (e pelo entorno, por serem percebidas como inadequadas), o que dificulta o estabelecimento de relações de reciprocidade e o próprio acesso aos apoios comunitários (Polansky, Gaudin, Ammons, Davis, 1985; Lacharité et al., 2006; Bazon, Bérghamo, Mello & Faleiros, 2010).

No plano das **figuras parentais**, destacam-se os fatores ligados diretamente a características apresentadas por essas, como a presença de problemas de saúde mental, problemas no desenvolvimento da personalidade, a apresentação de quadros depressivos e de dependência de drogas, somados a alguns indicadores mais propriamente relacionados à configuração familiar, como o número elevado de filhos. Fatores como a falta de competência educativa dos pais, as habilidades sociais deficitárias (sobretudo no que se refere a resolução de problemas), a impulsividade, a baixa autoestima, o sentimento de desconfiança e a problemas na própria história de desenvolvimento, são também destacados nesse nível e parecem ser variáveis importantes que contribuem para que os responsáveis tenham dificuldades com suas próprias crianças (Schumacher et al., 2001; Lacharité et al., 2006).

Por fim, no **plano relativo às crianças**, parece ter peso a presença de certas características negativas como a irritabilidade e a presença de problemas de comportamento (Black & Dubowitz, 1999; Schumacker et al., 2001; Lacharité et al., 2006).

Em conjunto, em termos de processos proximais, esses fatores parecem esboçar uma dinâmica em que os adultos de famílias que apresentam negligência têm e percebem ter pouco apoio social formal e informal, sentindo-se, por consequência, isolados (solitários) para fazer face às adversidades, em meio às quais sentem-se “submersos” (o que pode caracterizar um quadro de depressão). Essas famílias, na maioria das vezes, vivem situações adversas, algumas objetivas, relacionadas a condições concretas de vida, outras relacionadas aos relacionamentos interpessoais, incluindo aí o relacionamento com a criança, que tem ou é percebida como tendo problemas de comportamento (o que dificulta interações positivas). Nesse contexto de vida, esses cuidadores (que apresentam habilidades sociais deficitárias) não conseguem implementar certas habilidades para lidar com os problemas ou para buscar a ajuda necessária ou ativar os recursos relativos aos apoios sociais que poderiam responder às suas necessidades e às necessidades das crianças (Bazon et al., 2010).

Lacharité et al., (2006) oferecem uma sistematização concernente à etiologia da negligência infantil, propondo a existência de dois mecanismos distintos que atuam, entretanto, de modo articulado para a manifestação do problema em uma família: uma perturbação da relação entre as figuras parentais (os cuidadores) e a criança, caracterizada pela presença de pouquíssimas interações, sendo que, nos momentos em que há interação entre as figuras parentais e a criança, as condutas recíprocas são principalmente negativas; uma perturbação da relação entre a família e a coletividade à qual pertence (seu entorno) caracterizada, principalmente, pelo isolamento funcional das figuras parentais (cuidadores) e da criança.

No que concerne aos processos de natureza psicológica, no plano dos adultos, responsáveis diretos pelas crianças, a perspectiva teórica que traz mais contribuições para a compreensão dos padrões de interação estabelecidos é o modelo teórico das Deficiências Parentais (Crittenden, 1993), que se apóia na perspectiva do Processamento das Informações. Para essa autora, a negligência se dá devido a déficits no comportamento parental, sendo que ele opera independentemente de fatores econômicos.

Nesta perspectiva as situações de negligência são reagrupadas segundo 4 perfis de responsáveis que se distinguem na sua capacidade de integrar e tratar a informação concernente às necessidades infantis, fundamentalmente à emoção da criança:

1- Negligência resultante da não-percepção de aspectos essenciais de diferentes estados e necessidades das crianças (pais/responsáveis não percebem que a criança chora);

2- negligência resultante de uma interpretação inadequada do significado das percepções (os pais/responsáveis superestimam a capacidade do filho de cuidar de si);

3- negligência resultante de uma dificuldade de selecionar uma resposta adaptativa (pais/responsáveis não encontram soluções eficazes);

4- negligência resultante de uma dificuldade de agir e responder de forma a satisfazer as necessidades das crianças (pais/responsáveis vivem em um ambiente tão caótico que não conseguem reagir adequadamente à criança);

Burke et al. (1998 citado por De Paul & Guibert, 2008), propõem um modelo chamado de “Modelo de Clusters do Ambiente Parental” que é composto por três “clusters” ou grupos: Grupo de Habilidades Parentais, Grupo de Suporte Social e Grupo de Gestão de Recurso. Na perspectiva desse modelo a negligência se daria por déficits em habilidades parentais (os pais não teriam conhecimentos e habilidades necessárias para exercer as funções parentais), déficits no suporte social (na percepção, sentimentos e relações sociais dos pais) e na gestão dos recursos que diz respeito ao relacionamento dos pais com o contexto, em que estes não teriam a capacidade para utilizar os recursos do ambiente que vivem.

Outro modelo teórico, mais recente, é apresentado por De Paul e Guilbert (2008) e tem como base uma perspectiva de emoções ou mais especificamente de déficit de empatia. Esse modelo explanatório se baseia na hipótese de que pais negligentes têm um déficit no sentimento de empatia. A negligência aconteceria quando pais não conseguissem ter a experiência de sentimentos de empatia que motivam o comportamento de ajudar, ou quando apesar de terem a experiência de empatia, processos cognitivos inibem a motivação para a ajuda. Os autores acrescentam que esse modelo não inclui pais com retardo mental, dependentes de álcool ou outras drogas ou problemas de saúde mental.

1.3 O estudo da negligência no Brasil e as definições frequentemente adotadas

No Brasil, a tônica de “negligenciar a negligência” persiste, ainda que estudos quantitativos, com base em dados oficiais ou em informações levantadas em pesquisas epidemiológicas, apontem a negligência como uma das modalidades de maus-tratos mais frequentes, senão a mais (Flores et al., 1990; Lopes & Tavares, 2000; Tomio, 2000; Bazon, 2004; Lacri, 2004; Pires et al., 2005; Granville-Garcia, Menenezes, Torres Filho, Araújo & Silva, 2006; Costa, Carvalho, Bárbara & Santos, 2007; Silva & Ferriani, 2007; Faleiros & Bazon, 2008; Bazon, 2008; Faleiros, Matias & Bazon, 2009; Mascarenhas et al., 2010). Alguns desses estudos assinalam que a porcentagem de casos de negligência notificados ao

Conselho Tutelar gira em torno dos 40% a 50% do total (LACRI, 2004, Silva & Ferriani, 2007; Bazon, 2004; Granville- Garcia et al., 2006), sendo que a quase totalidade da porcentagem de crianças notificadas por negligência apresenta sequelas (Martins & Jorge, 2009).

Verifica-se, contudo, um número muito reduzido de publicações específicas sobre o tema. O levantamento da literatura indicou a existência de apenas oito trabalhos específicos sobre a problemática, nos últimos 18 anos. Destes, seis foram publicados como artigos científicos (Davolli & Ogido, 1992; Moraes & Eidt, 1999; Vagostello, 2002; Cruz, 2004; Martins & Jorge, 2009, Bazon et al., 2010) e dois trabalhos são dissertações de mestrado não publicadas (Martins, 2006; Mello, 2008).

Focalizando as publicações em artigos, constata-se que dos seis artigos específicos em negligência, três (Davolli & Ogido, 1992; Vagostello, 2002; Cruz, 2004) são na verdade relatos clínicos ou relatos de experiência, tendo como maior mérito chamar a atenção de profissionais e cientistas para o fenômeno, contribuindo pouco, porém, para a compreensão do mesmo. Os apontamentos mais relevantes desses artigos são no sentido de sublinharem o fato de não haver um método de diagnóstico para esse tipo de maltrato ou a falta de parâmetros para efetuar a avaliação de situações de negligência pelos órgãos responsáveis, que muitas vezes tomam decisões que prejudicam as crianças. Indicam também a dificuldade que existe em diferenciar a negligência das situações de pobreza (Davolli & Ogido, 1992) e o papel da negligência enquanto fator de risco para outros tipos de maus-tratos (Vagostello, 2002).

No que se refere aos outros artigos, destaca-se o de Moraes e Eidt (1999), um estudo teórico que discute o fenômeno em uma perspectiva ecossistêmica. Assim, esses autores chamam a atenção para características pessoais, interacionais e contextuais das famílias e pais negligentes e apontam o papel da pobreza como causa de uma negligência que denominam como “contextual”. A pobreza, de acordo com as proposições dos autores, determinaria o contexto de vida das famílias (tornando-o caótico) e colaboraria para seu isolamento social devido à dificuldade de acesso a modelos adequados de cuidados com os filhos. Observa-se, no entanto, que apesar dos autores discutirem variáveis estudadas internacionalmente, a revisão bibliográfica é praticamente limitada a autores nacionais.

Mais recentemente, em dois artigos, de Martins e Jorge (2009) e Bazon et al., (2010), observa-se um avanço no que diz respeito ao emprego de uma metodologia científica mais robusta e, desta forma, uma contribuição mais significativa, na medida em que oferecem um primeiro “retrato” do fenômeno, no contexto Brasileiro, reportando detalhadamente características das crianças e de pais/responsáveis negligentes.

Em síntese, destaca-se que Martins e Jorge (2009) tendo desenvolvido um estudo epidemiológico com o objetivo de conhecer as características e as circunstâncias de casos notificados por negligência referentes a menores de 15 anos, nos Conselhos Tutelares da cidade de Londrina-PR, encontram que a faixa etária de maior prevalência de negligência seria a dos 2 a 4, com taxa de incidência de 13,8 (por 1.000 crianças), sendo que 64% do total de vítimas teriam sido negligenciadas por períodos variando de 1 a 2 anos, 20,5% de 3 a 4 anos e 6,2% por mais de quatro anos. Apenas 10,7% teriam vivenciado negligência por um período igual ou menor que 6 meses. Ademais, tais autoras frisam que as famílias notificadas por negligência caracterizar-se-iam, em geral, pela presença de crise conjugal, prostituição e emprego noturno dos cuidadores/responsáveis, sendo as mães dessas famílias, na maior parte das vezes, jovens (com idade entre 20 e 24 anos). Quanto às crianças, do total de casos, 98,7% delas apresentaram sequelas, sendo as de natureza física as mais comuns (96,4%). Em 84% desses casos havia lesões corporais devido à falta de cuidado com a criança, com a sua exposição a situações de risco (acidentes) concorrendo para que contraíssem doenças ou tivessem traumas. Em 65,6% dos casos houve a necessidade de internação da criança.

Já Bazon et al., (2010), em um estudo caso-controle, tiveram como objetivo investigar a associação da negligência a variáveis de natureza psicossocial (estresse parental e apoio social) e outras relacionadas às condições socioeconômicas da família. Obtiveram como resultado, mesmo buscando controlar variáveis socioeconômicas, que o contexto em que viviam as famílias negligentes era mais adverso no que se refere às condições materiais de sobrevivência (eram famílias mais pobres pertencentes a classe D e E com maior número de participantes desempregados) do que as famílias do grupo controle. No que se refere à rede de apoio social, os cuidadores negligentes contavam com menos pessoas da família extensa, em comparação ao grupo controle, e se percebiam tendo menos apoio afetivo (relacionado a demonstrações físicas de apoio e afeto), emocional (associado à experiência de afeto positivo, compreensão e sentimentos de confiança), informacional (relativo à disponibilidade das pessoas de fornecerem orientação) e de interação social positiva (relacionado à disponibilidade das pessoas para juntas se divertir e relaxar). Os pais negligentes ainda se diferenciavam do grupo controle no que se refere ao “sofrimento parental” sinalizando que estes se sentiam mais “desgastados” e “esmagados”, com baixa autoestima e receosos da falta de competência em fornecer o necessário para suas crianças. As autoras hipotetizam que a percepção negativa de si, enquanto cuidador, estaria associada a estados depressivos (expressos como apatia) que afetariam a capacidade de mobilizar energias para os cuidados com as crianças. Assim, o sentimento de incompetência intenso experienciado por esses

cuidadores, relativos à sensação de ter habilidades limitadas de manejo dos comportamentos da criança e o fato de não se sentirem reforçados pela criança, nas habilidades possuídas, geraria um apego frágil, relacionado à vivência de uma distância afetiva em relação à criança. Dentro disso, as interações estabelecidas por esses adultos com a criança se caracterizariam pela baixa frequência de trocas ou pela falta de habilidade para detectar e compreender os sinais e as necessidades da criança. Os resultados desse estudo confirmam a presença de fatores de risco semelhantes àqueles encontrados por cientistas internacionais em famílias consideradas negligentes em outros contextos socioculturais.

1.3.1 As definições de negligência nas publicações científicas nacionais

Pode-se dizer que o conceito de negligência, desde que foi separado do conjunto de “abusos” e passou a ser uma modalidade distinta (Azevedo & Guerra, 1989), é apresentado de diferentes maneiras pela literatura científica brasileira, a exemplo do que ocorria em âmbito internacional, no qual o consenso em torno de uma definição única não existia (Zuravin, 1999). Dada à modesta produção de conhecimento sobre a negligência no Brasil, percebe-se também que os autores nacionais não avançam em direção a uma definição mais completa de negligência, utilizando-se daquelas que, embora contemplem elementos importantes, não conseguem englobar em uma única definição todos os aspectos discutidos em nível internacional.

Percebe-se que no início das pesquisas sobre maus-tratos e negligência infantil, a maioria das definições utilizadas por pesquisadores brasileiros, ao investigarem esse tema, centrava-se principalmente no **comportamento parental**, referindo-se primordialmente às “**omissões parentais**” (Davoli & Ogido, 1992; Backes, 1999; Morais & Eidt, 1999, Cruz, 2004). É o caso, por exemplo, da definição empregada por Morais e Eidt (1999) que, baseando-se em Brasil (1993), definem a negligência como:

Negligência é o fato de a família se omitir em prover necessidades físicas e emocionais de uma criança ou adolescente. Configura-se no comportamento dos pais ou responsáveis quando falham no alimentar, vestir adequadamente seus filhos, medicar, educar e evitar acidentes. Tais falhas só poderão ser consideradas abusivas, quando não são devidas à carência sócio-econômica (p.9).

Observa-se também que, embora tendam a operacionalizar o que seria comportamento negligente a partir de alguns exemplos, os autores não estabelecem parâmetros para uma avaliação do que seria o cuidado suficientemente adequado.

Davoli e Ogido (1992), implicitamente, estabelecem **uma relação entre um cuidado mínimo recebido e o desenvolvimento normal infantil** na sua definição, sem, no entanto, explicitarem a variável de **risco ou presença de consequências negativas** como um parâmetro. Estes autores definem a negligência se pautando em referências internacionais, como as de Pardeck (1988), Slavenas (1988) e Young (1986), nas quais se enfatiza que a negligência ocorre “por descuido, ou simples omissão, da tarefa de prover o mínimo necessário ao desenvolvimento normal da criança, ou do adolescente, tanto no seu aspecto físico quanto emocional”.

Backes (1999) chama a atenção na sua definição para a relação entre o comportamento **parental/omissão parental** e consequências **evitáveis**, definindo a negligência como atos de omissão de cuidados e de proteção à criança contra **agravos evitáveis**, com ou sem recursos materiais-financeiros. Esses incluiriam atitudes tais como: não educar, não impor limites, não mandar uma criança à escola (logo, privá-la de condições para o seu desenvolvimento cognitivo), não alimentá-la adequadamente, não medicá-la quando necessário, não protegê-la de inclemências climáticas ou, simplesmente, não mantê-la com um mínimo de higiene.

A **presença de consequências** aparece de forma um pouco mais clara em referências como a de Moraes e Eidt (1999), que tentam ser mais específicos em relação à definição do fenômeno, chamando a atenção para os diversos graus de severidade na manifestação da negligência. Na proposição feita por esses autores, o grau da severidade da negligência está associado à maior probabilidade de prejuízos ou na constatação de danos. Assim, baseando-se em Caminha (1999), definem a negligência leve, dando exemplos, como o de uma criança vivendo em um lar sem rotina (sem horário para banho, alimentação, etc.); moderada, referindo-se a existência de descuido com relação à higiene, por exemplo, devido aos riscos de consequências como o aparecimento de doenças; a negligência grave dar-se-ia em situações em que os responsáveis pais deixassem, por exemplo, de mandar a criança para escola ou não seguissem um tratamento médico, considerando-se os prejuízos significativos, cognitivos e físicos (na saúde), associados a essas.

Embora Azevedo e Guerra (1998) chamem a atenção também em sua definição para os diferentes **graus de severidade** da negligência, as autoras não relacionam essa variável a possíveis consequências ou presença de consequências negativas enfatizando mais a

frequência do comportamento ou, talvez (implicitamente), para a cronicidade do comportamento ou da omissão:

Quando os pais (ou responsáveis) falham em termos de alimentar, de vestir adequadamente seus filhos, etc., e quando tal falha não é o resultado das condições de vida além de seu controle. A negligência pode se apresentar como moderada ou severa. Nas residências em que os pais negligenciam severamente os filhos, observa-se, de modo geral, que os alimentos nunca são providenciados, não há rotinas na habitação e para as crianças, não há roupas limpas, o ambiente físico é muito sujo com lixo espalhado por todos os lados, as crianças são muitas vezes deixadas sós por diversos dias..

Nota-se que essas autoras começam a integrar na definição, com mais ênfase, a dimensão educativa do cuidado, e mais especificamente o aspecto de falta de supervisão parental, fazendo a seguinte consideração: “(...) Recentemente, o termo vem sendo ampliado para incorporar a chamada supervisão perigosa (Azevedo & Guerra, 1998).

Dez anos depois da difusão dos primeiros apontamentos sobre a negligência, coexistem definições que retomam fundamentalmente as definições iniciais, sem acrescentar novos elementos (Vagostello, 2002; Cruz, 2004; Aligeri & Souza, 2005, Martins e Jorge 2009), mas também surgem algumas outras definições que propõem novos elementos a serem incorporados. Benetti (2002), apoiando-se em Wolf (1999), integra claramente em sua definição, aspectos relacionados ao **comportamento do adulto cuidador** com os associados **às consequências vividas** pelas crianças, seguindo as discussões travadas em nível internacional:

Negligência consiste em atos ou omissões que causem danos psicológicos, cognitivos e físicos a criança, resultado da falha em prover as condições mínimas de sobrevivência e atenção às necessidades básicas da criança, de afeto, alimentação, educação, supervisão e cuidado. Nessa categoria também são considerados os casos de exposição da criança a episódios de violência familiar, uso de drogas, prostituição e os casos de abandono da criança por período de tempo significativo, sem supervisão adequada, seja em casa ou na rua (p 135).

Além disso, pode-se notar uma progressiva sistematização no sentido de colocar o problema não só no plano do comportamento parental (omissões), mas no **da falta de respostas às necessidades físicas, sociais e/ou emocionais**.

Na sequência detecta-se a definição de negligência empregada por Matias e Bazon (2005), Faleiros e Bazon (2008); Faleiros, Matias e Bazon, (2009), com base nas proposições feitas por Bringiotti (2000), seguindo as orientações do *National Center on Child Abuse and Neglect* (NCCAN- serviço ligado *Children's Bureau* da *Administration for Children and*

Families, que é parte do *Department of Health and Human Services*, dos EUA). Numa tentativa de melhor operacionalizar o conceito, os autores empregam uma definição que se desdobra em subtipos: (a) “abandono físico”, (b) “abandono emocional” e (c) “falta de controle parental”, tendo por base, concomitantemente, as **necessidades infantis não respondidas e a incapacidade parental** de respondê-las:

(a) situações em que as necessidades físicas básicas da criança (alimentação, higiene, vestimenta, proteção e vigilância em situações potencialmente perigosas ou em que há demanda de cuidados médicos) não são atendidas temporal ou permanentemente, por nenhum membro do grupo com quem a criança vive;

(b) falta persistente de respostas às expressões emocionais e condutas de proximidade/interação iniciadas pela criança, ausência de iniciativa de interação e contato por parte de alguma figura adulta estável, renúncia por parte dos adultos em assumir as responsabilidades parentais em todos os aspectos;

(c) demonstração de incapacidade dos adultos responsáveis, que não solicitam ajuda, para controlar/manejar o comportamento da criança, deixando de estabelecer (ou não conseguindo estabelecer) regras ou de reagir diante de seu desrespeito, passando a ignorar, com o passar do tempo, o lugar onde a criança está, com quem está e o que faz, considerando “*não poder mais com o filho... tão difícil!*”.

Observa-se nas definições acima, um rompimento com uma definição restrita, atrelada principalmente às problemáticas relacionadas às necessidades físicas infantis, normalmente ligadas mais à pequena infância, o que teria caracterizado o foco dos primeiros trabalhos em negligência. A proposição foi, desta forma, em direção a uma maior operacionalização de necessidades de cunho **educativo e afetivo**, além dos **físicos**.

Riva e Romanelli (2009), por meio de um estudo com cinco famílias de baixa renda em que buscaram identificar se a negligência estaria presente, assinalam a dificuldade de “encaixar” as situações concretas nas definições de negligência, uma vez que as manifestações são diversas, nos diferentes contextos familiares. De todo modo, esses autores tiveram que adotar uma definição, tendo defendido a necessidade de essa incluir uma noção de responsabilidade para além dos **pais**, estendendo-a também à **comunidade** e ao **estado**. Ademais, esses autores enfatizam também que a negligência não é necessariamente **intencional**. Segundo eles, “A negligência ocorre quando há falta, nem sempre intencional, de cuidados básicos, e se expressa através de ação ou omissão por parte dos pais e responsáveis,

da comunidade e do Estado, podendo causar prejuízo ao desenvolvimento físico, emocional e social de crianças e adolescentes”.

Em seu estudo sobre a negligência, Martins (2006) define o fenômeno como “Um modo de exercer a paternagem/maternagem estranhas ao meio sociocultural de pertencimento daquela família, à inabilidade para cuidar de crianças pequenas, à dificuldade dos pais em responder não só às necessidades materiais básicas das crianças, mas suas necessidades emocionais e, finalmente, à omissão” e acrescenta um elemento novo às definições anteriores relativo à consideração de aspectos **socioculturais**, indicando a necessidade de implicar parâmetros oferecidos pelo meio no qual a família vive.

Por fim, Mello (2008) e Bazon et al., (2010), em estudo específico sobre a negligência definem o fenômeno, utilizando-se da proposição da *World Health Organization & International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect* (ISPCAN, 2006) que aponta que a negligência “inclui tantos eventos isolados quanto um padrão de cuidado estável no tempo por parte dos pais e/ou outros membros da família, pelos quais estes deixam de prover o desenvolvimento e bem estar da criança/adolescente, considerando o que eles poderiam fazer isso) uma das seguintes áreas: saúde, educação, desenvolvimento emocional, nutrição, abrigo e condições seguras”. Esta definição proposta faz referência a características como a **cronicidade** ou o **caráter circunstancial** da negligência englobando diferentes dimensões do desenvolvimento infantil e incluindo, como a maioria das definições Brasileiras, fatores contextuais, que dizem respeito à avaliação da **capacidade** ou não dos pais ou familiares poderem assumir os cuidados, diante de situações muito adversas como a pobreza, por exemplo.

Pode-se dizer que a importância e necessidade de discriminar o fenômeno da negligência da pobreza é um dos pontos mais comumente destacados nas referências brasileiras, refletindo a grande preocupação dos pesquisadores em relação a esse aspecto, na medida em que, na prática, num país com uma estrutura sócio-econômica como a do nosso, as duas problemáticas frequentemente se confundem. Algumas autoras, como Azevedo e Guerra (1998), deixam claro que uma situação só pode ser diagnosticada como negligência quando “não é o resultado das condições de vida além de seu controle”. Davoli e Ogido (1992) apontam que a falta de recursos torna o problema mais evidente, mas não é suficiente para caracterizá-lo. Moraes e Eidt (1999) veem a pobreza como uma forma de negligência contextual e consideram a pobreza e a exclusão social como uma das variáveis produtoras da negligência.

Pode-se também frisar que as definições brasileiras, adotadas em contexto científico, em conjunto, incluem todos os elementos discutidos internacionalmente, mas nenhuma sozinha dá conta de englobar todos os elementos considerados atualmente importantes para a definição do fenômeno. Observa-se que ora se enfatiza um elemento, ora outro, não se denotando, portanto, uma definição mais completa, alinhada aos esforços em curso, em nível internacional.

1.3.2 As definições de negligência, no contexto nacional, no âmbito legal e profissional

Em paralelo à literatura científica, a negligência é também abordada em outros documentos, nos quais se propõem definições, como nas Leis e nos guias, manuais ou cartilhas elaborados por organismos governamentais e não governamentais que circulam em meio aos profissionais da saúde e da educação, geralmente, nos diversos serviços.

No que se refere às definições legais, nota-se, por exemplo, que o texto do Código Penal refere-se apenas a situações extremas de negligência, manifestadas no abandono (Art. 133- abandono de incapaz: “Abandonar pessoa que está sob seu cuidado, guarda, vigilância, ou autoridade, e, por qualquer motivo, incapaz de se defender dos riscos resultantes do abandono”. Há ainda referência à negligência, porém de modo vago, dentro de uma proposição geral relativa a maus-tratos infantis, sendo esses definidos do seguinte modo:

Expor a perigo a vida ou a saúde de pessoa sob sua autoridade, guarda ou vigilância, para fim de educação, ensino, tratamento ou custódia, quer privando-a de alimentação ou cuidados indispensáveis, quer sujeitando-a a trabalhos excessivo ou inadequado, quer abusando de meios de correção ou disciplina. (Art.136).

No Estatuto da criança e do Adolescente (ECA, 1990), apesar de o seu conteúdo prever a negligência infantil como uma violação de direito, não existe definição específica sobre o termo.

Ante a esse panorama jurídico, nota-se esforço por parte de órgãos governamentais, como o Ministério da Saúde, e de não governamentais, como ONGs, no sentido de desenvolver e difundir definições relativas aos maus-tratos em geral, e a cada uma das modalidades em específico, incluindo a negligência, de forma que os profissionais que trabalham com o público infantil fossem sensibilizados e estivessem mais bem preparados para lidar com a problemática. Pode-se dizer que, mais do que as produções científicas, a

informação constante no material produzido nesse âmbito colabora para a formação de concepções que tendem a se generalizar, no sentido de estabelecer um senso comum sobre o tema.

À guisa de síntese, formulou-se o quadro abaixo, em que se apresenta o conteúdo das três principais definições em circulação, divulgadas em documentos oficiais¹.

Fonte / Finalidade	Definição de Negligência
Guia para Profissionais de Saúde - Maus-tratos contra crianças e Adolescentes: Proteção e Prevenção ABRAPIA (1997) ²	Ato de omissão do responsável pela criança ou adolescente em prover as necessidades básicas para o seu desenvolvimento.
Guia de atuação frente aos maus-tratos na infância e na adolescência dirigido a pediatras e demais profissionais da saúde. Sociedade Brasileira de Pediatria[SBP] (2001).	Ato de omissão do responsável pela criança ou adolescente em prover as necessidades básicas para o seu desenvolvimento (Abrapia, 1997). O abandono é considerado uma forma extrema de negligência. A negligência pode significar omissão em termos de cuidados básicos como a privação de medicamentos; cuidados necessários à saúde; higiene; ausência de proteção contra as inclemências do meio (frio, calor); não prover estímulo e condições para a frequência à escola”
Notificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes por profissionais da Saúde: um passo a mais na cidadania em saúde. Ministério da Saúde (2002) ³	Negligência e abandono – assim são chamadas as omissões dos pais ou de outros responsáveis (inclusive institucionais) pela criança e pelo adolescente, quando deixam de prover as necessidades básicas para seu desenvolvimento físico, emocional e social. O abandono é considerado uma forma extrema de negligência. A negligência significa a omissão de cuidados básicos como a privação de medicamentos; a falta de atendimento aos cuidados necessários com a saúde; o descuido com a higiene; a ausência de proteção contra as inclemências do meio como o frio e o calor; o não provimento de estímulos e de condições para a frequência à escola.

Quadro 1: Definições de negligência encontradas a partir de guias recuperados eletronicamente

Nota-se que a proposição básica é a definição geral da Abrapia (1997). Ao longo do tempo, contudo, percebem-se avanços nessa proposição, no sentido de integrar as **omissões**

¹ Os guias citados foram recuperados eletronicamente.

² Essa mesma definição foi incorporada por Guias posteriormente desenvolvidos em outros contextos, em outras datas, como, por exemplo, o proposto pelo **Hospital Pequeno Príncipe juntamente com a Secretaria de Estado da Educação do Paraná e o Sindicato das Escolas Particulares daquele estado** (2007).

³ Essa mesma definição foi reutilizada no guia proposto pela **Secretaria do Estado da Saúde de São Paulo (2004), dirigido aos profissionais da saúde, referente também à “Notificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes”**.

dos responsáveis e as repostas às **necessidades básicas** para o desenvolvimento. Os guias chamam a atenção também para o abandono como uma forma extrema de negligência e tentam operacionalizar o conceito fornecendo alguns **indicadores**, os quais são, predominantemente, físicos, embora note-se esforço na tentativa de abarcar necessidades básicas infantis também de cunho emocional e social.

É importante notar que em todos os guias consultados também se enfatiza a necessidade de se separar o fenômeno da negligência das situações de pobreza, chamando-se a atenção para o aspecto de a negligência poder acontecer sem intencionalidade por parte do agente, indicando, por isso, ser a intencionalidade valorizada como um elemento diagnóstico da negligência.

No mais, coloca-se a necessidade de comparar valores/recursos sócio-culturais da comunidade em que se insere a família, para uma adequada avaliação da negligência:

Por causa da situação de miséria e de extrema pobreza em que muitas famílias vivem no Brasil, grande parte delas chefiada por mulheres que precisam trabalhar fora de casa para garantir a sobrevivência dos filhos, a identificação da negligência freqüentemente é um ato de difícil discernimento. Principalmente quando o profissional ou a equipe de saúde se depara com o questionamento da existência de intencionalidade numa situação objetiva de negligência. Alguns autores refletem que uma boa referência é comparar os recursos que aquela família dispõe para suas crianças com os recursos oferecidos por outras famílias de mesmo estrato social. Outros estudiosos sugerem a comparação dos tratos dispensados a cada filho, buscando identificar algum tratamento especialmente desigual. No entanto, independente da culpabilidade dos pais ou dos responsáveis pelos cuidados da vítima, é necessária a notificação e a tomada de decisão a favor da proteção desse menino ou dessa menina que está sofrendo a situação de desamparo (SBP, 2001).

Na proposição do Ministério da Saúde (2002), procura-se relativizar a culpa exclusiva da família na negligência, chamando a atenção também para as **instituições sociais** que se omitam em responder a necessidades básicas infantis. Nesse documento avança-se também no sentido de introduzir o elemento da **cronicidade**: “deve-se observar a ocorrência reiterada e contínua de algum indicador para determinar um caso como negligência” (p. 28).

Levando-se em conta esse detalhamento, em comparação ao conteúdo dos artigos científicos brasileiros, nos documentos se observa uma maior preocupação com a operacionalização do conceito, com foco na apresentação de indicadores, de modo a possibilitar a identificação da problemática por profissionais. Como os documentos foram, em sua maioria, entretanto, formulados no âmbito de órgãos relacionados à saúde, para

profissionais da saúde, os indicadores, na maioria das vezes, são físicos. Abaixo estão alguns exemplos de indicadores da negligência citados pelos guias:

- Aspecto de má higiene corporal (roupas sujas, dermatite de fraldas, lesões de pele de repetição);
- roupas não adequadas ao clima local;
- desnutrição por falta de alimentação, por erros alimentares persistentes, por restrições devido a ideologias dos pais (vegetarianos estritos, por exemplo);
- tratamentos médicos inadequados (não cumprimento do calendário vacinal, não seguimento a recomendações médicas, comparecimento irregular ao acompanhamento de patologias crônicas, internações frequentes);
- distúrbios de crescimento e desenvolvimento sem causa orgânica.
- lares sem medidas de higiene e de segurança;
- falta de supervisão da criança, provocando lesões e acidentes de repetição;
- frequência irregular à escola, escolaridade inadequada à idade, não participação dos pais nas tarefas escolares;
- grandes períodos de tempo sem atividades, adolescentes com muito tempo livre sem supervisão, expostos ao provável contato com ambientes de risco.

Em suma, no contexto brasileiro, seja no âmbito científico ou no profissional, nota-se uma crescente preocupação com o fenômeno da negligência em específico, e, por isso, alguns avanços no que concerne a discussão em torno dela. A própria literatura nacional, contudo, indica a existência de uma lacuna no conhecimento em relação a este tipo de maus-tratos em nosso país (Davoli & Ogido, 1992; Faleiros, Matias & Bazon, 2009) e chamam a atenção para a complexidade do fenômeno e a fragilidade das definições adotadas (Cruz, 2004), indicando haver muita dificuldade de “encaixar” as diversas situações concretas, que se manifestam de diferentes formas, nos diferentes contextos sociofamiliares, em uma definição de negligência disponível (Riva & Romanelli, 2005).

Nesse plano, de acordo com apontamentos feitos em estudos nacionais (Matias & Bazon, 2002; Martins, 2006), é interessante notar que famílias notificadas ao sistema de proteção, por negligência, em geral, não reconhecem suas práticas como negligentes e nem mesmo apreendem as razões pelas quais estão sendo acompanhadas, não associando as medidas de proteção infantil aplicadas, incluindo o abrigamento de seus filhos, à avaliação negativa que é feita sobre cuidados que dispensam a eles. Isso denota o constante confronto

de valores e perspectivas concernentes aos cuidados infantis, mesmo no interior de uma mesma sociedade, que implicam grandes desafios à compreensão do fenômeno e à intervenção na área, frente à falta de parâmetros consolidados para efetuar a avaliação de situações concretas.

Nesse contexto, sabe-se que os órgãos responsáveis da proteção à infância, não raro, tomam decisões sem ter clareza dos critérios utilizados e acabam prejudicando famílias e crianças, havendo, nesse âmbito, um emprego frequente, porém equivocado, do termo “negligência” para descrever quadros extremos de pobreza (Cruz, 2004; Martins, 2006). Como escreve Cardarello (1998, p.324), os casos de negligência são assimilados aos “*casos assistenciais*” e vice-versa, surgindo a necessidade de diferenciá-los, ainda que, freqüentemente, os problemas apareçam associados (Davoli & Ogido, 1992; Morais & Eidt, 1999; Martins, 2006; Mello, 2008), o que é tanto mais difícil, segundo Santos e Ferriane (2007), quanto mais o contexto de análise caracterizar-se pela ausência e/ou precariedade de políticas públicas voltadas para o atendimento das crianças e dos adolescentes.

Assim, o pouco conhecimento do fenômeno, somado à fragilidade das definições até então disponibilizadas, demanda investimento na produção de mais conhecimento específico para, assim, alcançar critérios para identificar as situações de negligência e realizar a análise de sua manifestação, indo em direção à elaboração de um modo adequado de diagnóstico, que ofereça boas pistas às intervenções de tratamento e prevenção de conseqüências.

Parafraseando Gomes, Deslandes, Vaiga, Bhering & Santos (2002), na discussão que faz sobre os desafios colocados pelas situações de maus-tratos, é necessário desenvolver “uma compreensão teórico-prática que articule a singularidade de cada caso ao conhecimento acumulado no atendimento de milhares de famílias envolvidas” (p.713). É nessa linha de raciocínio que o presente trabalho de pesquisa foi implementado.

1.4 Objetivos

A presente pesquisa visou, de forma geral, estudar o fenômeno da negligência, a partir de dados empíricos obtidos junto a famílias notificadas ao Conselho Tutelar por tal razão, de modo a produzir conhecimento sobre as possibilidades de se confirmar (ou não) os casos, tomando como referencial a definição proposta por Lacharité et al., (2006), e estabelecer parâmetros diagnósticos.

Ao mesmo tempo, objetivou-se compreender o fenômeno, sua manifestação no contexto brasileiro, tentando apreender os mecanismos de produção subjacentes.

De modo específico, os objetivos foram descrever as características dos casos com os quais se lidou, no sentido de responder às seguintes questões:

1. Concernindo à manifestação do problema;

- As crianças notificadas por negligência apresentam necessidades infantis não atendidas?
- Essas crianças notificadas apresentam riscos significativos ou presença de consequências negativas no desenvolvimento?
- Há dificuldade significativa ou incapacidade parental de responder as necessidades infantis fundamentais?
- Há dificuldade significativa ou incapacidade do entorno social de responder necessidades infantis fundamentais?

2. Concernindo à presença ou não de perturbações relacionadas à produção da negligência;

- Verifica-se uma perturbação entre família e coletividade?
- Verifica-se uma perturbação entre cuidadores e crianças em nível da interação?

3. Concernindo aos processos;

- Quais fatores no plano dos diferentes sistemas estiveram envolvidos na produção dos mecanismos da negligência nas famílias estudadas?

2. MÉTODO

2.1. Delineamento do estudo

Dado o objetivo perseguido - estudar o fenômeno da negligência que ocorre no interior das famílias no contexto em que vivem, ou seja, estudar um fenômeno contemporâneo, em que não é possível manipular comportamentos dentro de um laboratório - o delineamento adotado para o desenvolvimento da investigação aqui relatada foi o de **Estudo de Caso (múltiplos)**, dentro de uma abordagem qualitativa de pesquisa.

Segundo Yin (2009), utilizar um delineamento de estudo de caso significa conduzir uma investigação empírica em profundidade, dentro do contexto real de vida, uma vez que os limites entre o fenômeno e o contexto não estão claramente evidenciados. Baxter e Jack (2008) acrescentam que a abordagem qualitativa de estudo de caso facilita a exploração do fenômeno dentro do seu contexto e garante que o objeto de investigação não seja explorado a partir de uma só lente (uma vez que o estudo de caso permite o uso de várias fontes de dados) e, desta forma, facetas múltiplas no fenômeno podem ser reveladas e compreendidas.

Posto isso, é preciso considerar que dois delineamentos seriam possíveis quando se utiliza o método de estudo de caso: o **estudo de caso único** e o **estudo de casos múltiplos**. Enquanto no estudo de caso único apenas um caso é estudado, devendo esse ser exemplar do fenômeno em foco, no estudo de casos múltiplos vários casos ou exemplos são analisados, porque a realidade indica a existência de uma variação na manifestação do fenômeno. Esse segundo delineamento, portanto, pareceu mais apropriado à investigação proposta.

O estudo de casos múltiplos implica analisar cada caso em profundidade e compará-los entre si de modo a compreender suas semelhanças e diferenças (Yin, 2009; Baxter & Jack, 2008; Stake, 2006). Segundo Yin (2009), os casos podem ser comparados a “múltiplos experimentos”. Nesse sentido, o referido autor coloca ainda que, quando se utiliza um delineamento de casos múltiplos, utiliza-se automaticamente uma **lógica de replicação**. Para isso, o uso de uma teoria ou abordagem teórica é essencial, pois “a abordagem precisa estabelecer condições sob as quais é provável que o fenômeno ocorra (replicação literal) como também condições em que não é provável sua ocorrência (replicação teórica)” (p. 54). Para Baxter e Jack (2008), essas condições ou proposições teóricas podem ser baseadas na literatura científica, teorias, experiência profissional ou generalizações de dados empíricos e, segundo esses autores, podem ser equiparadas a hipóteses (em uma abordagem quantitativa) e tem como objetivo, em uma abordagem qualitativa, “educadamente adivinhar possíveis resultados do experimento/estudo” (p.552).

Nesse sentido, a partir da definição e mecanismos de produção da negligência propostos por Lacharité et al., (2006), cinco proposições teóricas foram estabelecidas para a realização da investigação:

A negligência se manifesta quando:

- 1- Necessidades infantis (de ordem física, educativa ou psicológica) não são respondidas;
- 2- há risco significativo ou presença de consequências negativas ao desenvolvimento infantil;
- 3- há dificuldade significativa ou incapacidade (circunstancial ou crônica) dos pais e/ou do entorno social proximal de responderem às necessidades infantis;

Uma vez manifesta, dois mecanismos de produção devem se fazer presentes:

- 1- A existência de uma perturbação na relação entre as figuras parentais e a criança, caracterizada por uma baixa frequência de interações, sendo que, nos momentos em que há interação, estas são prioritariamente negativas;
- 2- a existência de uma perturbação na relação entre a família e a coletividade (o entorno comunitário) a qual pertence, caracterizada pelo isolamento funcional dos membros da família em relação aos apoios necessários (existentes) à promoção do desenvolvimento infantil e ao exercício da responsabilidade familiar;

Ao definir proposições teóricas, pode-se dizer que um estudo, mesmo dentro de uma abordagem qualitativa de pesquisa, tem como pano de fundo um paradigma dedutivo, através do qual os dados empíricos são utilizados para validar ou invalidar os conceitos e hipóteses associados à problemática. Embora o presente estudo adote um paradigma mais propriamente dedutivo, em detrimento de uma abordagem completamente indutiva, por meio da qual a utilização dos dados empíricos tem como fim a elaboração de conceitos e teorias (Groleau, 2003 p.233), pode-se dizer que o processo de indução também se faz presente, uma vez que, apesar de se partir de uma perspectiva teórica e proposições teóricas pré-definidas, estas podem ser revisadas no curso da pesquisa, a partir dos resultados que os dados trazem ao pesquisador. Assim, de fato, adotou-se uma abordagem mista (Laperrière, 1997) no presente estudo, pois esta correspondia mais adequadamente à natureza dos coletados e às questões de pesquisa.

Conforme o anteriormente assinalado, espera-se que os resultados obtidos com a implementação do presente estudo indiquem parâmetros que sirvam a proposições de modelos de confirmação da negligência, em um contexto socioeconômico-cultural particular, como também contribuir para o início do processo de replicação literal do modelo teórico adotado, produzido em outro contexto sócio-cultural. Nesse sentido, contempla-se a finalidade última inerente à abordagem qualitativa de estudo de caso, que é a generalização teórica, ou seja, a generalização das proposições teóricas (e não dos achados referentes a uma população ou universo, em termos estatísticos). O objetivo do estudo de caso é expandir e generalizar teorias (generalização analítica) e não frequências (generalização estatística) (Yin, 2009).

Para o estudo das proposições teóricas adotadas, utilizaram-se famílias notificadas por negligência ao Conselho Tutelar (ou seja, apenas casos em que a problemática da negligência “estaria”⁴ presente), o que permitiria avançar no que Yin (2009) refere como replicação literal. Ainda, dado que a teoria da negligência proposta por Lacharité et al., (2006) estabelece os critérios de manifestação (proposições de 1 a 3) e de aferição dos mecanismos de produção do fenômeno, o fenômeno foi estudado/analísado a partir de unidades de análise que correspondiam às proposições teóricas adotadas. A **figura 1** ilustra as unidades de análise incorporadas ao estudo dos casos.

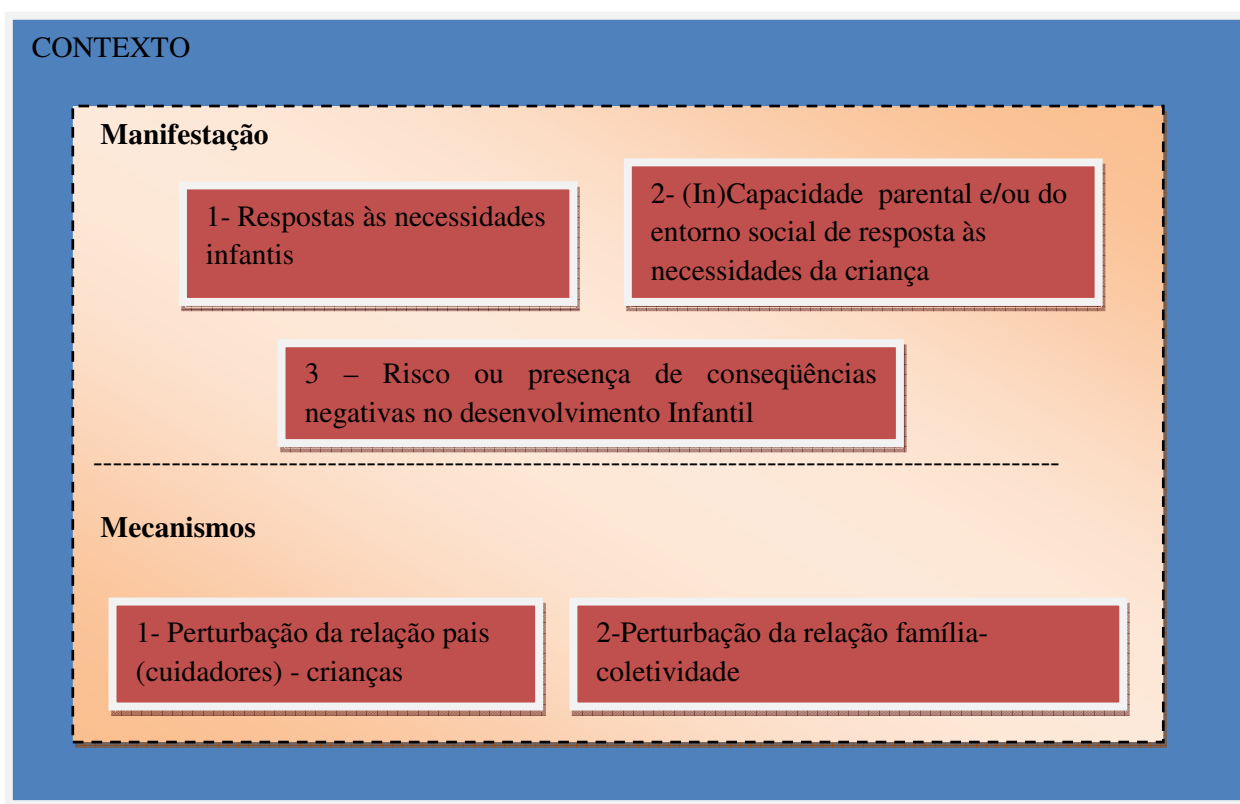


Figura 1: Unidades de análise pré-estabelecidas a partir das preposições teóricas adotadas

⁴ Dado que não existe um processo de avaliação sistemático dos casos notificados, com vista à confirmação deles nos procedimentos do Conselho Tutelar, trabalhou-se com casos suspeitos de negligência.

2.2. Seleção dos Casos

Os casos suspeitos de negligência estudados na presente investigação foram recrutados junto ao Conselho Tutelar de um município de pequeno porte, situado na região de Ribeirão Preto, interior de São Paulo, Brasil. Adotaram-se como critério inicial de inclusão, os casos que tivessem sido notificados ao longo do ano de 2007 até janeiro de 2008, pelo setor educacional, ou mais propriamente, pela educação infantil municipal (envolvendo, portanto, crianças com idade entre 0 e 5 anos, na data da notificação). Pode-se dizer que a opção de se trabalhar com casos notificados pelo setor educacional deu-se, em primeiro lugar, por conveniência, considerando que o presente estudo situava-se no quadro de uma investigação maior, contextualizada nesse setor, especificamente⁵; segundo lugar, dispunha-se do argumento teórico de que professores seriam profissionais bem situados para identificar vários tipos de negligência (educativa, psicológica e física), por meio de indicadores físicos, emocionais e comportamentais, abarcando, portanto, uma gama mais variada de eventuais manifestações do fenômeno, diferentemente dos apontamentos feitos em outras fontes, como o setor da saúde, por exemplo, cujo padrão de casos com os quais seus profissionais têm contato, e que identificam, remeteria geralmente a casos extremos, caracterizados, frequentemente pela presença de consequências negativas visíveis, do ponto de vista da integridade física (Martins & Jorge, 2009) e, por isso, menos suscetíveis às dúvidas relativas à confirmação.

Reiterando, então, abarcar casos notificados apelo setor educacional, decorreu da necessidade de compor uma **amostra heterogênea** (contendo diversas manifestações da negligência) e, ao mesmo tempo, casos mais nuançados (em oposição a casos extremos), com vistas a garantir uma representatividade fenomênica (Savoie-Zajc, 2007).

⁵ O presente estudo encontrava-se inserido um projeto maior, em desenvolvimento, desde 2002, em municípios da região de Ribeirão Preto, no interior do estado de São Paulo, contextualizado no setor educacional, devido ao objetivo geral de estimar e caracterizar os casos suspeitos de maus-tratos infantis; por meio de informações obtidas nesse setor. Nesse quadro, esse projeto, numa primeira etapa, buscou conhecer a taxa dos maus-tratos e sua distribuição em meio a crianças que frequentavam estabelecimentos educacionais e nos 25 municípios da região administrativa de Ribeirão Preto (Bazon, 2006; Faleiros, Matias & Bazon, 2009). Para tanto, contou-se com subsídio do Conselho Estadual dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONDECA-SP). Numa segunda etapa, também com subsídios do CONDECA-SP, a pesquisa e avaliar uma capacitação na temática dos maus-tratos, oferecida aos educadores/professores, afeta o número de casos detectados pelos profissionais e o número de notificações feitas pelo setor. Essa etapa se desenvolveu especificamente em duas cidades de pequeno porte da referida região, pois se buscou trabalhar com 100% do seu setor educacional público municipal das mesmas. Entre outras perguntas de pesquisas levantadas com o trabalho no setor educacional, uma remetia à indagação sobre o fato de os casos suspeitos e notificados pelo setor educacional serem ou não “casos”. Nesse sentido, a presente pesquisa foi idealizada e desenvolvida, focalizando especificamente os casos de negligência.

Ademais, a escolha por trabalhar com casos notificados pela educação infantil, envolvendo, por conseguinte, crianças com idades de 0 a 5 anos, ao mesmo tempo que limitava a amplitude da amostra, aumentava a probabilidade de também ter entre os casos, a “**negligência física**” que, segundo a literatura, é tão mais frequente quando mais nova e vulnerável é a criança (Martins & Jorge, 2009).

Dentro disso, 15 prontuários de famílias suspeitas de negligenciarem seus filhos, com idades entre 04 e 05 anos, por ocasião da notificação, foram identificados nos registros do Conselho Tutelar da cidade, no período referido. Desse total, uma família, contudo, não foi localizada pelo próprio Conselho Tutelar no endereço registrado por eles. Assim, lidou-se, de fato, inicialmente, com 14 famílias.

Com a autorização do Conselho Tutelar, foram feitos os primeiros contatos, sendo que desse, decorreu uma recusa de participação na pesquisa. Em outra das famílias, constatou-se que, embora a criança continuasse co-habitando com a família de origem, seria direcionada a uma família substituta, em adoção, devido ao processo judicial de destituição familiar que havia sido concluído.

Assim, num segundo momento, passou-se, então, a lidar diretamente com 12 casos notificados, ou melhor, com 12 famílias.

Cumprе sublinhar que na maior parte das famílias, havia também outras crianças, que não aquelas em razão das quais “o caso” fora selecionado por conta de notificações feitas pela creche/pré-escola. Contudo, ainda que a **família** como um todo seja o foco de interesse, envolvendo os **responsáveis legais** e **os outros membros**, além das figuras significativas do **entorno social proximal**, é preciso considerar que a investigação desenvolvida, no que se refere à **criança**, focalizou a nomeada na notificação feita pelo estabelecimento educacional (com idade entre 5 e 6 no período de implementação da pesquisa), sendo essa a “participante” em função da qual se avalia necessidades, respostas oferecidas e desenvolvimento.

Como o conteúdo dos registros das notificações, no Conselho Tutelar, era, via de regra, **vago**, dispondo poucas informações sobre a criança, a família e as situações que haviam motivado a notificação, optou-se por realizar uma sondagem prévia junto aos profissionais da educação que tinham feito as notificações, com vistas a obter mais informações e minimizar a probabilidade de trabalhar com casos notificados e/ou classificados equivocadamente como sendo suspeitos de negligência, remetendo, porém, evidentemente a outras problemáticas. Essa sondagem foi feita com base em indicadores de negligência (ANEXO A) estabelecidos em revisões de literatura (Bringiotti, 2000; Horton & Cruise, 2001), solicitando-se aos

profissionais que descrevessem com mais detalhes as razões pelas quais haviam suspeitado de “negligência”, de modo a checar os indicadores presentes para os casos.

Vale dizer que os educadores/professores, com algumas exceções, não tinham informações mais aprofundadas sobre características da família, mas somente das crianças. Assim, a análise incidiu sobre a descrição feita pelos educadores das crianças, à luz dos indicadores físicos, comportamentais e emocionais de negligência presentes, tendo esta indicada consistência de uma parte dos casos com relação à negligência, e apontado, como previsto, para uma heterogeneidade de tipos de negligência: “física”, “educativa”, “psicológica”, “física e psicológica”, “educativa e psicológica”, etc. Essa análise preliminar indicou também a possibilidade de nove casos não serem “puros”, havendo possibilidade de referirem-se a situações em que a negligência estivesse presente juntamente a outras formas de abuso: “negligência e abuso físico”, “negligência e abuso sexual”, etc. Devido a essa heterogeneidade de tipos e ao fato de que se estava diante de uma amostra não muito ampla, optou-se por estudar as 12 notificações/famílias, de forma a se cobrir o todo de casos a disposição.

O quadro 2 descreve os indicadores de negligência identificados nos casos (crianças) de acordo com as descrições feitas pelos educadores/professores da creche/pré-escola.

Caso/Família	Informações fornecidas pelos educadores	Natureza dos principais indicadores
1- O caso de Sheila e Fábio (Família A) ⁶	As crianças apresentavam uma aparência desleixada, falta de higiene, sono durante o dia, dificuldades na fala, ferimentos não tratados, queixas psicossomáticas, olhar triste e “parado” e demanda de muita atenção e afeto (contato físico); uma das crianças (Fábio) pedia sempre para que a educadora o levasse para a sua casa, embora, o que indicava lhe fazia pensar que ele era criança “ <i>uma criança triste, muita tristeza</i> ”.	Indicadores de negligência Física e emocional
2- O caso de Tatiana (Família B)	A criança tinha a aparência muito frágil (“muito magrinha e amarelada”), ficava frequentemente doente, tinha machucados não tratados e falta de higiene. Além disso, notava-se desleixo com material escolar (que nunca estava completo ou em bom estado) e dificuldade de concentração na escola. A criança parecia sempre esfomeada e durante as aulas tinha muita dificuldade de prestar atenção. A criança vivia com a mão na “perereca” (vagina).	Indicadores de negligência física e educativa OBS: Indicador de Abuso Sexual (constante manipulação de órgão genital)
3-O caso de Inácio	A criança era fisicamente pequena (peso e altura abaixo da média das outras crianças), apresentava	Indicadores de negligência física e educativa.

⁶ A **Família A** tinha duas crianças de 6 anos, uma menina e um menino fazendo com que o total de crianças participantes fosse igual a 13.

Caso/Família	Informações fornecidas pelos educadores	Natureza dos principais indicadores
(Família C)	problemas na fala (fala desconexa, gerando dificuldade para ser compreendida), falta de higiene (cheirava ruim), além de comportamento impulsivo, agressividade com outras crianças, sem noção de perigo, comportamento sexualizado, repulsa a adultos e medo da mãe. Criança faltava muito a creche.	OBS: Indicadores de abuso físico e/ou sexuais (medo da mãe, comportamento sexualizado)
4-O caso de Alexandre (Família D)	A criança apresentava muitas queixas psicossomáticas (dor de cabeça, dor de barriga), era sempre muito quieta, isolada e “parecia sempre preocupado”, demandando muita atenção e afeto dos adultos.	Indicadores de negligência emocional OBS: Os mesmos indicadores podem remeter a abuso psicológico/emocional
5- O caso de Maurício (Família E)	A criança era agressiva em sala de aula “grita muito, joga as coisas... fora do normal” e segundo sua educadora “muito carente” demandando atenção e afeto. Também tinha dificuldades em se concentrar, não conseguia brincar muito tempo em grupo (brigando sempre) frequentemente recuava ao ser tocado inesperadamente. Já apareceu com machas roxas no corpo e, às vezes, tinha “medo de ir embora, medo de apanhar”. Segundo a educadora, a mãe sozinha não dava conta dos 5 filhos e acabava largando-os para a filha mais velha que não conseguia educá-los.	Indicadores de negligência educativa OBS: Indicador de abuso físico (manchas roxas no corpo, medo de ir embora, etc)
6- O caso de André (Família F)	A criança apresentava comportamento agressivo com colegas e professora (batendo, jogando coisas) e comportamento perturbador na sala de aula “não pára quieto, tumultua a sala de aula, não obedece, foge e não escuta ninguém”. Apresentava dificuldade de aprendizagem, não fazia tarefas durante as aulas e nem em casa. Apresentava-se com a aparência desleixada (nariz sempre escorrendo). Segundo a professora, apesar das reclamações à família, a mãe “nunca fazia nada”. Também apresentava um comportamento sexualizado (masturbação na sala de aula, brincadeiras que as outras crianças não gostavam como de tirar as calças).	-Indicadores de negligência física e educativa OBS: Indicador de abuso sexual (manipulação dos órgãos genitais em lugar não apropriado mesmo depois de ter sido repreendido).
7- O caso de Bruna (Família G)	A criança apresentava choro frequente, demandava constante atenção e afeto, além de queixas psicossomáticas.	-Indicadores de negligência emocional OBS: Os mesmos indicadores podem remeter a abuso psicológico/emocional
8- O caso de Laura (Família H)	A criança apresentava um comportamento “estranho”: “tem muitas crises, chora que nem uma louca”, “parecia muito nervosa e revoltada”, sendo que as educadoras desconfiavam, ainda, que a criança não era protegida pela mãe em relação aos irmãos homens (os irmãos batiam nela e eram tratados	-Indicadores de negligência emocional OBS: Indicadores de abuso psicológico (preferência aos filhos homens)

Caso/Família	Informações fornecidas pelos educadores	Natureza dos principais indicadores
	diferencialmente).	
9- O caso de Tina (Família I)	A criança era bastante quieta, apresentava um olhar constantemente triste, aparência apática e enurese. Apresentava também dificuldade de se relacionar com as outras crianças (era muito isolada, ficava o tempo todo sozinha).	-Indicadores de negligência emocional OBS: Os mesmos indicadores podem remeter a abuso psicológico/emocional
10- O caso de Marcelo (Família J)	A criança chegava esfomeada na escola, era sempre vista na rua com uma aparência desleixada e apresentava dificuldades de aprendizagem, sendo que pai e mãe nunca compareciam à escola.	-Indicador de negligência física e educativa
11- O caso de Renata (Família L)	Havia boatos de que a criança parecia estar sendo cuidada por uma senhora da vizinhança, sendo que a mãe era vista sempre andando pela rua com uma amiga, portando bebida alcoólica e com sinais de embriaguez. A criança tinha uma aparência pálida e triste, demandava muita atenção e afeto e aparecia, muitas vezes, com marcas no corpo.	-Indicadores de negligência emocional OBS: Indicador de abuso físico (Marcas no corpo)
12- O caso de Kevin (Família M)	A criança apresentava inúmeros problemas de comportamento na pré-escola (era agressivo com os coleguinhas e com a professora, perturbava o andamento da aula e não conseguia ficar na sala de aula por muito tempo). A avó, responsável legal, parecia não se importar com essa situação e ao invés de ir à escola pessoalmente, mandava a neta ir em seu lugar, não respondendo às demandas escolares.	-Indicadores de negligência educativa

Quadro 2: Indicadores comportamentais, físicos e emocionais observados na criança das famílias notificadas pelas educadoras/professoras da creche/pré-escola.

Breve Descrição das Famílias Participantes

Como já foi assinalado, com base nas informações relativas aos indicadores sobre os quais a suspeita de negligência repousava, decidiu-se por guardar as 12 famílias referidas. Em termos de caracterização, quando tratadas como amostra única, pode-se afirmar que todas pertenciam às classes populares, auferindo, na ocasião, uma renda mensal baixa (variando entre 60 reais e 2,5 salários mínimos). Os cuidadores tinham em média 34 anos anos, baixa escolaridade (em média, 5 anos de estudo) e em média, 4 filhos por família. A Tabela 1 sintetiza as informações sociodemográficas referentes às famílias participantes.

Tabela 1: Informações sociodemográficas das famílias estudadas

Famílias	Cuidadores Principais	Idade	Situação Empregatícia	Renda Familiar	Escolaridade	N. de Filhos
Família A (Sheila e Fábio)	Gilele (mãe de Sheila)	25	Desempregada	R\$ 60,00 e cesta básica	1º ano ensino médio	1
	Fernanda (mãe de Fábio)	46	Desempregada		5º série	4
Família B (Tatiana)	Lúcia (mãe)	30	Trab. Rural	1 salário	5º série	3
	Luiz (pai)	31	Desempregado		2º série	
Família C (Inácio)	Mariana (mãe)	24	Desempregada	1 salário	6º série	4
	Ana (avó)	46	Trab. Rural		2º série	1
Família D (Alexandre)	Luciamara (mãe)	26	Trab. Rural	1 salário	6º série	5
Família E (Maurício)	Vânia (mãe)	32	Serviços Gerais	2,5 salários	8º série	5
	Fernando (padrasto)	33	Motorista		1º ano do ensino médio	
Família F (André)	Silvana	35	Trab. Rural	2,5 salários	4º série	5
	Antônio	32	Operário		1º série	
Família G (Bruna)	Cláudia (mãe)	29	Empregada doméstica	2,5 salários	5º série	4
	Leonardo (Padrasto)	31	Trab. Rural		7º série	
Família H (Laura)	Isabela	31	Trab. Rural	1 salário	6º série	4
	Francisco	32	Desempregado		4º série	
Família I (Tina)	Amanda (mãe)	31	Desempregada	Aproximadamente 1 salário	2º série	4
	Jorge (padrasto)		Trab. Rural		Sem informação	
Família J (Marcelo)	Marisa (mãe)	51	Desempregada	R\$ 172,00, mais ajuda de um filho.	1º série	11
	Evaldo	50	Desempregado		1º série	
Família L (Renata)	Júlia (mãe)	23	Trab. Rural	1 salário	1º ano do ensino médio	1
Família M (Kevin)	Cida (avó)	57	Dona de casa	Aposentada	4º série	2
	Diogo (pai)	26	Trab. Rural	2 salários	5º série	

2.3. Método e Instrumentos de Coleta de Dados

Para a coleta dos dados procurou-se trabalhar com diferentes fontes de evidência, nos diferentes contextos em que os cuidadores e as crianças estavam inseridos, na comunidade, com vistas a obter informações diversificadas e desenvolver descrições detalhadas do fenômeno, a partir de diferentes lentes. Dessa forma, procurou-se fazer uso da triangulação de dados. “A triangulação é possível a partir de múltiplos métodos de coleta de dados e permite uma confirmação mais forte de constructos e hipóteses” (Eisenhardt, 1999, p.538). Segundo Jack e Baxter (2008), “Cada fonte de dados é uma peça de um “quebra-cabeça” que possibilita ao pesquisador um entendimento do fenômeno completo (p.554).

Para se fazer uso da triangulação dos dados, o presente estudo utilizou diferentes métodos e instrumentos de coleta de dados, como também diferentes fontes de evidências para cada unidade de análise investigada. Pode-se dizer, no entanto, que o principal método de coleta de dados foi a observação, utilizado para a coleta de evidências em todas as unidades de análise. Segundo Yin (2009), uma vez que o estudo de caso é realizado no “setting” natural do “caso”, tem-se a oportunidade de observação direta. Para esse autor, “assumindo que o fenômeno estudado não tenha sido puramente histórico, alguns comportamentos importantes e condições ambientais estarão disponíveis para observação” (p.109). Para Groleau (2003), a observação é um instrumento de coleta de dados que permite ao pesquisador testemunhar comportamentos e práticas dos indivíduos no seio dos grupos uma vez que este permanece no próprio contexto onde acontecem. A observação, dessa forma, permite o conhecimento da experiência viva dos indivíduos no cotidiano, na sua rotina: “*captar a experiência humana como ela acontece dia após dia*” conforme aponta Groleau (p. 213).

Para observar comportamentos e interações nos diferentes momentos/contextos de contato com a família e seus membros, a abordagem utilizada durante as observações empreendidas no presente estudo foi a “participante”. Groleau (2003), baseado em (Junker, 1990), define os vários “status” de observador (participante completo, participante que observa, observador que participa e observador completo) sendo que os critérios que diferenciam um status do outro se referem ao nível de participação do pesquisador na comunidade e o grau de revelação de sua identidade. De todo modo, para esse autor, o observador participante é aquele que: “que participa, torna público seu papel de pesquisador e transita livremente na comunidade sem fazer formalmente parte das atividades de grupo. (...) os indivíduos que participam da pesquisa sabem que ele é um pesquisador” (p.216).

Ainda, segundo Golden (1958), citado por Martineau (2003), quando se é observador participante, o pesquisador interage com as pessoas, mas de modo restrito: “o pesquisador é integrado ao grupo, mas essa integração é limitada: o pesquisador poderá, em certa ocasião, desempenhar papéis no seio da comunidade observada, mas ele não é um colega ou um membro que faz parte do grupo” (p.9).

A vantagem da observação é a possibilidade de ter acesso ao contexto do caso (Yin, 2009), o que permite uma descrição detalhada do fenômeno estudado devido à relação privilegiada no contexto que o observador desenvolve com os participantes durante o seu trabalho de terreno (Groleau, 2003), sobretudo em situações em que, para alguns indivíduos, haja dificuldade de verbalizar pontos de vista sobre alguns temas, ainda que, em alguma medida, tal relação possa também se tornar uma desvantagem desse método, uma vez que a presença do observador provoca mudanças no contexto (Yin, 2009). Assim, para minorar o efeito perturbador do pesquisador, indica-se uma estadia prolongada no contexto de observação, sendo justamente por meio de observações repetidas, em um tempo prolongado, de contato com os casos que se garante a **fidedignidade** desse método (Martineau, 2003). Para Martineau “Um terreno se descobre de pouquinho em pouquinho e a compreensão do fenômeno observado se constrói a toques sucessivos”. (p. 10). Busca-se, dessa forma, diminuir interferências e também consegue-se saturação dos dados, ou seja, o momento onde não se tem que acrescentar mais dados para a compreensão do fenômeno estudado.

Um segundo método de coleta de dados foram as entrevistas. Segundo Yin (2009) “(...) entrevistas são uma fonte essencial de evidência porque a maioria dos estudos de caso é sobre relações humanas e eventos comportamentais” (p.108). Esse autor acrescenta que as entrevistas são também uma importante fonte de “insight” uma vez que fornecem inferências casuais e explicações dos próprios participantes sobre os eventos. Em estudos de casos, a entrevista é frequentemente utilizada na forma de uma conversa e menos de uma forma estruturada (Yin, 2009).

Na presente investigação foram feitas inúmeras entrevistas não estruturadas (na forma de conversas), ao longo de todo o estudo, com os membros da família nuclear (pais/responsáveis e crianças), da família extensa (avós e tias) e do entorno social (vizinhos), bem como com professores e outros profissionais que tinham acesso à criança e/ou aos adultos, no contexto de programas e serviços existentes (na área da Saúde e na da Assistência Social), do município onde foi realizada a pesquisa.

Os dados coletados por meio das observações e das entrevistas informais foram registrados em diário de campo.

Um terceiro método de coleta de dados foi a utilização de instrumentos padronizados. Ressalta-se que alguns dos instrumentos foram utilizados de forma exploratória já que foram elaborados em outros contextos socioculturais e não passaram por um processo de adaptação à nossa realidade. Os instrumentos padronizados utilizados estão descritos abaixo:

- **Questionário de Caracterização** – originalmente proposto por Bringiotti (1999), foi traduzido para o português e adaptado semanticamente por Ávilla de Mello, Bérghamo, Piñon e Bazon, em 2006. O objetivo desse questionário é levantar informações que possibilitam uma caracterização dos adultos responsáveis pela criança, em termos sócio-demográficos (idade, sexo, nível educacional, renda, estado civil, idade em que teve o primeiro filho, número de filhos ou crianças sob os cuidados, intervalo de nascimento entre os filhos, quantidade de cômodos na casa, situação de emprego, naturalidade, grau de satisfação em relação ao bairro e grau de satisfação com a relação conjugal), considerando que seus itens constituem indicadores de fatores de risco associados aos maus-tratos infantis.
- **Entrevista sobre a história da infância do adulto** - este roteiro foi desenvolvido por Altemeir et al. (1979), sendo que a versão a ser utilizada foi traduzida e adaptada semanticamente a partir da versão em espanhol, empregada por Bringiotti (2000), por Ávilla de Mello, Bérghamo, Piñon e Bazon, em 2006. Esse tem como objetivo investigar as lembranças e percepção dessas, junto aos adultos, com relação à própria experiência de cuidado vivida na infância. Cumpre informar que ao roteiro se acrescentou mais sete questões visando investigar experiências referentes a outros tipos de maus-tratos, como a negligência, o abuso psicológico e/ou o sexual (procedimento realizado também por Ávilla de Mello, Bérghamo, Piñon e Bazon, em 2006), uma vez que no original focaliza-se mais propriamente experiências relacionadas a abusos físicos.
- **Índice de Estresse Parental (ISP)** – inventário, cujo nome original é *Parenting Stress Index* foi desenvolvido por Abidin (1990). Esse foi validado para o Brasil semanticamente e também em termos de conteúdo por Dessen e Bigras (2000), a partir da versão adaptada para o Québec – Canadá (Bigras & LaFrenière, 1995). Sua função é avaliar o componente de estresse presente nas interações pais-criança, considerando as características de temperamento e de comportamento da criança, e a percepção dos pais a esse respeito, bem como as características de personalidade dos pais. É composto por treze variáveis, sendo que quatro referem-se a características de temperamento da criança e compõem a dimensão “Criança Difícil” (adaptabilidade; exigência; humor;

hiperatividade), e duas referem-se às expectativas dos pais quanto à criança, seja com relação à possibilidade de ser/sentir-se recompensado por ela, seja com relação à conformidade da criança a uma imagem idealizada (aceitabilidade e reforço), compondo a dimensão “Interações Disfuncionais”; três se referem à personalidade dos pais (depressão, sentimento de competência e apego parental) e integram a dimensão “Sofrimento Parental”, que é integrada também por mais quatro variáveis situacionais (a relação dos pais com seu cônjuge; o apoio social disponível; a saúde dos pais e a restrição causada pela função parental). O Inventário é constituído por 36 afirmações e as respostas são ajustadas a uma escala do tipo Likert: concordo completamente (1), concordo (2), não tenho certeza (3), discordo (4), e discordo completamente (5). As respostas são corrigidas pontuando-as de forma invertida, ou seja, quem responde 1 pontua 5, 2 pontua 4 e assim por diante, sendo que o escore total pode variar de um mínimo de 94 pontos (baixo estresse) a um máximo de 117 pontos (alto estresse).

- **Questionário de Apoio Social (QAS)** – originalmente proposto por Sherbourne e Stewart, em 1991 (apud Chor et al., 2001), esse instrumento também foi traduzido e validado para o contexto brasileiro por pesquisadores do Estudo Pró-Saúde (Chor et al., 2001; Griep et al., 2005). O objetivo do instrumento é mensurar o grau com que várias facetas do apoio social (emocional, material, afetiva, informacional e interação social positiva) são percebidas como satisfatórias ou de ajuda para o indivíduo. Tratando especificamente das dimensões que compõem o Apoio Social, as referentes ao apoio Material, Emocional, de Informação e de Interação Social Positiva agregam 4 questões em cada uma delas, sendo que a pontuação mínima é 4 e a máxima é 20. Somente na dimensão de Apoio Afetivo, que agrega 3 questões, a pontuação mínima é 3 e a máxima é 15. A dimensão de apoio Material se refere à provisão de recursos e ajuda material; o Afetivo está ligado às demonstrações físicas de amor e afeto por parte de outras pessoas; o Emocional diz respeito às expressões de afeto positivo, de compreensão e sentimentos de confiança; o Apoio de Informação refere-se à disponibilidade de outras pessoas para fornecer orientações; e o de Interação Social Positiva se relaciona ao apoio recebido no sentido da interação e da disponibilidade das pessoas para a diversão e situações prazerosas. A versão adaptada pelos autores é composta por vinte e quatro perguntas, sendo cinco relacionadas ao conceito de rede social e dezenove relacionadas ao de apoio social.
- **Inventário HOME de Observação do Ambiente (HOME)** - proposto originalmente por Caldwell e Bradley (1978), esse instrumento foi traduzido e adaptado semanticamente por Matos (1983) para o contexto nacional. O instrumento tem por

objetivo avaliar comportamentos dos cuidadores e aspectos físicos e sociais do ambiente domiciliar, visando pontuar a qualidade e a quantidade de estimulação e apoio disponível à criança no ambiente doméstico. A aplicação do HOME implica proceder a observações e entrevistas realizadas durante visitas domiciliares, de uma hora, sendo que o avaliador age de forma a permitir interações naturais entre os responsáveis e a criança. Cada item proposto no instrumento é avaliado quanto à sua presença ou ausência e são reunidos em duas classes amplas de estimulação: (1) Práticas Psicossociais de Cuidados (referente à Responsividade Emocional e Verbal; Punição e Restrição; Envolvimento do Cuidador com a Criança) e (2) Estimulação Ambiental (referente à Organização do Ambiente Físico e Temporal; Disponibilidade de Materiais, Brinquedos e Jogos Apropriados; Oportunidade de Variação na Estimulação Diária). Quanto maior a pontuação no HOME, melhor a qualidade e a quantidade de estimulação oferecida à criança. No que se refere à interpretação, se o escore está entre 0 a 25% de estimulação, a família apresenta altíssimo risco ambiental, físico e social; entre 25 a 49% existe um alto risco; entre 50 a 60% o risco é médio; de 61% a 90% pode-se dizer que existe um baixo risco ambiental, físico e social; quando os escores estão entre 90 a 100% caracteriza-se por um baixíssimo nível de risco, o que equivale na prática à ausência de risco.

- **Inventário de Comportamentos de Crianças e Adolescentes - 6 a 18 anos (CBCL)** – Instrumento reeditado por Achenbach (2001), o CBCL compõe a bateria ASEBA (Achenbach System of Empirically Based Assessment), sendo que a versão utilizada no presente estudo foi adquirida junto à Professora Edwiges Silves, da USP – São Paulo, a qual possui os direitos autorais, no Brasil; o software ADM de avaliação também foi importado com a sua autorização. O referido questionário avalia competência social e problemas de comportamento em crianças e adolescentes, com idade entre 6 e 18 anos, com base em informações fornecidas pelos pais. As escalas do CBCL fornecem cobertura ampla dos sintomas psicopatológicos encontrados na infância. O instrumento é composto por 138 itens: 20 destinados à avaliação da competência social e 118 relacionados à avaliação de problemas de comportamento. As respostas dadas aos itens são pontuadas em uma escala de três pontos: (0) nunca ocorre, (1) às vezes ocorre, (2) sempre ocorre. Escores totais são computados para a *Performance Acadêmica*, *Funcionamento Adaptativo*, *Total de Problemas de Comportamento*, *Problemas Internalizados*, *Problemas Externalizados* e também são computados os escores para cada uma das escalas de síndrome e do DSM-IV. Os escores brutos para cada uma das escalas do

CBCL são convertidos em escores T, baseados em percentis da amostra normativa. O instrumento é auto-administrado ou pode ser feito na forma de entrevista.

- **Teacher's Report Form - 6 a 18 anos (TRF)** – Elaborado por Achenbach (1991), o TRF também compõe a bateria ASEBA (Achenbach System of Empirically Based Assessment), sendo que a versão utilizada no presente estudo é a adquirida junto à Professora Edwiges Silveiras, da USP – São Paulo, a qual possui os direitos autorais, no Brasil, tendo o software ADM de avaliação, também, sido importado com a autorização da referida professora. A tradução, retrotradução e adaptação cultural do instrumento no Brasil foi feita por Bordin, Mari e Caeiro (1995). Seu objetivo é obter a percepção dos professores sobre a performance acadêmica, funcionamento adaptativo e problemas de comportamento em crianças/adolescentes de 6 a 18 anos. É composto por duas partes: na primeira há perguntas visando investigar o background da família, o desempenho acadêmico e diferentes aspectos do funcionamento adaptativo. A segunda parte se refere a 112 itens que avaliam os problemas de comportamento. Os itens pertencentes à dimensão Problemas de Comportamento são medidas por três grandes escalas: *Escala de Internalização*, *Escala de Externalização* e *Escala de Problemas Totais* e também por 8 escalas de síndromes: *Retraimento*, *Problemas Somáticos*, *Ansiedade/Depressão*, *Problemas Sociais*, *Problemas de Pensamento*, *Problemas de Atenção*, *Delinquência*. O TRF leva em média de 10 a 20 minutos para ser respondido. É auto-administrado, mas se constitui em uma hetero-avaliação, na medida em que os professores respondem ao instrumento relatando a sua percepção sobre o comportamento das crianças. As respostas dadas aos itens são pontuadas em uma escala de três pontos: (0) nunca ocorre, (1) às vezes ocorre, (2) sempre ocorre. Escores totais são computados para a Performance Acadêmica, Funcionamento Adaptativo, Total de Problemas de Comportamento, Internalização e Externalização, e também são computados os escores para cada uma das escalas de síndrome. Os escores brutos para cada uma das escalas do TRF são convertidos em escores T, baseados em percentis da amostra normativa. Para as escalas *Performance Acadêmica* e *Funcionamento Adaptativo* os escores T são definidos entre 35 e 65 (média de 50). Nas escalas de síndromes, os escores T menores que 67 referem-se à variação normal; de 67-70 ao limítrofe clínico e acima de 70 ao clínico. Nas escalas de *Problemas Totais*, *Externalização* e *Internalização* os escores T menores que 60 referem-se à normalidade; entre 60-63 ao borderline (limítrofe); e maior que 63 ao clínico.

O quadro 3 sintetiza os diversos métodos e instrumentos utilizados para a coleta de dados relacionados a cada unidade de análise investigada.

Unidades de análise	Métodos de coleta de dados
Necessidades Infantis não respondidas	Observações participantes, entrevistas informais com os cuidadores, familiares, professores, vizinhos e profissionais da saúde.
(In) Capacidade de resposta Parental às necessidades infantis	Observações participantes, entrevistas informais com os cuidadores, familiares, professores, vizinhos e profissionais da saúde.
Presença de consequências negativas no desenvolvimento	Observações participantes, entrevistas informais com familiares, professores, profissionais da saúde; Instrumentos padronizados (CBCL e TRF).
Perturbação na relação pais (cuidadores) e crianças	Observações participantes; Instrumentos padronizados (ISP, HOME).
Perturbação na relação família e coletividade	Observações participantes, entrevistas informais nos contextos em que a família se relaciona: família extensa, vizinhos, escola. Instrumentos padronizados (QAS).

Quadro 3: Métodos e instrumentos utilizados na coleta de dados relacionados às unidades de análise investigada.

O questionário de caracterização e o da História da Infância do cuidador foram utilizados para a caracterização das famílias, como também para se obter mais informações sobre os cuidadores/ dinâmica familiar.

2.4. O desenvolvimento da pesquisa e os procedimentos de coleta de dados

1) Contatos iniciais na cidade (procedimento realizado no 1º semestre de 2007):

De modo a preparar o terreno para a pesquisa foi realizado contato com a administração municipal da cidade, com o setor educacional e com o Conselho Tutelar, para a explanação sobre o projeto e a obtenção do aceite/autorização para o desenvolvimento do mesmo.

2) Levantamento preliminar dos casos notificados ao Conselho Tutelar, pela creche e pré-escola⁷, como suspeitos de negligência

Esta fase do estudo aconteceu no final do segundo semestre de 2007 (a partir de novembro), quando se procedeu à identificação das famílias notificadas junto ao Conselho Tutelar da cidade, segundo os critérios de inclusão. Em reunião com membros desse órgão, ficou acordado que eles informariam as famílias sobre a possibilidade de participar de uma pesquisa, indagando-lhes sobre sua aceitação para um primeiro contato com a pesquisadora. Para esse contato, foi elaborada uma guia de apoio aos Conselheiros Tutelares visando auxiliá-los no sentido de repassarem as informações sobre a pesquisa de forma bastante precisa às famílias (APÊNDICE A). O contato do Conselho Tutelar com essas deu-se ao longo do primeiro semestre de 2008, na medida da disponibilidade desse órgão.

3) O primeiro contato com as famílias

Na medida em que os Conselheiros Tutelares foram contatando as famílias e que essas acenavam positivamente para o contato com a pesquisadora, passou-se ao agendamento do primeiro encontro, em suas residências. Na primeira visita às casas, a pesquisadora se apresentava e explicava novamente a pesquisa ao(s) adulto(s) responsável(is), indicando a possibilidade de elas serem acompanhadas pela pesquisadora, o que envolvia também a oferta de apoio e orientação de natureza psicossocial, no quadro da pesquisa, sem que isso implicasse, todavia, na extinção do acompanhamento feito pelo Conselho Tutelar. Dentro disso, a família que porventura retirasse seu consentimento, no decorrer da pesquisa, continuaria sendo seguida de acordo com o procedimento padrão existente na cidade, segundo a avaliação do Conselho Tutelar, beneficiando-se, dos programas de apoio/intervenção ali já implantados.

Feitos os esclarecimentos, propunha-se a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, ressaltando o aspecto de engajamento voluntário à pesquisa e de liberdade para desistir em qualquer momento.

⁷ Vale lembrar que notificação é um procedimento de natureza previsto em Lei (ECA 8069/90), obrigatório aos profissionais da saúde e da educação (Lei 10498/2000), que se constitui no ato de comunicar formalmente ao Conselho Tutelar suas suspeitas de casos de maus-tratos infantis, diante aos quais, esse órgão tem por dever investigar para, na seqüência, decidir a ação a ser empreendida em termos de responsabilização dos responsáveis e proteção da criança, se assim julgar necessário.

4) A coleta de dados

a) O início da coleta de dados: caracterização das famílias

Num primeiro momento, procedeu-se à realização de entrevistas semi-estruturadas com os adultos que encontravam na posição de maior responsabilidade pelos cuidados com as crianças (servindo-se dos roteiros “Caracterização da Família” e “História da Infância”). Isso se deu, em geral, nos dois primeiros encontros na família.

Nos encontros subsequentes, também nas residências das famílias, aplicaram-se junto ao cuidador principal, instrumentos de avaliação psicológica/psicossocial padronizados, com vistas à obtenção de informações sobre o nível de estresse vivido pelo cuidador, associado ao exercício da parentalidade (ISP - Índice de Estresse Parental), nível e qualidade de apoio social percebido pelo cuidador (QAS - Questionário de Apoio Social) e presença de problemas de comportamento – internalizados e/ou externalizados – na criança (CBCL). Em seguida, procedeu-se à aplicação do HOME, com vista à obtenção de informações padronizadas com relação à organização do ambiente, considerando as necessidades infantis.

A aplicação de todos esses instrumentos implicou 4 visitas domiciliares, em média, com a duração em torno de uma hora e meia, que se distribuíram ao longo de 4 semanas, sendo que em cada visita aplicava-se normalmente um ou dois instrumentos.

b) Seguimento: acompanhamento das famílias

Em seguida à aplicação dos instrumentos, a pesquisadora continuou frequentando as famílias e acompanhando-lhes em determinadas situações (na rotina de suas casas e em outros contextos de interação, na comunidade), quando, então, realizavam-se as observações participantes e as entrevistas (não estruturadas), cujas informações decorrentes foram sendo anotadas em diário de campo.

É preciso frisar que, no quadro desse acompanhamento, foram oferecidos às famílias, conforme o mencionado, orientação e apoio psicossocial, tendo em vista necessidades e dificuldades detectadas, discutindo-se com os participantes possibilidades e soluções relativas a problemáticas específicas, frente às quais a pesquisadora podia prestar ajuda diretamente ou mediar a interação com outros profissionais/órgãos de ajuda pertinentes. A título de exemplo, podem-se citar ações como encaminhamento para atendimento/avaliação psicológico, orientações para a aquisição do Bolsa Família e/ou inserção em programas sociais, contatos com a polícia, defensoria pública e ministério público, juntamente com as famílias, visando ao

melhor acolhimento delas pelas instituições, mediação junto às escolas, com vistas a melhorar o relacionamento entre famílias e instituição escolar, etc.

No quadro desse seguimento, algumas atividades educativas também foram elaboradas e desenvolvidas junto às crianças, como uma oficina de promoção de desenvolvimento de habilidades sociais, no contexto de suas escolas, que aconteciam 2 vezes por semana.

É importante frisar que tais ações de intervenção de ajuda implementadas, além de cumprir um dever ético, diante de situações humanas e sociais frente às quais a pesquisadora, cuja formação em Psicologia a habilitava a oferecer apoio e orientação, concorreram para o estabelecimento de interações baseadas em um sentimento de maior confiança, nas quais informações de maior qualidade foram obtidas.

O acompanhamento das famílias deu-se ao longo do ano de 2008, quando essas eram visitadas pelo menos uma vez por semana, durante 06 meses, em média, sendo que a família com a qual se passou menos tempo foi acompanhada ao longo de apenas 1 mês e a família acompanhada por mais longo tempo, o foi durante 10 meses.

c) A coleta de dados junto a outros informantes

Ao longo do acompanhamento das famílias, foi-se tendo acesso a inúmeros outros informantes passíveis de oferecer dados relevantes sobre determinados aspectos relativos à criança e/ou à própria família. Alguns eram pessoas da convivência comunitária da família, geralmente vizinhos, e outros eram profissionais que mantinham algum contato com as famílias e/ou com as crianças: diretoras, coordenadoras pedagógicas, professoras e funcionárias dos estabelecimentos educacionais frequentados pelas crianças; assistentes sociais de programas da área da assistência social do município; profissionais da saúde (médico pediatra/clínico geral e psicóloga); Promotor de Justiça e advogados da defensoria pública e policiais militares.

Junto a esses informantes, procedeu-se, de modo geral, a entrevistas não estruturadas, cujas informações decorrentes foram também anotadas em diário de campo.

Especificamente com relação aos professores, após em média, 4 meses do início do ano letivo, foi-lhes solicitado que respondessem ao TRF (6-18 anos).

2.5. Procedimento de análise dos dados

Para a análise dos dados, primeiramente as informações coletadas a partir das observações e entrevistas realizadas com todos os participantes foram transcritas *a posteriori* em um diário de campo.

Os instrumentos padronizados foram corrigidos de acordo com as normas e critérios especificados nos manuais dos mesmos.

Assim, todas as informações coletadas por meio das diferentes estratégias, família por família, foram reagrupadas de modo compor um conjunto único de dados, referente a cada caso, seguindo as indicações propostas por Yin (2009), para quem todos os tipos de evidência devem ser analisados juntos, para que os resultados do estudo sejam baseados em uma convergência de informação de diferentes fontes.

Em um segundo momento, com os relatórios individuais de cada caso em mãos, iniciou-se o processo de análise dos dados, observando-se a pertinência das informações a cada unidade de análise proposta no estudo, sendo que, dentro disso, o material foi separado em categorias descritivas correspondentes. A partir dos resultados descritos buscou-se verificar se as proposições teóricas fixadas *a priori* podiam ou não ser demonstradas naquele caso. Para cada categoria procurou-se fazer uma descrição sistemática dos indicadores positivos ou negativos para aquela proposição teórica, como também dos fatores contextuais presentes que davam pistas sobre como e por que a negligência se manifestava ou não naquele contexto.

Em um terceiro momento, passou-se à etapa de comparação dos casos de modo a visualizar semelhanças e diferenças entre eles, principalmente no que diz respeito à confirmação ou não das proposições teóricas investigadas. Segundo Yin (2009), a análise de comparação dos dados em delineamentos múltiplos, não se deve dar a partir da convergência dos resultados de todos os casos como se fossem uma **amostra única** e sim a partir dos resultados de cada caso individual (como experimentos separados) seguindo uma lógica de replicação.

Para tal, cada caso individual e os resultados obtidos segundo as cinco categorias descritivas (proposições teóricas) foram transpostos para tabelas e comparados uns com os outros, de modo a se buscar conclusões para além dos resultados individuais. Procurou-se por prováveis padrões ou tipos dentre os casos individuais.

No que se refere à comparação, buscou-se em um primeiro momento, comparar entre os casos a confirmação ou não de cada preposição teórica (ou critérios da negligência) para em seguida, comparar-se o conjunto de critérios, formando-se, desta forma, os subgrupos com

características semelhantes e que apresentavam diferenças dos outros, seguindo uma lógica de engrandecimento progressivo do campo de comparação, tal como proposto por Laperrière (1997).

Ao final da análise de comparação dos casos, buscou-se apontar até que ponto a replicação literal pôde ser demonstrada e por que alguns casos tiveram alguns resultados esperados e outros, ao contrário, não.

Como já foi assinalado, as unidades de análise, retiradas de um quadro teórico mais amplo, específico sobre negligência (Lacharité et al., 2006), deram origem às categorias descritivas. Como os parâmetros fornecidos pela definição teórica adotada, segundo os autores, são amplos e não fixam critérios que operacionalizam as diversas formas de manifestação da negligência, foi preciso definir parâmetros e fazer-se uso de critérios operacionais específicos, levando-se em conta as idades das crianças estudadas. Por exemplo, para a primeira e segunda categorias (1- **Respostas às necessidades infantis**; 2- **(In) Capacidade parental e/ou do entorno social para responder às necessidades**) foi necessário, para efetivação da análise, estabelecer subcategorias referentes a cada uma das necessidades infantis preconizadas – **físicas, educativas e psicológicas/emocionais** –, associadas a indicadores **segundo as faixas etárias**, de modo a verificar se essas estariam ou não encontrando respostas no ambiente. Para o estabelecimento dessas categorias secundárias lançou-se mão, como parâmetro básico, do referencial proposto no *Cadre d'Analyse des Besoins de l'Enfant* (CABE), para crianças de 5 a 10 anos (Lessard, Chamberland & Lacharité, 2007)⁸. Pode-se dizer que esse instrumento caracteriza-se como um crivo de análise para ser aplicado em situações concretas, no sentido de avaliar as necessidades de desenvolvimento de uma criança, as capacidades das figuras parentais de satisfazer essas necessidades e os fatores familiares e ambientais suscetíveis de influenciar as respostas às necessidades.

Embora as dimensões do CABE “**Necessidades de desenvolvimento da criança**” e “**Capacidade Parental**” especifiquem diversas sub-dimensões de necessidades infantis (saúde, educação, desenvolvimento comportamental e afetivo, identidade, apresentação da criança, relações familiares e sociais, habilidades de tomar conta de si), para a presente análise as necessidades foram reagrupadas em classes mais amplas, ou seja, em termos de **necessidades físicas, educativas e psicológicas**.

Vale frisar que o termo (conceito) “necessidade”, aqui utilizado, não se relaciona a um estado subjetivo, referente a um desejo, vontade ou insatisfação devido a um sentimento de

⁸ Versão quebequense produzida a partir do original, em inglês, *The Assessment Framework*, desenvolvido pelo Department of Health (2000) da Inglaterra.

falta. Refere-se, primordialmente, àquilo que é necessário ou indispensável para atender um objetivo. O termo “necessidade fundamental” é utilizado, dessa forma, para sublinhar o caráter incontornável da satisfação de algumas necessidades para o que o desenvolvimento da criança se processe sem maiores prejuízos (Lacharité et al., 2006).

Em relação ao conceito “Capacidade Parental”, esse refere-se às habilidades dos cuidadores para cumprirem com as responsabilidades relativas a funções parentais de um modo suficientemente bom, a longo termo, e não apenas em um ou outro episódio. Ter capacidade de responder às necessidades das crianças é diferente de ter habilidade para tanto, quando, por exemplo, pode-se realizar uma tarefa, uma ou outra vez, mas não demonstrar a capacidade de realizá-la a longo prazo (NSW, Department of Community Service, 2006).

A título de exemplo, apresentam-se alguns indicadores propostos no CABE e empregados no presente estudo, que permitiram realizar a análise do material:

1-Indicadores de necessidades infantis (não atendidas)

- **Necessidades físicas:** -Incluem aspectos da saúde e alimentação da criança, por exemplo:
 - aparência muito magra e pequena para sua idade;
 - aparência sempre desleixada;
 - presença de ferimentos não curados, doenças não tratadas;
 - falta de vacinação;
 - criança já teve uma doença grave que comprometeu seu desenvolvimento e saúde;
 - oferta à criança de alimentação inadequada / não nutritiva;
- **Necessidades educativas:** compreende aspectos do desenvolvimento de um comportamento social adequado, associados à disciplina adequada, escolarização, relacionamento social e estimulação da criança. Por exemplo:
 - criança respeita sua vez, sabe o que é do outro;
 - criança não tem amigos na escola;
 - criança não possui uma boa relação com os adultos da escola;
 - dificuldades na aprendizagem;
 - faltou muito à escola no ano anterior;

- tem problemas de comportamento (comportamento provocador e perturbador da criança, criança suspensa ou expulsa da escola, por exemplo);
- criança sabe seu nome completo, data de nascimento e endereço, apresenta capacidade de pedir ajuda e falar o que pensa, etc.

- **Necessidades psicológicas:** compreendem as necessidades de afeto, conforto, admiração, carinho, paciência, companhia e aprovação por parte do adulto.

Indicadores na criança seriam, por exemplo:

- não parece uma criança habitualmente alegre;
- parece não ter boa auto-estima (criança segura dela mesma, orgulhosa das suas conquistas);
- não se acalma na presença das figuras parentais;
- parece não ligada aos pais;
- criança passa muito tempo sozinha (solidão);
- é exposta a violência (violência preocupa a criança), etc.

2- Indicadores de Capacidade Parental para responder:

- **Às Necessidades Físicas:**

- as figuras parentais tomam cuidado para que o ambiente físico seja seguro;
- a casa e a cama da criança é limpa;
- a criança é cuidada quando está doente ou se machucou;
- há oferta de alimentação adequada e nutritiva com quantidade suficiente de líquido;
- há uma rotina regular com hora do banho, de dormir, de comer, etc.

- **Às Necessidades Educativas:**

- as figuras parentais sabem sempre onde a criança se encontra;
- as figuras parentais utilizam-se de métodos positivos que encorajam o progresso da criança;
- as figuras parentais oferecem oportunidades para a criança se desenvolver dentro ou fora de casa;
- há o interesse pelo adulto na escolarização e progresso da criança (estes participam de reuniões e atividades escolares);

- os cuidadores encorajam à criança a ir à escola; contam histórias, conversam e fazem atividades junto com a criança; cuidam dos cadernos, livros e materiais escolares da criança;

- comportamentos violentos da criança não são encorajados; etc.

- **Às Necessidades Psicológicas:**

- os adultos com os quais as crianças têm uma relação estável e durável;
- apresentam disponibilidade emocional e coerência no plano da educação;
- as figuras tomam cuidado para que as crianças não sejam testemunhas de comportamentos estranhos ou de comportamentos que suscitem o medo;
- a criança não é deixada sozinha se ela não o deseja; criança é sempre consolada quando tem medo ou está aflita;
- as figuras parentais demonstram que gostam da criança;
- as figuras parentais respondem à criança de maneira regular e previsível;
- figuras parentais não expõem a criança à crítica, hostilidade, rejeição, etc.

No que se refere à terceira categoria descritiva, que diz respeito à **Presença de risco e/ou consequências manifestas no desenvolvimento** das crianças estudadas, utilizaram-se como parâmetro básico os resultados das avaliações realizadas com os instrumentos - CBCL e o TRF - para a presença de problemas comportamentais, bem como dados de observação e de entrevistas, relativos ao seu funcionamento social, nas interações com outras crianças e com adultos, em diferentes circunstâncias, bem como de seu rendimento escolar (referente às aquisições esperadas em leitura e escrita, especialmente).

Vale frisar que o conceito de risco, ou probabilidade de ocorrência de consequências negativas no desenvolvimento, no futuro, é um parâmetro extremamente difícil de ser definido (Dubowitz, 1999) uma vez que se refere a uma possibilidade remota de uma consequência terrível ou apenas de uma consequência mais branda. Uma das formas de se contornar esse problema é fazer uso de pesquisas e de conhecimentos científicos, como também basear-se no próprio julgamento comunitário sob o risco para um determinado comportamento (Lacharité et al., 2006). No presente estudo, o “risco” foi considerado existente, se na avaliação ou julgamento feito pelo entorno social, sobre uma situação, assim o indicava, tendo por base, também, se havia ou não um histórico de situações semelhantes, vividas pela criança, associadas a perigo e/ou desproteção, bem como base na avaliação clínica

da própria pesquisadora, a partir de conhecimentos científicos sobre desenvolvimento infantil e situações de risco, como recomendam autores especializados na área (Dubowitz, 2007).

No que se refere ao conceito de “desenvolvimento”, afirma-se que o termo abrange a evolução e ampliação ótima das potencialidades de cada criança, considerada individualmente. Ele engloba a manutenção e a preservação de sua integridade física e sua segurança (Lacharité et al., 2006).

No que tange à verificação da presença das duas perturbações relacionadas à produção da negligência, também foram estabelecidas duas grandes categorias, correspondentes a cada perturbação da negligência:

(1) **Interação Cuidadores/Responsáveis-Criança** que foi aferida a partir da observação da frequência e qualidade desta dentro das famílias, como também a partir dos resultados das avaliações do HOME e ISP.

(2) **Relação Família e Entorno Social** cujos indicadores foram frequência e qualidade de relações sociais das famílias (tamanho da rede social, contato com membros da família extensa e vizinhança, presença ou ausência de conflitos, apoio percebido, etc) que foram extraídos tanto dos dados de observação e instrumentos utilizados (QAS, por exemplo).

2.6. Aspectos Éticos

Para o cumprimento das normas éticas relacionadas à pesquisa envolvendo seres humanos, o projeto foi encaminhado para a apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto-USP, tendo sido aprovado nos termos do Protocolo nº 355/2007.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido proposto foi apresentado a cada família convidada a participar da pesquisa, explicitando os objetivos e os procedimentos, de modo a garantir o respeito e a liberdade dos participantes.

Para além desses aspectos formais, destaca-se aqui, o fato de que o contato com famílias em que a problemática dos maus-tratos está presente, e a inserção em seus contextos de vida, para a realização de investigações, impõem inúmeros e inusitados desafios de natureza ética, nem sempre previstos nas legislações pertinentes. Frente a isso, sublinha-se que se buscou trabalhar, o tempo todo, à luz da concepção de que toda e qualquer interferência teria consequências nas dinâmicas familiares e que, por essa razão, a legitimidade das ações do pesquisador devia ser alcançada no interior das próprias famílias,

inclusive para que não houvesse imposição de um sistema de valor sobre outro, de modo a respeitar o background sócio-cultural dos envolvidos. Ademais, considerando o bem-estar infantil como o mais caro valor, anteviu-se a necessidade de nuançar as concepções de sigilo e de privacidade dos envolvidos, na medida em que a possibilidade de ter que compartilhar informações com profissionais da rede de serviços do município, considerando necessidades e riscos vividos pelas crianças, era muito grande. Isso implicou um contínuo e incansável processo de compartilhamento das questões/indagações e percepções com a própria família, buscando, assim, evitar gerar mais sofrimento e problemas para os envolvidos.

3. RESULTADOS

A análise dos dados de cada “caso”/família e do conjunto, por comparação, possibilitou o estabelecimento de três grupos, segundo os critérios estabelecidos na definição de negligência adotada no presente estudo (ou seja, as proposições teóricas). Um primeiro grupo emergiu formado pelas famílias cujas informações coletadas ao longo do acompanhamento preencheram a todos **critérios** pré-estabelecidos e que, por essa razão, foi nomeado “**Negligência Confirmada**”. Um segundo grupo foi constituído pelas famílias cujas informações indicaram o não-cumprimento dos critérios relativos à manifestação da negligência, mas que os cumpriam no plano dos mecanismos de produção da problemática, sinalizando, então, que a instalação da negligência estaria em curso. Esse grupo foi nomeado como “**Em Risco de Negligência**”. Um terceiro e último grupo foi formado, reunindo as famílias cujas informações não cumpriam concomitantemente a todos os critérios estabelecidos. Esse grupo foi chamado de “**Negligência Não Confirmada**”.

Na presente seção, apresentar-se-ão os resultados de **cada grupo**.

Grupo 1: Negligência Confirmada

Fazem parte do primeiro grupo as **Famílias A, B, C e D**. Conforme o mencionado, as famílias reunidas nesse grupo são aquelas para as quais os critérios que indicam a negligência manifesta foram cumpridos, segundo a definição adotada, bem como os referentes aos dois mecanismos de produção da negligência. Em outras palavras, pode-se dizer que nesse grupo as necessidades infantis não estavam sendo atendidas, oferecendo risco ou já implicando em prejuízos ao desenvolvimento dessas, devido a uma incapacidade dos cuidadores e do entorno social, de responderem às necessidades. Subjacente a esse quadro, nas famílias aqui reagrupadas denotou-se a existência de prejuízos na interação cuidador-criança, bem como no plano das interações família-entorno.

Observando-se com mais detalhe essas famílias, um diferencial emergiu nas análises impondo uma nova subdivisão no interior desse grupo. Uma diferença relativa ao tempo de manifestação da problemática da negligência, no interior **Grupo 1**, concorreu para que se fizesse uma distinção em subgrupos: um constituído pelas **Famílias A, B e C**, nas quais a negligência parecia ser uma manifestação de longa data; um outro, referente à **Família D** especificamente, na qual o problema se estendia por um período bem menor, parecendo ser

limitado no tempo. Assim, detectou um quadro de **Negligência Confirmada Crônica** e um de **Negligência Confirmada Circunstancial (NCC)**.

A caracterização das famílias pertencentes ao subgrupo denominado Negligência Confirmada Crônica é sintetizada no quadro 4 a seguir.

Identificação/ Família	Breve caracterização do cenário familiar
Família A (Fábio e Sheila)	Fernanda de 46 anos, mãe de Fábio, havia deixado há quase um ano os três filhos de 13, 9 e 6 anos (Fábio) sob os cuidados de sua filha mais velha, Gisele de 24 anos que, por sua vez, tinha uma filha de 6 anos (Sheila) . Dessa forma, Gisele era responsável pelos três irmãos e pela filha. Gisele estudara até o primeiro colegial e morava com as crianças em uma casa cedida pelo pai de sua filha, que era caminhoneiro e não passava muito tempo na cidade (sem que ambos mantivessem qualquer relacionamento conjugal). A casa da família apresentava um péssimo estado de conservação , tendo vidros e móveis quebrados, muito lixo e mato no quintal e odor forte. Tanto o pai de Sheila quanto a mãe consumiam álcool e/outras drogas, sendo o consumo frequentemente abusivo. Focalizando Fábio, Fernanda achava que sua atitude não era de abandono, dizendo que não tinha condições de levar todas as crianças para morar com ela, mas que passava na casa das crianças algumas vezes por semana para vê-las (havia semanas que passava todos os dias, outras menos), levando pão ou dando dinheiro para as crianças comprarem alguma coisa no bar. Fernanda não trabalhava (era amasiada a outra mulher que era quem sustentava a casa em que vivia). Assim, toda a responsabilidade pela manutenção da rotina e dos cuidados das crianças ficava a cargo de Gisele. Gisele, em seu turno, tinha uma aparência descuidada (era desleixada consigo mesma). Ela não trabalhava, portanto, não raro, tinha pouco ou nenhum dinheiro, mas não procurava emprego. Ficava em casa o dia inteiro ou andando pela rua. Mantinha a casa com o dinheiro dado por um programa de renda mínima da prefeitura (60 reais) e com uma cesta básica por mês. Frequentemente era a assistência social da prefeitura municipal que pagava contas de água e luz. As duas adultas cuidadoras dessa família, Fernanda e Gisele, entravam em conflito frequentemente (brigas/discussões). Gisele também tinha muitos conflitos com o pai de sua filha quando ele estava presente. Este ameaçava expulsar a mãe e as crianças de sua casa e chegou a separar a casa em duas partes depois de uma briga, sendo que mãe e crianças ficaram morando na sala da casa.
Família B (Tatiana)	Lucia (30 anos) vivia com o marido Luiz 31 anos, com o qual tinha três filhos com idades de 12, 6 (Tatiana) e 02 anos. Lucia era trabalhadora rural (com renda de 1 salário mínimo) e era a única adulta que trabalha na casa, pois o marido, que era dependente de álcool e outras drogas, passava o dia fora de casa, em bares. A família vivia em uma casa alugada, embora não pagasse o aluguel havia meses, sendo

Identificação/ Família	Breve caracterização do cenário familiar
	ameaçados frequentemente de despejo pelo proprietário. A casa em que viviam apresentava um péssimo estado de conservação (era muito escura, tinha as paredes sujas, úmidas e rachadas, lixo no quintal e, às vezes, presença de animais como baratas e escorpiões que entravam). Lucia e o marido viviam frequentes episódios de violência conjugal (com agressões verbais e físicas, inclusive com ameaças de morte) na presença das crianças. A genitora queixava-se frequentemente de cansaço extremo, dores no corpo e dificuldades para dormir. Transferia muitas responsabilidades domésticas à filha mais velha, que cuidava dos irmãos mais novos como também da organização da casa no período que a mãe estava trabalhando. A família recebia bolsa família, mas pelo alto absenteísmo das crianças na escola, vivia sob o risco de perdê-la.
Família C (Inácio)	Mariana, 24 anos, era mãe de quatro crianças de 7, 6 (Inácio) e 3 anos, e um bebê de cinco meses, sendo que estava grávida de mais um bebê. Mariana referia nunca ter trabalhado e dizia que não queria trabalhar, tendo estudado até a 6 série. Três de seus filhos, incluindo Inácio, moravam com a sua mãe (avó das crianças), pois essa detinha a guarda das crianças. A avó (Ana), 43 anos, tinha uma casa própria, era trabalhadora rural e ganhava um salário mínimo. O avô das crianças era dependente de álcool e não trabalhava, passando a maior parte do dia fora de casa, em um bar. Como a avó trabalhava o dia inteiro, quem ficava com crianças era a própria mãe biológica, que morava em outra casa, com seu companheiro (pai de seu bebê mais novo). A avó dizia que pegara a guarda das crianças porque a mãe na época “<i>era muito irresponsável</i>” e queria dar o bebê Inácio para adoção. Conta que o bebê nasceu prematuro e ficou internado no hospital por dois meses, sendo que a mãe nunca foi visitá-lo. A avó relatava muito cansaço e desânimo de cuidar dos três netos e de mais uma filha sua, ainda adolescente, sendo que, por isso deixava cada vez mais as crianças sob responsabilidade da mãe biológica e alegava que queria devolver a guarda: “<i>ela tem que assumir os filhos</i>”. Mariana, contudo, expressava não ter planos de reconquistar formalmente a guarda das crianças. Assim, de fato, a mãe era quem, no cotidiano, assumia a obrigação de levar e buscar as crianças na escola, fazer as refeições, cuidar da higiene e supervisioná-las. Mariana, no entanto, frequentemente acordava tarde fazendo com que as crianças perdessem a aula, esquecia de ir buscá-las na escola, não limpava o quarto das crianças na casa da avó, que cheirava urina, e esquecia-se de dar banho antes da aula fazendo com que as crianças fossem à escola cheirando mal. Ademais, a avó referia que a mãe usava punição corporal excessivamente com as crianças que chegavam a ter medo dela. A avó também apontava que a mãe rejeitava o filho Inácio, demonstrando ter menos paciência com ele, preferindo e dando mais atenção aos irmãos.

Quadro 4: Caracterização das famílias reunidas no subgrupo “Negligência Confirmada - Crônica”

OS CRITÉRIOS: CATEGORIAS DESCRITIVAS

1- Resposta às Necessidades Infantis

Neste primeiro subgrupo de famílias, as necessidades infantis, de diferentes naturezas (físicas, educativas e emocionais), não eram respondidas ou eram respondidas muito precariamente,

- **Necessidades físicas não respondidas**

As crianças desse subgrupo de famílias apresentavam necessidades, das mais básicas (extremas) às menos básicas, não respondidas. Em relação à saúde, por exemplo, essas crianças não tinham os cuidados médicos atendidos, apresentando ferimentos e doenças não tratadas como doenças de pele, vermes, piolhos, “bicho de pé” porque andavam descalças em lugares com lixo e sujeira. Em relação à apresentação, as crianças desse subgrupo tinham uma aparência “desleixada”, as vestimentas estavam sempre sujas e cheiravam mal e, às vezes, eram inadequadas (muito pequenas ou muito grandes) para o tamanho da criança. Por exemplo, a professora de Tatiana (**Família B**) relatava que a aluna vinha sempre com os sapatos muito grandes, com as meias muito sujas, cheirando mal e sempre tinha calcinha suja “*que a gente vê que não foram lavadas*”. A higiene precária se estendia também ao ambiente que as crianças viviam, que era sujo e cheirava mal (havia restos de comida que ficavam espalhados pela casa sem que ninguém os limpasse por dias a fio, o quarto das crianças era sujo, o colchão em que dormiam cheirava muito mal). As condições de higiene da casa onde as crianças moravam chamava a atenção de vizinhos, que olhavam a casa com desdém, bem como de agentes de saúde, que faziam notificações ao Conselho Tutelar reportando a situação. As crianças dessas famílias ainda tinham uma aparência frágil, sendo muito magras como, por exemplo, Sheila da **Família A** e **Inácio** da **Família C** que, apesar da idade de 6 anos, apresentavam peso e altura semelhantes à de uma criança de 3 anos. Sheila da **Família A** tinha o cabelo bastante ralo e ressecado. Todas as crianças desse subgrupo ainda faziam xixi na cama todas as noites, sendo que Sheila da **Família A** também urinava na roupa durante o dia, na escola. As crianças desse grupo também se apresentavam sempre esfomeadas, pedindo por comida. Por exemplo, em uma atividade com Tatiana da **Família B**, esta referiu que não conseguia brincar com as outras crianças que corriam porque estava com muita fome. Frequentemente, a alimentação dessas crianças era insuficiente e pouco nutritiva, não bebiam leite ou derivados e quase nunca ingeriam proteínas (carne). Quando tinham fome se alimentavam com café, salgadinhos industrializados, balas ou pão (principalmente as crianças da **Família A**).

Essas crianças não viviam uma rotina bem estabelecida (com hora de dormir, acordar, comer, tomar banho). Por exemplo, as crianças da **Família A** não tinham horário para dormir e nem para acordar e passavam todo o período matutino (estudavam a tarde) sem escovar os

dentes e sem se alimentar. As crianças da **Família B e C** chegavam da escola e não tinham alimentação à disposição, ficavam longos períodos de tempo sozinhas, sem a companhia e supervisão de um adulto responsável o que acontecia também aos finais de semana ou durante o período noturno quando os adultos saíam de casa (**Família A e B**).

- **Necessidades educativas não respondidas**

As crianças desse subgrupo também apresentavam necessidades educativas não respondidas. Por exemplo, no campo da educação, apenas uma das crianças da **Família A (Sheila)** conseguia, segundo sua professora, acompanhar o aprendizado da turma; as outras três crianças apresentavam um fraco rendimento escolar. Elas não conseguiam acompanhar a turma, não faziam as atividades propostas e tinham um comportamento problemático e perturbador na escola, o que preocupava seus professores por: *“Seu comportamento agressivo e o fato de não fazer exercícios na sala (escrever), ser desorganizada nas atividades e não ter capricho”* (Professora de Tatiana da **Família B**). Inácio da **Família C** dificuldades ainda mais marcadas que as das outras crianças, uma vez que não conseguia nem reconhecer as letras e seus desenhos ainda eram garatujas. Essa criança faltava à escola frequentemente ou era frequentemente colocada fora da sala de aula devido ao comportamento problemático. As crianças deste subgrupo nunca traziam seus trabalhos/tarefas feitos de casa e o material escolar estava sempre incompleto (não tinham cadernos, lápis, etc).

No mais, a apatia das crianças da **Família A** chamava a atenção quando, no contato com essas crianças, percebia-se que elas não sabiam seus nomes completos e nem data de aniversário, não tinham conhecimentos sobre suas capacidades e talentos e nem sobre seus familiares ou história da família. Essas crianças conviviam quase que exclusivamente com os irmãos (quando não estavam na escola) nunca visitando algum amigo ou recebendo visita de amigos em casa. Inácio da **Família C**, apesar dos 6 anos, não apresentava noção de propriedade (entrava na casa de outras pessoas e pegava coisas que achava, abria a geladeira da escola e pegava lanches dos professores, subia em cima de carros ou entrava no carro de vizinhos, sem permissão). Ademais, seu comportamento perturbador representava ameaça a própria segurança (saía correndo dos adultos e atravessava a rua sem olhar, subia em muros altos ou em telhados). As crianças da **Família B e C** também costumavam sair de casa “sem objetivo” e andar/perambular pelas ruas sozinhas.

- **Necessidades emocionais não respondidas**

Conforme o mencionado, as crianças desse subgrupo passavam longo períodos de tempo sozinhas, sem a supervisão, mas também sem a companhia de adultos, entregues a si mesmas. Dentro disso, pode-se dizer que viviam frequentemente a solidão e dessa forma eram privadas da

presença de referências significativas (um adulto de confiança), com quem pudessem interagir, perguntar, falar o que pensavam, suas preocupações, decepções e sentimentos.: “*eu não gosto de ficar sozinha , tia*” (dizia frequentemente Tatiana, da **Família B**). Essas crianças nunca eram elogiadas pelos cuidadores, o que não permitia que reconhecessem e desenvolvessem suas qualidades ou talentos. Pode-se dizer que durante todo o período de acompanhamento das famílias não foram observadas interações que incluíssem o elogio. Observava-se a busca, pela criança, de interação com o adulto no intuito de ser validada/elogiada em algum gesto. Via de regra, contudo, não havia reação dos adultos, nesse sentido. Pode-se dizer que também experimentavam com frequência o medo, quando eram testemunhas de violência conjugal (Tatiana da **Família B**) ou de disputas entre adultos (Sheila e Fábio da **Família A**) ou ainda quando eram punidas duramente, com castigos físicos (Inácio da **Família C**⁹). Ademais, raramente experienciavam o contato afetivo, caloroso com os adultos significativos, o que fazia com que essas crianças fossem exageradamente amicais com adultos desconhecidos, em busca de atenção, parando na rua para conversar com pessoas que não conheciam ou procurando contato físico com a pesquisadora já nos primeiros encontros (aproximavam-se muito, buscando o “colo” e permanecendo “coladas”, alisando o rosto e o cabelo da pesquisadora). No que diz respeito ao “apego” das crianças pelos pais, pode-se dizer que as crianças (principalmente as das **Famílias A e C**) não reagiam à saída ou chegada dos adultos (seja demonstrando tristeza ou pesar quando as mães saíam, ou alegria quando chegavam).

2- Consequências ao desenvolvimento Infantil

No que diz respeito às consequências no desenvolvimento infantil, observa-se que a falta de resposta às necessidades de diferentes naturezas parecem ter concorrido para a produção de impacto negativo significativo no desenvolvimento dessas crianças. Consequências foram evidenciadas nas crianças desse subgrupo: atraso no desenvolvimento físico (além risco importante à integridade física) e consequências no plano comportamental-social-afetivo.

- **Atraso no desenvolvimento Físico e Risco à integridade física**

Duas das crianças desse grupo (Sheila da **Família A** e Inácio da **Família C**) tinham altura e peso semelhantes a uma criança de 3 anos. As crianças da **Família A e B** apresentaram um quadro de desnutrição quando foram avaliadas por um médico, sendo que a

⁹ Essa criança, segundo as educadoras da creche que frequentava e chegava a ter tanto medo da mãe que chegou a urinar na roupa quando a mãe foi buscá-la. Quando percebia que a mãe estava brava, também se escondia durante horas debaixo da cama com medo de apanhar.

fragilidade física e o estado de saúde dessas crianças eram notadas também pelas professoras que se preocupavam com a situação:

“seu desenvolvimento físico, fisiológico, está muito debilitado... baixa estatura, baixo peso, feridas cutâneas que geralmente apresentam cicatrização lenta... febre... Apesar de tudo, ela consegue acompanhar a série”. (professora de Sheila da **Família A**).

“cor amarelada, aparência abatida, desânimo e magreza” (professora referente à Tatiana da **Família B**).

A presença de doenças e ferimentos nas crianças dessas famílias também ameaçava-lhes a integridade física das mesmas, uma vez que era real a probabilidade de complicações já que não recebiam qualquer tratamento ou tratamento adequado. Por exemplo, as crianças das **Famílias A e B** viveram, inclusive, **risco de morte**, por falta de cuidados médicos ou de supervisão. A falta de cuidados em relação a uma infecção no pé, causada por “bicho do pé” teve como consequência a internação de Tatiana com um quadro grave de infecção (“início de septicemia”). Um incêndio na residência da **Família A**, causado pelas crianças, por uma brincadeira com fogo quando estavam sozinhas, sem a presença de um adulto que as supervisionasse, quase se tornou uma tragédia.

Ademais, havia indícios de que Inácio (**da Família C**), que passava tardes inteiras andando pelas ruas, procurando outras crianças e brincadeiras, sem supervisão, havia sido abusado sexualmente, uma vez que, em certo período, apresentou muitos indicadores de abuso sexual (comportamentos sexualizados sofisticados na escola e em casa, em brincadeiras com o irmão mais novo e com o cachorro).

• Consequências comportamentais¹⁰

A avaliação de problemas de comportamento realizada a partir dos instrumentos CBCL e TRF também apontaram para um impacto importante neste nível, sendo que todas as crianças desse subgrupo a apresentaram **níveis clínicos** em uma ampla gama de problemas de natureza externalizada e internalizada. A descrição dos problemas comportamentais dessas crianças é apresentada no Quadro 5.

¹⁰ Apesar de o alvo da pesquisa ter sido a criança notificada no período da seleção dos “casos”, pôde-se observar também, com o convívio na família, consequências no funcionamento dos irmãos mais velhos dessas crianças. O irmão mais velho da Sheila da **Família A**, por exemplo, cometia pequenos delitos, tendo sido notificado várias vezes ao Conselho Tutelar por isso. A irmã mais velha de Tatiana da **Família B** também cometia pequenos delitos na escola (pegar material escolar das outras crianças ou material da própria escola e levar para a casa) e na sua própria casa (pegar o salário da mãe para comprar coisas), enquanto que a irmã mais velha de Inácio da **Família C** era uma criança que apresentava baixo rendimento escolar (muita dificuldade de aprendizagem, segundo sua professora), que ia frequentemente à aula cheirando urina com uma aparência desleixada e, por isso, era rejeitada por colegas, apresentando um comportamento introspectivo e se isolando.

Criança/família	Problemas de comportamento (CBCL)	Problemas de comportamento (TRF)
Sheila e Fábio da Família A	Sheila apresentou nível clínico para Problemas Externalizados e nível limítrofe para Comportamento de Desrespeito às regras e Comportamento Agressivo ¹¹ .	Sheila apresentou nível clínico para Problemas Externalizados e Problemas Internalizados . Nível clínico para Queixas Psicossomáticas e em nível limítrofe para Problemas Sociais , Problema de Atenção , Problemas de Pensamento , Comportamento de Quebra de Regras e Comportamento Agressivo . Fábio apresentou nível clínico para Problemas Externalizados e Problemas Internalizados . Nível clínico para Retraimento/Depressão , Queixas Psicossomáticas e Problema Social e limítrofe para Ansiedade e Depressão , Problemas de Pensamento , Comportamento de Desrespeito às Regras e Comportamento Agressivo .
Tatiana da Família B	Problemas de comportamentos Internalizados e Externalizados estão da normalidade para as crianças da mesma idade. Nível limítrofe para Problemas de Atenção .	Níveis clínicos para Problemas Internalizados e Externalizados . Níveis clínicos para Problema Social , Problema de Atenção , Comportamento agressivo , Comportamento de Desrespeito às regras e Queixas Psicossomáticas e limítrofes para Problemas de ansiedade e depressão e Retraimento . Escores altíssimos para Hiperatividade e Impulsividade e Falta de Concentração sinalizando grandes dificuldades nesse nível.
Inácio da Família C	Nível clínico para Problemas Internalizados e Problemas Externalizados . Nível clínico de problemas para Retraimento , Problemas Sociais , Problemas de Atenção e Comportamento Agressivo .	Nível clínico para Problemas Externalizados e Problemas Internalizados . Nível clínico para Problema Social , Problemas de Pensamento , Problemas de Atenção , Comportamento de Desrespeito às Regras e Comportamento Agressivo . Nível limítrofe para problemas de Ansiedade e Depressão como também Retraimento , ficaram em nível limítrofe. Escores altíssimos no que diz respeito a problemas Hiperatividade- Impulsividade sinalizando grande dificuldade nesse nível.

Quadro 5: Problemas comportamentais apresentados pelas crianças do subgrupo crônico a partir da avaliação das mães (CBCL) e professoras (TRF).

¹¹ A mãe de Fábio (uma das crianças da **Família A**) não quis responder ao CBCL.

Apesar dos indicadores de muitos problemas comportamentais, Tatiana, da **Família B** apresentava também indicadores de adaptação que eram reconhecidos pela professora: *“Gosta de brincar, conta casos e ri muito das coisas engraçadas... participa oralmente de todas as atividades, mas não gosta de escrever”* (Professora de Tatiana da **Família B**).

Neste aspecto, no entanto, Inácio da **Família C** chamou especialmente a atenção, pois apresentou escores de problemas altíssimos nos dois instrumentos e que sinalizaram a presença para **distúrbio no desenvolvimento global**. Nas interações com essa criança, seus déficits e dificuldades desenvolvimentais eram evidentes. A criança apresentava dificuldades na fala/verbalização (era muito difícil entender o que ela falava) e parecia também ter dificuldades de compreensão, pois dava respostas “desconectas” às perguntas feitas ou parecia “não ouvir”. A criança mexia em todos os objetos ou coisas que lhe chamassem a atenção, mesmo quando alguém dizia que não era para mexer. Por exemplo, pegava baratas, insetos e até fezes com a mão, entrava dentro de carros que estavam abertos (não importando de que fossem), entrava na casa de pessoas e pegava o que lhe interessa (a ração do cachorro, garrafinhas de plástico, etc). Quando estava com raiva, frequentemente estragava ou quebrava coisas dos outros (riscava o carro do vizinho, por exemplo). A criança comia ou bebia restos de comida ou bebida que achava em garrafinhas ou latinhas. Quase nunca chorava, mesmo quando caía e se machucava e não procurava o contato físico com adultos (não gostava de ser tocada). Quando se sentia contrariado, tinha ataques de raiva, rasgando folhas e cadernos, jogando carteiras, batendo e cuspiendo nos colegas e na professora. Como foi assinalado, a criança também apresentava muitas dificuldades no que se refere à aprendizagem escolar, não conseguindo ler/escrever nada (nem letras) e apresentando muitas dificuldades até mesmo para desenhar. Não sabia contar e nem diferenciar as cores corretamente. Quando estava no meio das outras crianças, brincando em grupo, frequentemente ficava nervoso por não conseguir desempenhar certa tarefa ou não conseguir esperar o tempo da sua vez e reagia pegando a mochila do colega e saindo correndo, batendo, chamando as outras crianças por apelidos pejorativos. Embora gostasse de estar na companhia de outras crianças, Inácio não tinha amigos.

3- Capacidade Parental e/ou do entorno social de resposta às necessidades infantis

As famílias reunidas nesse subgrupo apresentaram dificuldades significativas, podendo-se até mesmo se falar em incapacidade, de responderem a muitas das necessidades infantis fundamentais, como as de natureza física, bem como às educativas e às emocionais.

Muitas vezes, nessas famílias a resposta mínima a algumas necessidades das crianças focalizadas era dada por crianças mais velhas (irmãos), constatando-se frequentemente uma transferência de responsabilidade com tarefas relativas a cuidados nesse sentido. Quando não, algumas das responsabilidades eram transferidas a outros adultos do entorno. Esses, entretanto, também apresentavam dificuldades de resposta.

- **Dificuldades significativas e/ou incapacidade de resposta às necessidades físicas**

Os cuidadores dessas famílias apresentavam dificuldades significativas ou mesmo incapacidade em prover cuidados de base (relativos à saúde, higiene e alimentação). Em relação à saúde, não era dada atenção necessária a ferimentos e doenças. Esses pareciam não notar ou dar a devida importância a ferimentos ou sintomas de doenças apresentados pelas crianças. Na **Família B**, por exemplo, frente à indicação feita pela escola, de que a Tatiana poderia estar com vermes por causa de coceira nas nádegas e na região genital, os cuidadores não fizeram qualquer movimento no sentido de procurar atendimento na saúde, para verificar se efetivamente havia um problema e se satisfizeram com a explicação que lhes ocorrera, de que a coceira decorria, provavelmente, do fato de a criança brincar muito na areia e não lavar direito sua calcinha. Ademais, essa mesma criança permaneceu meses com “bicho do pé”, o que resultou na infecção das feridas. Após ter sido levada ao médico por funcionários da escola, o qual fez recomendações que foram repassadas à família, os pais não seguiram o tratamento “*porque o vidro do antibiótico quebrou*”, segundo o relato da mãe. Na **Família A**, em seu turno, Fábio, tendo machucado a boca em uma queda, ficou sem conseguir falar ou comer direito, por dias, mas nenhum dos adultos de seu entorno julgou necessário levá-lo ao médico.

No que diz respeito à alimentação, as refeições nas casas das crianças eram irregulares e/ou frequentemente não preparadas, sendo que as crianças passavam longos períodos sem se alimentar: “*Tem dia tia, que minha mãe demora tanto para fazer a janta que eu vou dormir. O sono mata a minha fome...*” (Tatiana da **Família B**). Não raro, também, os alimentos oferecidos eram pouco nutritivos como na **Família A**, na qual, muito frequentemente, dava-se algum dinheiro às crianças para que comprassem “guloseimas” (chips) ou salgadinhos no bar.

No cotidiano dessas famílias também se observava a proposição de uma rotina bastante irregular relativa a horários para dormir/acordar, comer, tomar banho, etc. Assim, os adultos não estipulavam horários para as crianças dormirem e, desta forma, as crianças dormiam muito tarde porque ficavam assistindo à TV com a mãe (**Família A**) ou porque a

mãe ia dormir muito cedo e não controlava a hora que os filhos entravam/chegavam à casa da rua (**Família B**). Frequentemente, a mãe da **Família C** dormia além da conta e perdia o horário de levar e/ou buscar as crianças na escola (**Família C**). A falta de rotina do sono das crianças tinha consequências, podendo-se observar fadiga na hora da aula ou mesmo a falta de frequência na escola, conforme o relatado por professores das crianças das **Famílias B e C**¹².

A manutenção da limpeza da casa também não era realizada de forma regular nessas famílias, sendo que várias atividades dessa natureza, conforme o já mencionado, eram repassadas às crianças. Por isso as roupas eram lavadas muito raramente, a casa e a cama das crianças não eram limpas ou arrumadas. Dentro disso, notava-se na **Família A**, que essa frequentemente ganhava uma grande quantidade de roupas de criança, doada por pessoas ou por uma Igreja. Estas iam sendo usadas e não eram lavadas depois de sujas e, como se fossem descartáveis, eram deixadas de lado (por vezes, ficavam espalhadas pela casa e no quintal, estragando depois de muito tempo expostas à terra, ao sol ou à chuva).

Nas três residências, o quarto e a cama das crianças não eram limpos por ninguém e cheiravam muito mal (provavelmente devido à urina, visto que as crianças apresentavam enurese, e também à sujeira presente nos colchões e nos lençóis, que não eram lavados).

*“Gisele não faz nada o dia inteiro, fica aí, não faz nada, nem cuidar cuida. Não consegue lavar uma panela... se eu deixar, as roupas apodrecem porque ela não lava... E sabe o que ela faz? Quando acabam as roupas dela, ela pega as do Lucas, fica usando as do Lucas...”. (Fernanda, mãe de Gisele e de Fábio - **Família A**).*

- **Dificuldades Significativas e/ou incapacidade de responder a necessidades educativas**

No que se refere às necessidades educativas, percebiam-se dificuldades significativas e/ou incapacidade dos cuidadores responsáveis de respostas no campo da educação, estimulação e de aspectos relacionados à disciplina/supervisão. A carência de atenção dos adultos às questões escolares, por exemplo, pôde ser observada pela não frequência a reuniões escolares e na ausência completa de supervisão relativa a tarefas de casa. Nessa direção, os cuidadores mostravam não serem cientes das aquisições ou das dificuldades específicas dos seus filhos, embora soubessem que as crianças apresentavam, em sua maioria, dificuldades na escola. A falta de atenção às questões escolares, pelos cuidadores, fazia com que as crianças

¹² As mães das crianças da **Família A**, disseram ter colocado as crianças no período vespertino, para evitar problemas com a escola, uma vez que não conseguiam, de qualquer forma, acordar para levar as crianças no período matutino.

dessas famílias tivessem sempre o material escolar incompleto (perdiam cadernos, nunca tinham lápis e borracha). Às vezes, algumas das crianças chegavam a ir à escola com a mochila vazia (apenas com a blusa de inverno que colocavam dentro e alguns papéis velhos, não pertinentes ao processo de escolarização em curso), já que as figuras parentais nunca chegavam a verificar a presença do material escolar ou prepará-los para a escola¹³. Essas crianças também faltavam às aulas mais frequentemente que as outras, seja porque não conseguiam acordar sozinhas, uma vez que os responsáveis já haviam saído para o trabalho ou porque dormiam também (como Luis, o pai na **Família B** e Mariana a mãe na **Família C**).

No que se refere a aspectos de estimulação, nessas famílias não se presenciou a realização de qualquer atividade de lazer ou passeios com as crianças, sendo que os adultos alegavam preferir saírem sozinhos¹⁴. Embora as crianças tivessem alguns poucos brinquedos e livros, nas famílias, ninguém se preocupava em preservá-los, nem em auxiliar as crianças a tomarem cuidado de seus pertences, sendo que os brinquedos ganhados acabavam ou se perdiam muito rapidamente¹⁵. Também não se observava entre as figuras parentais e crianças atividades em conjunto como contar história, brincadeiras ou mesmo assistir a algum programa de televisão.

No que diz respeito à disciplina, nas famílias não se notava preocupação nos adultos com o estabelecimento e/ou esclarecimento de regras familiares. A supervisão das crianças era muito frágil, nessas famílias, sendo que os adultos responsáveis deixavam as crianças sozinhas por longos períodos, no período oposto ao da escola e nos finais de semana. Mesmo quando os adultos se encontravam em casa, eles pouco sabiam das idas e vindas das crianças (**Família B** e **Família C**). Muitas vezes, também, as crianças eram expostas a modelos negativos de adultos, que faziam uso abusivo de álcool e de outras drogas em suas residências (amigos de Gisele, na **Família A** e do pai na **Família B**).

- **Há dificuldades significativas e/ou incapacidade em responder as necessidades psicológicas (emocionais)**

¹³ É importante salientar que como a escola sabia da dificuldade de contar com essas famílias, requisitava menos insistentemente sua presença por não acreditar, de antemão, na sua colaboração.

¹⁴ As crianças também não realizavam qualquer atividade extracurricular (esportiva ou cultural). Há de se notar, contudo, que na cidade não havia a oferta desse tipo de atividade, para crianças da idade das focalizadas no estudo. Pôde-se observar, no entanto, que, mesmo com a oferta de um grupo de Habilidades Sociais, proposto pela pesquisadora às crianças, realizado na escola, as crianças da **Família A** não participaram, pois os cuidadores **não acordavam** a tempo para levá-las.

¹⁵ Era muito limitada a oferta de livros e brinquedos na casa dessas crianças. Estes quase não existiam (achava-se um ou outro, quando se procurava). Após levar brinquedos para as crianças dessas famílias, pôde-se constatar, na semana seguinte, que eles haviam sido perdidos, não eram encontrados na casa.

A dificuldade ou mesmo incapacidade observada nas famílias desse sub-grupo para responderem às necessidades psicológicas de suas crianças era evidente quando se observava que, os responsáveis, muito raramente demonstravam afeto por meio de gestos (colocar no colo, abraçar), não se preocupavam em consolar a criança quando esta parecia triste ou estava assustada, nem em confortar a criança quando tinha se machucado, por exemplo e tão pouco encorajá-las ou elogiá-las por seus comportamentos ou qualidades. Muitas vezes, Gisele (**Família A**), continuava deitada no sofá mesmo vendo que a filha estava com um ferimento sangrando na perna após ter caído (sendo que nesse caso, o “irmão mais velho”¹⁶ foi quem se prontificou a limpar o machucado e cuidar da criança).

Nessas famílias, além da constatação da dificuldade significativa dos cuidadores em responder às necessidades, de um modo geral, a partir da análise de dados alguns apontamentos emergiram no sentido de caracterizar a base sobre a qual repousa a “**não resposta**”, que culmina no indicador “**Incapacidade dos Cuidadores para Responder às Necessidades Infantis**”. Dentro disso, destacam-se as categorias abaixo:

- **Transferência de responsabilidades de um adulto a outro, ou a crianças mais velhas na família**

Nas três famílias, observava-se uma constante tentativa de transferir as responsabilidades concernentes às funções parentais de um a outro cuidador, e, de modo derradeiro, às crianças mais velhas. Por exemplo, na **Família A**, Fernanda e Gisele usavam estratégias, o tempo todo, para passar responsabilidade uma à outra. Fernanda, inclusive, tinha ido morar em outra casa deixando seus filhos sob a responsabilidade de Gisele, sua filha mais velha, a qual ela mesma dizia considerar incapaz.

“Gisele é muito difícil, não adianta falar. Você fala, fala!!! E ela não escuta. É cabeça dura. Eu já falei: ‘Gisele, você acorda, arruma a casa, depois lava a roupa...’, mas ela só quer saber de dormir... Só dorme. Dorme até tarde e depois, quando as crianças vão para a escola, dorme mais”.
(Fernanda - mãe de Gisele e de Fábio e avó de Sheila - **Família A**)

“Não tô a fim de lavar não! Minha mãe não me ajuda em nada, sozinha eu não vou lavar tudo isso não”[referindo-se a roupas sujas]. (Gisele - mãe de Sheila e irmã de Fábio - **Família A**).

Nesse jogo, quem acabava respondendo minimamente a algumas das necessidades das crianças pequenas era o filho mais velho de Fernanda, Lucas, irmão de Gisele, um

¹⁶ Nesta família, o irmão mais velho Lucas de 15 anos é, na verdade, tio de Sheila. Todas as crianças, no entanto, eram criadas como irmãos devido a pouca diferença de idade entre elas.

adolescente. Ele, algumas vezes, prontificava-se a fazer café e dividia entre as crianças, de manhã, quando percebia que tinham fome, sendo ele também quem dava atenção quando choravam, ou quem se prontificava a cuidar de um machucado, lavando-o.

Na **Família B**, Mirele, a irmã mais velha de 12 anos era quem acordava a Tatiana para ir para a escola, que esquentava a comida, que lhe fazia companhia. O pai das meninas, que diferentemente da mãe não trabalhava e, portanto, teria mais disponibilidade de tempo, não assumia qualquer responsabilidade, e também não era cobrado, nesse sentido por ninguém, nem pelas autoridades (Conselho Tutelar ou Juiz).

Chama-se atenção aqui, o papel desempenhado pelo irmão(ã) mais velho na oferta de respostas às necessidades¹⁷, nessas famílias. Muitas vezes, esses eram os únicos que percebiam e/ou respondiam a necessidades muito básicas, como de fome, proteção, companhia e cuidado. Assim, nessas famílias o papel do irmão mais velho parecia essencial até mesmo para a sobrevivência das crianças mais novas.

Na **Família C**, embora a avó tivesse a guarda das crianças, na prática, quem cuidava das mesmas a maior parte do tempo era a própria mãe biológica, Mariana, sendo que a avó queria que essa reassumisse as responsabilidades pelos filhos.¹⁸

*“Naquela época, ela não tinha cabeça para os filhos, não queria saber de cuidar das crianças. Ela sempre me deu muito trabalho, quando era mais nova... foi a filha que mais me deu trabalho, não queria saber de ir ao colégio, andava com pessoas ruins...fugia de casa... eu acho que já até usava essas coisas que tem por aí... drogas. Aí eu peguei a guarda, mas era só por um tempo, para ela colocar a cabeça no lugar..., arrumar um emprego...” (...) “ela é a mãe das crianças e tem que ter responsabilidade” (...) “ela veio aqui em casa e me disse, mãe fica um pouco com a Gabriele (bebê), que eu vou dar uma saída. Eu fiquei pensando que fosse voltar logo, até agora não voltou e eu tive que faltar do serviço, porque como é que eu vou trabalhar se não tenho com quem deixar essas crianças e o bebê?” (Ana avó **Família C**)*

¹⁷ Ao longo do acompanhamento das famílias, foi-se percebendo que o irmão mais velho, no caso da **Família A**, dava sinais de que deixaria, pouco a pouco de assumir tal papel, na transição para a adolescência, pois observou-se que ele, cada vez mais, manifestava mais claramente suas próprias necessidades e seus interesses, passando a passar muito tempo na rua, fora de casa.

¹⁸ A avó das crianças da **Família C** cumpria com suas responsabilidades parentais, dentro do seu limite, pois quem passava a maior parte do tempo com as crianças era a mãe biológica, visto que a avó trabalhava o dia todo e não tinha com quem deixar as crianças.

- **A busca por resposta às próprias necessidades prevalece**

Nessas famílias, a não- resposta às necessidades infantis pareceu estar associada a uma indisponibilidade gerada por uma preocupação em buscar respostas às próprias necessidades, denotando um aspecto de “auto-centração” nos cuidadores desse subgrupo (à exceção da avó - **Família C**). Por exemplo, deixar de preparar as refeições era justificado da seguinte forma: *“Eu não tô com fome não...eu só tenho fome a tarde”* (Gisele - **Família A**).

- **Crenças equivocadas com relação às capacidades infantis e suas necessidades**

Os cuidadores dessas famílias demonstravam ter expectativas muito altas com relação a suas crianças, concebendo terem capacidades para sozinhas realizarem várias atividades relativas ao autocuidado. Alegavam, às vezes, que já faziam muito, ou que as demandas feitas pela criança eram “**mais**” do que precisavam.

“Meus filhos são assim... sempre foi assim... nunca ninguém morreu até hoje, não vai morrer agora” (Fernanda - **Família A**).

“Tá cheia de piolho. Já mandei lavar a cabeça e cuidar, mas não faz! Ela não faz nada” (Lúcia - **Família B**).

“Eu cuidava da família inteira e dos meus irmãos, desde os 10 anos de idade e nunca ninguém teve que repetir uma ordem para mim, como eu tenho que fazer com essas crianças... eu acho que eu faço demais, na minha época não era assim não...” (Lúcia - **Família B**).

“Mandar escovar o dente? Olha a idade deles. Eles sabem que tem que escovar os dentes. Se não escovarem ficam sem dentes. Quer ficar sem dentes, fiquem. Eu não vou mandar ninguém escovar dentes. Nunca me mandaram e eu sempre soube o que fazer. Agora eu não vou mandar. Quer ter ferida na boca, tenha. Eu não tenho tempo para ficar lá o dia inteiro (na casa das crianças). Esses meninos tem que aprender”. (Fernanda - **Família A**).

“Eu trabalho de sol a sol para essas crianças. Todo o sacrifício que eu faço, é para essas crianças... eu não faço nada da minha vida, senão viver para essas crianças... o que mais eu posso fazer?” (Lúcia - **Família B**)

Quando questionados, os cuidadores, com relação a determinadas necessidades infantis, fundamentais que permaneciam sem respostas, notava-se uma tendência nos adultos em transferir as razões pelas “não- respostas” às dificuldades de manejo dos comportamentos infantis, ou seja, à própria criança.

*“eu tentava tirar (os “bichos de pé”), mas ela aprontava uma gritaria, uma choradeira que não tinha condições... e também não anda de chinelo... já falei para andar, mas não põe o chinelo no pé. Tá com bicho do pé até na mão, acredita?” (Lúcia- **Família B**)*

Deve-se considerar que tais comportamentos da criança, que na visão do cuidador lhe impõe dificuldades/desafios além de suas capacidades, eram, por vezes, comportamentos infantis próprios da faixa etária, mas, outras vezes, referiam-se efetivamente a comportamentos complexos e bastante perturbadores (como no caso de Inácio – **Família C**), frente aos quais a implementação de cuidados simples/básicos tornava-se extremamente difícil, o que também colaborava para uma “desistência” em tentar dar respostas às necessidades da criança.

De qualquer modo, o que prevalece parece ser a convicção de que a criança pode cuidar de si mesma, tem mais autonomia do que de fato ela tem.

*“Eu deixo a comida, elas é que não comem...eu deixo comida ou não deixo?” ah tem dia que eu chamo, chamo essas crianças na rua e ninguém vem. Eu deixo a comida, mas você sabe que tem dias que elas nem comem?”(Lúcia - **Família B**)*

*“Eu chego em casa morta. Levando as 4 da manhã. Você acha que é fácil. Então, às vezes eu chego eu vou dormir. Eu falo para as crianças não saírem da rua mais, mas elas saem” (Lúcia- **Família B**).*

- **As respostas às necessidades infantis pelo entorno social proximal é mínima¹⁹**

Verificou-se, no caso das famílias em questão, a participação do entorno social na resposta a algumas das necessidades infantis. Essa, contudo, era muito infrequente e atinha-se a necessidades básicas, estritamente relacionadas à sobrevivência e integridade física das crianças, por isso “mínima”. Assim, quando as necessidades se manifestavam de modo muito exuberante, frente à incapacidade dos cuidadores, em oferecer respostas, o entorno social (instituições e ou mesmo pessoas da comunidade/vizinhos) intervinha.

Por exemplo, a assistência social da cidade dava uma cesta básica por mês à **Família A** (extraordinariamente duas, quando não havia mais comida), pagava as contas de água e luz da casa quando eram cortados, por falta de pagamento. Os vizinhos também intervinham quando as crianças da **Família A** ficavam sozinhas, trancadas em casa, por um período longo demais (mais de 12 horas), dando-lhes comida, que colocavam por debaixo do portão. Às

¹⁹ Mínima, uma vez que as respostas do entorno social só apareciam quando existia um “perigo a integridade física” na visão desses.

vezes, vizinhos levavam as crianças menores para tomar banho em suas casas, nos finais de semana.

A escola também se encarregava de “socorrer” as crianças quando havia uma necessidade, que praticamente remetesse a uma urgência de natureza física. Por exemplo, embora a escola não se servisse leite às crianças nas refeições, quando Tatiana (**Família B**) adoeceu gravemente e estava tomando antibióticos, as cozinheiras se mobilizaram juntamente com sua professora e buscavam o leite na creche para que a criança bebesse antes de começar as aulas e, antes que a criança voltasse para a casa. As cozinheiras também providenciavam um prato de comida para ela e a irmã, Mirele, porque sabiam que não teriam o que comer em casa. Uma vizinha, que havia se mudado recentemente para os arredores da casa da **Família B**, vendo Tatiana doente, também se ofereceu à sua mãe para ficar com ela em casa, dar a medicação enquanto a mãe estava trabalhando.

OS MECANISMOS DE PRODUÇÃO

1- A Relação Família – Entorno Social.

As famílias que constituíram esse subgrupo caracterizavam-se, em termos sociais, pelo **Isolamento**. Em suma, as famílias apresentam pouca satisfação com o local onde moravam, relações escassas e conflituosas com a vizinhança e padeciam da falta de relacionamento com pessoas significativas no entorno e/ou na família extensa que pudessem oferecer apoio social e, finalmente, eram avaliadas, de modo geral, negativamente no entorno social (sofriam preconceito)

- **Pouca satisfação ou insatisfação com o local onde moram e relações escassas e conflituosas com os vizinhos**

Com exceção de alguns cuidadores (avó e mãe - **Família C**) que se diziam satisfeitos com o bairro onde moravam, devido à existência de serviços como o posto de saúde e creche, nas outras famílias, os cuidadores se diziam pouco satisfeitos (**Família A**) ou insatisfeitos (**Família B**) uma vez que consideravam que o local onde moravam não oferecia muitos serviços.

No tocante, entretanto, ao relacionamento com a vizinhança, as três famílias referiam-se à insatisfação, uma vez que consideravam que o entorno social do local onde residiam não era prestativo: “*aqui ninguém gosta de ajudar ninguém!*” (Lúcia - **Família B**). De fato, o

relacionamento desses cuidadores com o entorno social proximal (vizinhança) era, em grande parte, marcado não só pelo isolamento social, mas também pela presença de conflitos. Nas três famílias notava-se pouca interação com os vizinhos, permanecendo, no momento em que não estavam trabalhando, recolhidas dentro de suas casas, embora fosse costume da vizinhança permanecer na calçada, no final da tarde, enquanto as crianças brincavam na rua. As mães dessas famílias também entravam e saíam de casa sem “*olhar para o lado*”, além de manterem as janelas da casa sempre fechadas para que a família não fosse vista (“*vigiada*”, segundo elas), pelas pessoas do entorno. O isolamento em relação à vizinhança era justificado pela necessidade de evitarem problemas ou desentendimentos: “*tem muita reclamação na cabeça, de vizinhos*” (Gisele - **Família A**).

Os problemas ou desentendimentos com a vizinhança aconteciam frequentemente, seja por motivos “*do passado*” (como no caso de Lúcia- **Família B**, que tinha problemas com uma vizinha há muito tempo por causa de boatos), seja devido a reclamações, boatos e até mesmo às notificações feitas ao Conselho Tutelar. Os desentendimentos entre as famílias e os vizinhos eram marcados por agressões verbais (gritos, “bate-boca”, palavrões e ameaças) como também por provocações mais violentas (jogar pedra quebrando os vidros da casa da vizinha, derrubar o varal fazendo com que as roupas limpas caíssem na terra, etc). Muitas vezes, quando os conflitos se exacerbavam, vizinhos chegavam a chamar a polícia o que tinha como consequência aumentar o isolamento dessas famílias, uma vez que outras pessoas da vizinhança preferiam manter-se afastadas delas, evitando um relacionamento mais próximo, de modo a “*evitar problemas futuros*”²⁰.

- **Preconceito do Entorno social em relação às famílias**

No contexto das relações conflituosas, acima descritas, o “*juízo*” negativo que boa parte do entorno social fazia dessas famílias era formatado. Assim, muitas de suas características serviam de elemento para que se constituísse na vizinhança uma atitude preconceituosa em relação a elas. Nesse bojo, a condição de pobreza extrema, o péssimo estado de conservação das casas onde moravam (sujeira, desorganização, presença de entulho), como também alguns de seus problemas pessoais, como o consumo de álcool e/ou outras drogas, atual ou no passado (Luis - pai **Família B**; Gisele - **Família A**; Mariana da **Família C**) ou a “*promiscuidade*”, considerando a constante troca de parceiros (Mariana-

²⁰ A expressão foi de uma das vizinhas da **Família B**, ao relatar à pesquisadora as razões pelas quais que não poderia mais ficar (tomar conta) das crianças desta família, em sua casa, na ausência da mãe. Segundo ela, seu marido não queria que se envolvesse em “*problemas*”, pois ficara com medo quando a polícia chegou para separar uma briga entre o casal da **Família B** com outra vizinha.

Família C), faziam com que fossem “conhecidas” e assunto de comentários não só na vizinhança, mas também em instituições com nas escolas, nos programas de assistência social, etc.

Muitas vezes, essas características acabavam virando “rótulos” em função dos quais os outros se relacionavam com elas. Por exemplo, Luiz pai de Tatiana (**Família B**) ficou conhecido por toda a cidade devido a um episódio em que tentou suicídio ao tentar pular do alto de uma torre. As crianças e a esposa passaram a ser “as filhas e a mulher daquele que quase pulou da torre”.

Os episódios de **violência conjugal**, atuais ou do passado (**Família B** e **Família A**, respectivamente), também eram alvo de comentários e fomentavam a segregação dessas famílias por parte do entorno social que dizia não querer “*se meter em confusão*”.

A frequência da residência (especificamente no caso da **Família A**) por pessoas /amizades consideradas “maus elementos” (geralmente alcoolistas e usuários de outras drogas, segundo os comentários) fazia com que os vizinhos reclamassem abertamente, o que aumentava o afastamento.

Por fim, essas famílias também eram avaliadas negativamente e, por isso, segregadas, por conta do modo com que criavam seus filhos: “*Essas crianças são largadas, eu tenho muita dó, como é que pode?!*” (vizinha - **Família A**). O julgamento negativo do entorno social proximal sobre o modo que essas famílias criavam suas crianças já havia gerado notificações ao Conselho Tutelar²¹.

- **Ausência de pessoas significativas (parentes ou amigos íntimos)**

O padrão de conflituoso de relacionamento com os vizinhos se aplicava também às relações com pessoas mais próximas, significativas, como parentes (família extensa) e amigos íntimos. De fato, nas três famílias referiu-se mais propriamente a uma “quase ausência” de pessoas significativas nas suas vidas, com as quais poderiam contar ou com as quais compartilhar suas intimidades. Não tinham contatos com familiares e até mesmo não sabiam do “paradeiro” dessas pessoas, devido ao longo tempo sem notícias (**Família A** e **Família B**). Elas não recebiam visitas de familiares e nem faziam visitas a estes, sendo que suas crianças não conviviam com avós e tios²². Somente na **Família B**, no plano da família extensa, a

²¹No caso da **Família A**, depois que vizinhos observaram, há longo tempo, que as crianças ficavam fechadas sozinhas em casa, nos finais de semana e devido à falta de cuidados de higiene com as crianças, uma notificação foi feita por um deles.

²² Início da **Família C** é exceção, pois convivia com os avós e tios, uma vez que morava na casa da avó e, até mesmo em termos geográficos, era muito próxima da residência de sua mãe.

cuidadora relatou poder contar com uma pessoa, sua avó, às vezes. Com relação a amigos íntimos, todas disseram ter apenas com 1 amigo.

Dada a ausência de relacionamento, as cuidadoras dispunham de quase nenhuma ajuda, nem mesmo de natureza prática:

“Minha mãe é meio embaçada, né... ela cuida lá do meu outro sobrinho e tem muita coisa na cabeça dela também...” “Minha família nunca fez nada para mim. Só eu mesmo que faço as coisas para mim”. (Lúcia- Família B).

Os sentimentos expressos pelas genitoras, especificamente as da **Família A** e **B**, com relação aos próprios pais eram, muitas vezes, negativos, havendo referências a vivências relacionadas à **violência** e à **negligência** na própria infância. Seus relatos indicavam terem experienciado abuso físico muito cedo (antes dos 5 anos), sendo que apanhavam em todas as partes do corpo, com o auxílio de objetos: “vassoura, borracha, copo, tudo...” (Gisele - **Família A**), tendo, por essa razão, sido hospitalizadas. A genitora da **Família A** teve uma fratura no braço decorrente de punição corporal enquanto que a genitora da **Família B** teve que ser hospitalizada na UTI depois que seu pai colocou suas pernas em um balde de água fervendo (ver no APÊNDICE B) síntese das informações obtidas com o a **Entrevistas História da Infância do Cuidador**).

- **Falta de apoio social**

A somatória dos fatores acima indicados fazia gerava, em consonância ao isolamento, a experiência da falta de apoio social. Com base nas informações obtidas a partir do QAS (Questionário de Apoio Social, APÊNDICE C), em termos subjetivos, as três genitoras se perceberiam podendo contar com pouquíssimo apoio tanto em termos materiais quanto psicológico (Apoio Afetivo, Emocional, Informacional e de Interação Social Positiva). E com base nas informações coletadas ao longo das observações, essas efetivamente dispunham de pouca ou nenhuma oferta de ajuda no entorno social proximal²³:

²³ Durante o acompanhamento das famílias, foram feitas intervenções visando tecer relações no entorno, no sentido de garantir alguns tipos de apoio, devido a necessidades urgentes observadas nas crianças. Por exemplo, no caso de Tatiana - **Família B** que, doente, precisava de algum adulto para dar o antibiótico no período em que a mãe estivesse no trabalho. Isso foi conseguido junto a uma nova vizinha, que há pouco residia no bairro. A ajuda durou uma semana apenas, pois seu marido a proibiu de ficar com as crianças daquela mãe devido a “**confusões**” (conflitos com outros vizinhos, presença de polícia na casa, etc.). Em outra situação, outra vizinha, depois de um tempo tomando conta das crianças para Lúcia (**Família B**) que lhe pagava certa quantia de dinheiro, por essa ajuda, comunicou que não queria mais as crianças na sua casa devido ao **comportamento difícil** delas: “*mau-criadas gritam muito, não obedecem, meu marido não quer que eu as olhe mais!*” (Vizinha - **Família B**).

“Aqui ninguém gosta de ajudar ninguém...” (Lúcia da **Família B**)

“Minha família nunca fez nada para mim. Só eu mesmo que faço as coisas para mim”. (Lúcia da **Família B**).

“As minhas filhas tem eu para ajudar, mas não tenho ninguém para me ajudar...” (Avó de Inácio **Família C**).

No que concerne ao apoio social formal, ou seja, aquele que poderia vir de profissionais de programas do município esse, praticamente, não existia, à exceção da escola. Pode-se afirmar, nesse nível, que não havia qualquer instituição governamental ou ONG que acolhesse as crianças da faixa etária em questão, no período oposto ao da escola ou que tivesse em seu mandato realizar apoio e orientação de pais/responsáveis no tocante a aspectos de saúde ou qualquer outro.²⁴

Isto colocado, frente à incapacidade dos cuidadores, nas famílias desse sub-grupo, de dar adequadamente resposta às necessidades fundamentais das crianças, verificou-se, igualmente, que no entorno social da família, considerando apoios formais e informais disponíveis, nenhuma outra pessoas vinha ao encontro da criança, para responder às suas necessidades.

2- Interação cuidador – criança

No que se refere à interação dos cuidadores com as crianças, nessas famílias, pôde-se observar que, na dinâmica familiar, essas eram infrequentes, denotando-se o fato de os adultos serem muito pouco ativos no sentido de buscar por “estimulação interacional” das crianças. Os adultos/cuidadores apresentavam em geral pouca disponibilidade emocional e, em paralelo, observou-se também episódios de interação negativa (marcadas por comportamentos coercivos, baseados em punição corporal ou por verbalizações negativas²⁵).

²⁴ A título de exemplo, num dado momento, considerando as punições corporais severas a que era submetido Inácio, por parte da mãe (**Família C**) aventou-se a possibilidade, junto à avó, ao Conselho Tutelar e à Escola, dele frequentar a instituição escolar em período integral, sendo que no período da tarde permaneceria com as crianças da pré-escola com atividades mais recreativas e menos exigentes. Frequentando a instituição escolar em período integral, essa criança se alimentaria melhor, não ficaria sozinha na rua, e não viveria os abusos físicos os quais continuava submetido. Ademais, junto a crianças um pouco mais novas que ele, no período da tarde, ele possivelmente viveria a experiência de ser capaz de realizar atividades que antes não era capaz (como, por exemplo, desenhar, recortar e brincar em pequenos grupos). Essa proposição foi implementada por um certo tempo, e se mostrou muito promissora com relação aos benefícios que trouxe para a criança em questão, observando-se progressos em seu desenvolvimento, com a emissão de comportamentos mais adaptativos, num curto período.

²⁵ Principalmente no que se refere à criança da **Família C**, havia obviamente, em co-ocorrência à negligência, os abusos físicos e psicológicos em curso. Não se menospreza em absoluto a importância dessas formas de maus-tratos impingidos e de seus impactos. Contudo, essas não são aqui enfatizadas tal qual se está fazendo com a temática específica da negligência. Tais modalidades mereceriam serem tomadas em si, em particular, e estudadas em profundidade, em seu contexto, de modo a melhor estabelecer os critérios/processos que as caracterizam, bem como aos mecanismos que as subjazem, o que foge ao escopo do presente estudo.

- **Baixa taxa de estimulação interacional**

Baseando-se nos dados oferecidos pelo HOME, pode-se dizer que a porcentagem de estimulação no que se refere a aspectos interacionais nessas famílias foi muito baixa, nas três famílias: 22% na **Família A** (altíssimo risco), 48% na **Família B** (alto risco) e 18% na **Família C** (altíssimo risco). Com isso, descreve-se famílias em que a comunicação entre membros era raríssima, não se observando diálogo entre pais e filhos (sobre a escola, sobre atividades, sobre amizades, sobre programas de televisão) ou o compartilhamento de qualquer atividades (passeios, brincadeiras ou mesmo proposição de brincadeiras). As atividades conjuntas, mais do que não serem realizadas, eram evitadas pelos cuidadores que preferiam sair sem a companhia das crianças:

*“eu descanso quando estou trabalhando!!! [referindo-se ao fato de ter que ficar em casa, com as filhas, como sendo mais cansativo que trabalhar/cortar cana] (Lúcia - **Família B**)*

A própria frequência com que estas **crianças eram deixadas sozinhas**, mesmo em momentos em que os adultos não estavam trabalhando, refletia quão baixa era a frequência das interações com as crianças.

Para as três famílias, as crianças eram percebidas como uma grande fonte de estresse representando uma carga difícil a assumir para os pais como apontaram os resultados do **Índice de Stress Parental (ISP)** (APÊNDICE C).

- **Pouca disponibilidade emocional dos cuidadores em relação às crianças**

A disponibilidade emocional dos cuidadores com relação às crianças (aquela caracterizada pela capacidade empática com relação às crianças e o comportamento de dar atenção, afeto e ter disposição de cuidar) pouco se observava nessas famílias. Em outras palavras, prevalecia a indisponibilidade emocional que, em seu turno, parecia decorrer de certas características pessoais dos cuidadores, evidenciada numa espécie de apatia (revelada numa postura de autoabandono e de passividade em acontecimentos da vida). Particularmente, as genitoras das **Famílias A e B**, nem se percebiam como inadequadas ou “desgastadas” no papel parental como demonstram os resultados do “Índice de Stress Parental” (ISP).

Ainda nesse sentido, é importante mencionar, em relação à **Família B**, especificamente, que a alta frequência de episódios de violência conjugal e a dependência química do pai são fatores que repercutiam diretamente nas interações/relacionamento com as

crianças. Especificamente em relação à violência conjugal, pode-se dizer que essa afetava a estabilidade emocional da genitora, refletindo diretamente na disponibilidade emocional desta em relação às crianças que, nesses períodos, se tornavam um pouco “invisíveis” aos olhos da mãe. A vivência de violência conjugal crônica, pela genitora da **Família B**, parece ter gerado nesta um quadro de depressão visto que vários sintomas correlatos eram manifestados: episódios de choro, sentimentos de tristeza, medo e desamparo, perda de sono, como também ansiedade (queixa de dores no peito, taquicardia).

“eu não sei mais o que fazer, eu não consigo dormir, meu corpo dói todo, eu não sei onde encontrar forças mais” “sabe, eu queria olhar o caderno da Tatiana, mas eu não tô com cabeça agora” (Lúcia - **Família B**).

Em relação à **Família C**, a própria história mãe-criança marcada pela rejeição pré e pós- natal parecia associada à indisponibilidade emocional da mãe em relação ao filho:

“Quando soube que estava grávida dele, eu não queria de jeito nenhum, escondi a gravidez, usava roupas largas e cintos apertados para esconder a barriga até ele nascer prematuro...tirei radiografia sem falar para o médico que estava grávida, eu queria dar o bebê” (Mariana - **Família C**).

“Depois que ele nasceu ficou internado na UTI durante um mês. Ela (a mãe) nunca foi visitá-lo. Eu ia uma vez por semana porque tinha que trabalhar e viajar para ver o bebê, me dava uma dó dele lá... chegava lá ele estava sozinho no bercinho” (Avó - **Família C**).

“Ela trata ele diferente até hoje... quando arrumou esse marido novo quis levar os dois filhos para morar com ela, mas deixou ele (Inácio) aqui sozinho. Não quis levar ele com ela não (Avó - **Família C**).

Ainda, tratando especificamente da dinâmica da relação cuidadores-criança na **Família C**, há que se considerar ainda a própria criança, cujo comportamento “peculiar” (com a apresentação de dificuldades significativas no plano cognitivo, social e da comunicação) não favorecia a interação com o outro²⁶.

“ele gosta de ficar quietinho no canto dele...” (Avó - **Família C**).

“ele não entende o que a gente fala...” (Mariana - **Família C**).

²⁶ Embora Inácio nunca tivesse sido avaliado anteriormente, por especialistas, e recebido qualquer diagnóstico e, consequente, tratamento com vistas aos seus múltiplos déficits, os adultos/cuidadores que conviviam com ele identificavam aspectos de um desenvolvimento bastante comprometido: “ele é estranho”, “não sei se ele é normal... não sei” (Mariana mãe - **Família C**).

- **Interações negativas (hostilidade, punição corporal e abuso psicológico)**

As interações cuidador-criança, quando aconteciam, tendiam a ser preponderantemente negativas por eram permeadas por gestos/comportamentos de natureza coercitivas.

Nesse tocante, é interessante notar que, não raro, os adultos empreendiam castigos corporais, mas esses não se configuravam exatamente como um método de disciplina (correção de comportamentos inadequados). Esses pareciam muito mais consequência do estado humor/estresse dos adultos cuidadores. Quando se observava que estavam “irritados”, “frustrados”, “sem paciência”, atuavam esses sentimentos sobre as crianças. Por exemplo, nos dias de visita à **Família A** em que Gisele tinha saído na noite anterior e abusado de bebidas alcoólicas, ela se mostrava muito mais intolerante com as crianças: deitada, indisposta no sofá, gritava com as crianças e, às vezes, chegava a bater, por motivos banais como barulho ou porque ao procurar qualquer coisa não conseguia encontrar. Na **Família B**, a punição corporal, que não era freqüente e acontecia apenas nos dias em que, segundo as palavras da própria, ela “*estava sem cabeça para aguentar as crianças*” (principalmente após brigas com o marido). Na **Família C** a genitora utilizava a punição corporal com frequência, por motivos banais (por exemplo, quando a criança não a obedecia imediatamente a uma diretiva), mostrando-se sobremaneira impaciente com o filho.

Nessas famílias também era frequente ouvir gritos, por exemplo, quando os responsáveis queriam encontrar um objeto perdido ou queriam que as crianças fizessem algo. Marina (**Família C**²⁷), por exemplo, devido a mudanças de humor relacionadas algum evento de sua vida (normalmente relativos a conflitos com amigos, com o companheiro ou com sua mãe) que a deixavam nervosa, ficava extremamente rigorosa com as crianças, gritando por qualquer razão. Dentro disso, não permitia que as crianças falassem, brincassem entre si ou com o cachorro, sem qualquer motivo aparente. Nestes dias (que não eram ocasionais), a cuidadora era hostil com filho, xingando-o e gritando com ele o todo tempo (“*essa desgraça*”, referindo-se à criança). Inácio, nessas ocasiões, apresentava evidentemente medo da mãe, o que era observado tanto pela avó, quanto pelas educadoras da creche que, em uma determinada situação, chegaram a vê-lo urinar na calça, em pé, por medo da mãe.

²⁷ A mãe da criança da **Família C** desistiu da participação na pesquisa, após a pesquisadora ter presenciado um episódio de punição corporal, em que a mãe batia severamente na criança, dentro do banheiro, com uma vara. Pôde-se observar a reação da criança, após o episódio, que não chorou em momento algum, parecendo “desconectado” sem falar ou interagir com ninguém. Horas depois, a criança parecia ter se esquecido do evento, brincando e falando de outras coisas. Apesar da decisão da genitora de não querer mais o acompanhamento da pesquisadora, essa deu a permissão de continuar o acompanhamento e atividades com a criança.

A cronicidade

Conforme o anteriormente mencionado, este primeiro subgrupo, classificado como “crônico”, foi assim denominado, uma vez que havia indícios de que as crianças das **Famílias A, B e C** viviam a negligência, de uma forma **crônica**, ou seja, por um período considerável de tempo. Por exemplo, as educadoras da creche relatavam que as crianças da **Família A** apresentavam necessidades não respondidas desde que eram bebês, pois frequentemente iam à creche desidratadas e com fraldas não trocadas. Algumas educadoras mais antigas confirmavam inclusive que Gisele, na sua própria infância, tal como as crianças pelas quais ela se responsabilizava, ia para a creche nas mesmas condições, sugerindo a transgeracionalidade do fenômeno:

“Desde que eram bebês, vinham (Fábio e Sheila) para creche sem receber cuidados das mães. Chegavam com fraldas sujas, assadas e desidratadas (podia puxar a pele). A própria Gisele (mãe de Sheila) quando vinha aqui era igualzinha essas crianças”. **(relato da educadora da creche – Família A).**

Relatos de profissionais da educação e assistência social indicaram, também, que as condições observadas nas crianças das outras duas **Famílias (B e C)** era uma situação de longa data (desde que as crianças eram muito pequenas). No caso de Igor (**Família C**), pode-se dizer que desde o período **pré-natal** há problemas nos cuidados dispensados, considerando que Mariana relata não ter querido o bebê e, por essa razão, não ter feito o pré-natal e ingerido “*medicamentos fortes*”, consumido álcool e realizado Raio X durante a gestação.

- **Negligência Confirmada Circunstancial (Família D)**

No que respeita ao “caso” / **Família D**, tal como nos casos reunidos no subgrupo anterior, verificou-se o cumprimento de todos os critérios relativos à negligência. Neste, diferentemente, no entanto, a manifestação do fenômeno tal qual se pressupõe no presente estudo, pareceu circunscrita a um **período limitado de tempo**. O Quadro 6 apresenta uma descrição síntese que caracteriza da **Família D**.

Identificação Família	Breve caracterização do cenário familiar
Alexandre da Família D	Lucimara, a genitora, tinha 26 anos e cinco filhos com idades de 11anos, 6 anos (Alexandre) , 5 anos, 3 anos e 09 meses. Ela trabalhava no corte da cana de açúcar e sua renda era de um salário mínimo. Lucimara tinha a aparência de uma pessoa muito cansada e com pouca energia e se queixava da sobrecarga representada pela demanda relativa às responsabilidades com filhos (somada ao peso do trabalho remunerado e o doméstico), pois morava sozinha com as crianças e não tinha nenhuma ajuda do pai (João) de seus filhos. Havia se separado recentemente dele e começado um novo relacionamento com um homem que sua família não aprovava, vivendo muitos conflitos com a família extensa e com o ex-marido, naquele momento. Por esse motivo, Lucimara se sentia julgada e rejeitada pela família e pela comunidade. A família vivia em uma casa cedida pela ex- sogra, que era muito pequena (três cômodos), escura, úmida e desorganizada, observando-se muitas roupas espalhadas pelo chão. Ao se entrar na casa viam-se, contudo, logo na entrada, enfeites nas paredes como desenhos e fotos das crianças. Em relação a Alexandre, a mãe diz que a criança “ <i>não dá qualquer trabalho</i> ” e que ao contrário “ <i>é muito quieta</i> ”.

Quadro 6: Caracterização da **Família D**.

OS CRITÉRIOS: CATEGORIAS DESCRITIVAS

Diferentemente dos casos anteriores, para os quais podia-se considerar a presença de “**Negligência Crônica**”, a situação de negligência vivida pela criança dessa família, embora implicando em problemas relacionados às suas necessidades, pareceu menos severa verificando-se um menor número de necessidades não respondidas, menor risco de dano à integridade física, sendo as consequências presentes, comportamentais, sobretudo de natureza internalizada. A capacidade dos cuidadores e do entorno social proximal de proverem respostas às necessidades da criança, em seu turno, parecia prejudicada e circunscrita ao momento “**de crise**”, parecendo ter sido diferente anteriormente.

A referida crise, no caso em questão, associava-se à dissolução da família de origem (com a separação do casal) e à instalação de conflitos acirrados nas relações dentro da família e com o entorno social proximal (família estendida).

“Esse namorado que a Lucimara arrumou bate em mulher, já foi preso, é encrqueiro, eu tenho medo dele fazer alguma coisa com ela...” (Sebastião avô - **Família D**).

“Quando ela estava com o ex-marido ia tudo bem. Não saia por aí na vagabundagem deixando as crianças sozinhas. Se continuar com isso eu vou pegar a guarda das crianças para mim!” (Sebastião avô - **Família D**).

O investimento afetivo feito pela genitora no novo relacionamento, além de indicar que, naquele momento prevaleciam suas necessidades, teve como consequências dois fatores, os quais, nesta família, pareciam ter contribuído para a instalação e a manifestação da negligência: a perda do apoio social que esta mãe recebia da família extensa, devido à reprovação do seu comportamento: *“eu até olho meus netos para ir trabalhar, mas para ir para a farra não!”* (Sebastião avô - **Família D**); e a diminuição da disponibilidade emocional da mãe em relação a suas crianças²⁸.

1- Respostas às necessidades infantis

• Necessidades físicas não atendidas

As necessidades físicas não respondidas de Alexandre (**Família D**) eram principalmente em relação à higiene que era deficitária (a criança ia cheirando xixi à escola porque não tomava banho antes da aula e fazia xixi na cama durante a noite) e de supervisão (relativa à proteção), que era inconsistente (a criança era deixada, ocasionalmente, sozinha, sem a supervisão de qualquer adulto quando sua mãe saía para namorar nas noites dos finais de semana).

• Necessidades educativas não atendidas

Alexandre apresentava necessidades não respondidas no âmbito da educação, relacionadas ao baixo rendimento escolar, o que era uma preocupação de sua professora: *“a falta de interesse pelos estudos... lento nas atividades... fica até o final da aula para escrever uma linha!”* (Professora - **Família D**).

²⁸ O relacionamento novo foi do namoro – fase em que Lucimara encontrava-se “apaixonada” –, ao rompimento, passando por um período em que vivenciara agressões verbais e ameaças de agressão física por parte do namorado, o que concorria para criar um estado de constante nervosismo com a manifestação de sinais depressão: a genitora dizia que não dormia a noite, que tinha vontade de chorar frequentemente, sentia muito medo e tinha dificuldade de realizar seu trabalho. Ao longo de todo esse processo, por uma razão ou por outra, a disponibilidade emocional de Lucimara para com os filhos encontrava-se diminuída.

A criança também apresentava “alguma” necessidade no que se refere ao desenvolvimento social, uma vez que apresentava, além da enurese noturna, um comportamento muito “introspectivo” na visão dos adultos com os quais convivia, como avó, a professora e a própria mãe: “*É uma criança muito fechada*” (Lucimara - **Família D**).

- **Necessidades Emocionais não atendidas**

Pode-se dizer que, por um período de tempo, Alexandre parecia frequentemente preocupado com os episódios de disputa (entre familiares) e com violência que se instalara em sua casa (por conta do comportamento do namorado em relação a sua mãe), uma vez que relatava os episódios, frisava para a pesquisadora o medo que “os irmãos sentiam”.

A professora de criança também passara a indicar alterações no seu comportamento, sublinhando a “*falta de concentração, introspecção e o olhar triste*” em certos períodos (muitas vezes, após finais de semana).

2- Risco ou presença de conseqüências ao desenvolvimento infantil

Pode-se dizer que a criança desse subgrupo encontrava-se também em uma situação que oferecia riscos e, em algum nível, já havia produzido conseqüências ao seu desenvolvimento.

- **Risco moderado a integridade física**

Embora a criança da **Família D** fosse deixada sozinha sem a presença de um adulto em casa durante um período longo, o da noite, pode-se pensar que na sua idade (6 anos) os riscos de dano sério à integridade física são relativamente menores, sobretudo em se considerando que ficava na companhia de sua irmã mais velha (de 11 anos e já com relativa autonomia), sendo que moravam **muito próximo a parentes**, se mostrando capaz de pedir ajuda caso necessitasse²⁹.

- **Conseqüências comportamentais**

A avaliação de problemas de comportamento feitas a partir do CBCL e TRF apontaram para a presença de problemas de comportamento prioritariamente de natureza internalizada, em níveis clínicos, conforme sintetiza a Quadro 7. Observa-se uma

²⁹ Obviamente que em relação ao bebê de 06 para 07 meses e à criança de 3 anos os riscos oferecidos pela mesma situação à integridade física, com respeito à probabilidade de acidentes, são muito altos ainda.

convergência nos resultados da avaliação feita pela mãe e pela professora, no entanto, a avaliação feita pela professora indica um número maior de problemas e mais intensos.

Criança	Problemas de comportamento (CBCL)	Problemas de comportamento (TRF)
Alexandre Família D	A criança apresentou nível clínico para o Total de Problemas e Problemas internalizados. Nível limítrofe para Retraimento e Problemas Sociais.	A criança apresentou escores em nível clínico para o Total de Problemas e para Problemas internalizados. Na escala de síndromes obteve nível clínico para Retraimento e Queixas Psicossomáticas. Nível limítrofe para Problemas de Ansiedade/Depressão e Problemas Sociais.

Quadro 7: Problemas comportamentais apresentados pela criança da **Família D** a partir da avaliação das mães (CBCL) e professoras (TRF)

Pode-se dizer que, apesar dos problemas apresentados, essa criança tinha também muitos aspectos adaptativos preservados, facilmente identificados na observação da mesma: “*É muito bom colega, conversa com todos os colegas*” (Professora - **Família D**). Segundo a mãe é “*uma criança que não dá qualquer trabalho... é uma criança obediente...*”, “*Quando pede para ele fazer: ele vai e faz, quando conversa com ele, ele escuta*”. Essas características puderam ser confirmadas no contato com a criança que se mostrava uma criança muito afável.

Alexandre, porém, distraia-se com facilidade (“no mundo da lua”) perante algumas atividades, principalmente àquelas ligadas à aprendizagem de conteúdos escolares, apresentando dificuldades e lentidão.

“É uma criança obediente, mas muito quieta e que tem muita dificuldade de aprender na escola...” (Lucimara - **Família D**)

3- Capacidade parental e/ou do entorno social de respostas às necessidades infantis

Ao longo do acompanhamento realizado observaram-se dificuldades significativas nos cuidadores em responder algumas necessidades de natureza física, educativa e psicológica da criança. Pode-se dizer, no entanto, que os cuidadores da **Família D** (genitores e família extensa) tinham capacidade de responder a uma gama de necessidades muito maior que os genitores do subgrupo crônico.

- **Dificuldade significativa para responder às necessidades físicas (principalmente supervisão)**

Os cuidadores da **Família D** falhavam principalmente em relação à supervisão da criança, o que repercutia nas condições de segurança oferecida a mesma, porque era deixada sozinha pelos responsáveis alguns dias da semana no período noturno, e principalmente nos finais de semana:

“eu não concordo com isso... deixar um bebê e três crianças para outra criança cuidar e ir passear...” (Vizinha - **Família D**).

Pôde-se verificar também alguma dificuldade, ainda que menos severa que no subgrupo crônico, em relação à higiene da criança que, às vezes ia para a escola cheirando urina, como também em relação à organização da casa e à oferta de alimentos, que era limitada no período de crise devido ao fato de a ajuda dada pela família estendida ter sido interrompida, tanto no que se refere a questões domésticas (a avó, que ajudava a limpar a casa e a lavar roupa no período que a genitora estava trabalhando, deixou de fazer tais tarefas; a sogra, que ajudava com a doação de alimentos para as crianças, deixou de fazê-lo).

- **Dificuldades em relação às Necessidades Educativas**

Durante o período de coleta de dados, os responsáveis na **Família D** também não investiam na estimulação das crianças: não faziam atividades em conjunto, como passeios e brincadeiras (tanto o pai³⁰ quanto a mãe saíam frequentemente sozinhos - o pai para pescar ou para ficar com amigos; a mãe, para namorar). Alegavam não terem tempo para realizar atividades com as crianças.

Os pais também mostravam pouco interesse nos trabalhos escolares de Alexandre (mesmo sabendo que esse apresentava dificuldades nesse aspecto), não olhando o caderno ou deixando de estimular a criança com brincadeiras “estilo ensino-aprendizagem”, hábito que a mãe revela que tinha antes, mas que não fazia mais:

“As crianças gostavam quando eu brincava de escolinha, me pediam para passar lições, mas ultimamente eu não tenho conseguido... antes eu brincava muito com eles, eu gosto de soltar pipa, de jogar bola, eu sou meio moleque...” (Lucimara - **Família D**).

³⁰ Segundo a genitora e os avós da criança o pai pouco investia na criação dos filhos, o que era motivo de brigas entre o casal já que este só “queria ficar com os amigos” e não olhava as crianças “por cinco minutos” se precisasse. Como estava desempregado também não colaborava na parte financeira.

A avó de Alexandre (mãe de Lucimara), entretanto, ajudava indo às reuniões da escola representando-a, mas, no que diz respeito às respostas às dificuldades de aprendizagem apresentadas pela criança, não havia qualquer recurso especializado na cidade que pudesse ser procurado e vir ao encontro de tal necessidade infantil³¹.

- **Dificuldades em relação à resposta às necessidades psicológicas**

Embora Lucimara relatasse preocupação com a exposição de suas crianças a episódios de discórdia e violência³², durante o período de crise, ela não era capaz evitá-los (e tão pouco o pai, que nunca agira no sentido de aumentar a proteção oferecida às crianças), fazendo com que elas vivenciassem frequentemente medo e estresse³³. Neste período, a genitora relata que as crianças passaram a ter dificuldades de dormir e falavam frequentemente desses episódios na escola.

Ademais, os eventos pareciam também afetar a disponibilidade emocional da mãe, que durante as visitas, mostrava-se extremamente angustiada, chorando com frequência e, muitas vezes, parecendo “longe”, “aérea” com relação aos acontecimentos da casa e dos filhos, como ela mesma relata dizendo “*estou sem cabeça*” para pensar sobre as crianças “*muito cansaço, sono e sem paciência com as crianças*”.

- **Transferência de responsabilidades parentais e cooperação**

Na **Família D** também se observou a tendência a transferir responsabilidades parentais, como nas famílias do subgrupo crônico, quando os genitores transferiam parte das responsabilidades, como a de supervisão e cuidados físicos dos filhos, à filha mais velha, de apenas 11 anos.

É preciso, entretanto, considerar a existência de uma relação de cooperação entre mãe e filha nos cuidados aos filhos/irmãos menores, já que a genitora, no cotidiano, encontrava-se solitária na tarefa de criação das crianças, devido à separação. Assim, era filha mais velha quem auxiliava a mãe na hora que esta preparava o jantar, segurando a bebê, por exemplo, ou

³¹ A realização de atividades educativas, pela pesquisadora, realizadas em grupo, com algumas das crianças pesquisadas, passou a ser frequentada regularmente por Alexandre, devido ao suporte oferecido pela mãe e pela avó, para que estivesse presente.

³² A genitora relatava que durante a relação com o ex-marido, tinha o cuidado de não “brigar” e discutir com o mesmo na frente das crianças, para não preocupá-las.

³³ Durante o período de pesquisa, por diversas vezes, segundo relatos da própria genitora e de membros da família extensa, houve frequentes episódios em que o namorado da genitora ia até a casa da família, no meio da noite, algumas vezes armado, batendo na porta, gritando e ameaçando-a caso não saísse para conversar. Nesses dias, as crianças acordavam no meio da noite, assustavam-se, choravam, sendo que, às vezes, havia necessidades da intervenção de vizinhos que chamavam a polícia.

olhando as panelas quando a mãe estava amamentando. Após o pedido da mãe, era a filha mais velha que colocava as crianças no banho e ajudava a lavar louças.

OS MECANISMOS DE PRODUÇÃO

1- Relação Família e Entorno Social

No período anterior à “crise”, o compartilhamento das responsabilidades parentais entre os genitores e a família extensa era intenso. Era a avó das crianças que fazia faxina na casa e no quarto das crianças, lavava as roupas da família, colocava os colchões no sol e ficava com as crianças no período oposto ao da escola, devido ao fato de a mãe estar trabalhando. A sogra também ajudava comprando o gás de cozinha e comida para as crianças (arroz e feijão), quando faltava. Uma tia (do lado materno) buscava todos os dias as crianças na escola e um tio (também do lado paterno) levava o pão todos os dias para as crianças comerem pela manhã. Assim, o relacionamento família – entorno social parecia ser intenso e positivo, ao menos no que se refere à família extensa.

Com a instalação dos conflitos nessas relações, houve perda do apoio social que fez surgir uma nova dinâmica de relação entre a **Família D** e o entorno proximal marcada por características como:

- **Insatisfação com o lugar de residência (vizinhança)**

Embora a genitora da **Família D** se dissesse satisfeita com o bairro, considerava que esse não oferecia muitos serviços e que o entorno social não era prestativo. Dizia que nem sempre podia contar com a ajuda das pessoas que viviam na vizinhança.

- **Isolamento da genitora em relação ao Entorno Social proximal**

A genitora se sentia claramente rejeitada pelo entorno social proximal depois da decisão tomada de deixar o marido e começar um novo relacionamento. Segundo ela “*tudo mudou*” e as pessoas do entorno social proximal “*se metiam*” frequentemente na sua vida e “*começaram a olhar torto*”, julgando o seu comportamento. De fato, com a objeção ao comportamento da genitora, a família extensa (pais e sogra) limitou seus contatos com a mesma, não permitindo que essa frequentasse a casa deles, cortando a ajuda que davam no tocante aos cuidados com as crianças e inclusive ameaçando-a de “*pegar a guarda dos netos*”.

A “ex-sogra” ameaçava tirar-lhe a casa (que era sua propriedade) caso decidisse ficar com outro homem. Os vizinhos faziam comentários sobre o comportamento “*irresponsável*” da genitora tornando a relação desta com os mesmos, também estremecida. A genitora, dessa forma, distanciou-se das pessoas: não conversava mais com ninguém e também não ousava pedir ajuda às pessoas por se sentir “*julgada*”. Esse era o sentimento que a genitora frequentemente relatava sentir.

Em paralelo, também referia que, desde a infância sentia-se rejeitada pelo pai e pela mãe em comparação às irmãs, e embora considerasse ter sido amada por esses, também teria sido rejeitada porque tinha uma relação difícil com os pais, sobretudo na adolescência, dizendo ser “ *muito difícil, revoltada... eu era a ovelha negra da família*”. (A descrição da síntese da História da Infância do Adulto está no APÊNDICE B)

Como o observado nas famílias do subgrupo negligente, após chegar do trabalho, Lucimara também entrava direto para dentro de casa, sem deixar a porta aberta para não ser “*vigiada*”.

2- Interação Cuidador - Criança

Dentre as quatro famílias reunidas no grupo denominado **Negligência Confirmada**, aquela que proporcionava às suas crianças uma interação mais adequada era a **Família D**.

Considerando os resultados obtidos com o HOME, em relação a aspectos interacionais, obteve-se a taxa de 74%, o que representa uma alta estimulação interacional, confirmando a capacidade materna de estimulação das crianças.

Ao longo das observações no cotidiano, entretanto, a dinâmica de “crise” que se instalou nessa família, concorreu para uma diminuição no tempo gasto junto às crianças e, por consequências, no número bem como na qualidade de interações.

Ademais, o isolamento da família em relação ao entorno social proximal parecia provocar sentimentos de desamparo, tristeza e mesmo de revolta em Lucimara, por não se sentir apoiada nas suas decisões o que fazia com que tivesse quase nenhuma disponibilidade emocional para as crianças, centrando-se, nesse período, muito mais nas suas próprias necessidades, referindo ter “*necessidade de amar e ser amada*”.

Durante as visitas familiares, pôde-se observar a angústia da mãe que questionava o próprio comportamento, o comportamento de seus pais em relação a ela (“*nunca conseguiram ver nada bom em mim*”) e de todo o entorno social em relação com ela. Nesse período, queixava-se frequentemente de falta de motivação para a vida cotidiana, dizendo-se sem ânimo para nada, com dificuldade para trabalhar e vontade de chorar o tempo todo e desistir dos filhos (abandono):

“eu deixo a minha mais velha com meus pais, dou os outros para o pai e vou sair para o mundo... eu não tô aguentando mais... se eles acham que eu sou tão ruim assim, eu vou mostrar que eu sou ruim mesmo” (Mãe da **Família D**).

Os resultados do Índice de Stress Parental (ISP) confirmam um estado depressivo na mãe que se sentia incompetente, “desgastada” ou inadequada no seu papel parental.

O elemento de circunstacialidade da negligência

Conforme o anteriormente mencionado, os dados coletados junto à **Família D** apontaram que antes e depois do período de “crise”, as crianças tinham suas necessidades adequadamente atendidas. De fato, assim que a situação de crise se reverteu, com o rompimento da relação com o namorado e com reatamento da relação com o marido, pôde-se observar o impacto positivo na retomada das relações sociais de apoio, no entorno proximal, na capacidade de oferecer respostas às necessidades das crianças que voltou a acontecer.

As tarefas da casa eram divididas entre pai e mãe (o pai preparava a comida e a mãe era responsável pela limpeza da casa). Verificou-se também a retomada de respostas adequadas em relação à segurança das crianças, que não eram mais deixadas sozinhas e, ao contrário, eram bem supervisionadas quando, por exemplo, a mãe não as deixava sair na rua sem sua supervisão: *“ficam dentro de casa até eu acabar o serviço. Quando acabo eu vou até a rua e fico um pouquinho com eles. Essa rua é muito perigosa... Carro, muita gente...”* (Lucimara- **Família D**). Com o pai em casa, a genitora diz que tem menos dificuldades em lidar com a disciplina das crianças: *“na hora do jantar, quando começa a brigaria, eu separo e coloco um em cada lugar da casa”* (João- **Família D**).

As necessidades relativas à estimulação também são retomadas: *“ah, eu parei de fazer [referindo-se a brincar de escolinha], mas eles já estão trazendo giz da escola de novo... isso é sinal que é para eu recomeçar... já até sei...”* (Lucimara- **Família D**).

Com uma renda maior, o casal também era capaz de responder mais satisfatoriamente necessidades relativas à saúde/alimentação e mesmo ao bem-estar físico. Faziam planos de comprar beliches para que as crianças tivessem cada uma a sua cama, além de aumentarem a casa no final do ano, para que as meninas pudessem ter um quarto para elas.

A disponibilidade emocional para perceber as crianças em suas necessidades foi retomada. Na casa da família, onde já se via, por exemplo, desenhos das crianças e fotos a enfeitar as paredes (apontando para a valorização dos filhos), trabalhos da escola e fotos em porta-retratos e no chaveiro foram observadas. No final da pesquisa, a genitora, já com a

vida mais estável, mostrava-se sensível e capaz inclusive de responder a necessidades mais específicas (comprando, por exemplo, um desodorante “*de homem*” no aniversário do filho, pois, segundo ela, ele sempre via as irmãs passando perfume de mulher e tinha vontade de ter um perfume também). Demonstrava-se também preocupação em proteger o filho de “gozações” ou rejeição das outras crianças, na escola, cuidando então do seu material escolar com esmero.

No mais, pode-se dizer que as relações da genitora com o entorno social se restabeleceram. Ela voltara a se relacionar com seus familiares (voltando a freqüentar a casa dos pais e da sogra), sendo vista regularmente na casa dos pais e na calçada, em companhia de vizinhos.

Assim, ao final do acompanhamento despendido à **Família D**, pôde-se observar uma nova configuração, no sentido de **os cuidadores principais, juntamente com a família extensa, retomarem a capacidade de responder às necessidades infantis**, sendo que as crianças passaram a ter suas **necessidades fundamentais satisfeitas** e a viver em um ambiente que oferece **baixo risco para o seu desenvolvimento**.

Destaca-se aqui o fato de na **Família D**, em específico, o **apoio social** parecer ser a variável de maior peso nos processos que desencadearam a negligência e bem como nos que concorreram para que ela fosse reabsorvida.

Grupo 2: Em Risco de Negligência

Como foi relatado acima, após a análise de dados, um segundo grupo emergiu, reunindo duas famílias cujas características indicavam o cumprimento incompleto dos quesitos estabelecidos no presente estudo, no tocante à confirmação da negligência. Os dados, todavia, permitiram considerar a existência de risco para a negligência, uma vez que, embora não manifesta, os mecanismos atinentes às duas perturbações relacionais (qualidade de interação cuidadores e crianças e relação família e entrono) estavam operando, aumentando a probabilidade de o fenômeno se produzir em um futuro próximo, se não houvesse alteração neste quadro.

O Quadro 8 apresenta uma síntese da caracterização das famílias reunidas nesse segundo grupo.

Identificação/ Família	Breve Caracterização do Cenário Familiar
Família E (Maurício)	Vânia, 30 anos, cinco filhos com idades de 15, 8, 7, 6 (Maurício) e 2 anos. Morava com o companheiro Fernando (33 anos) que era pai de seu filho caçula e era dependente de álcool. Vânia estudou até a oitava série enquanto Fernando seguiu até o primeiro ano do ensino médio. Este trabalhava como motorista de caminhão, mas estava afastado do trabalho devido a um acidente que viveu, recebendo uma pensão de 1 salário e meio. Vânia trabalhava como faxineira em uma instituição tendo uma renda de 1 salário mínimo. A família morava em uma casa alugada, de sete cômodos em bom estado de conservação (pintada, arejada, limpa e organizada). Vânia cuidava do filho caçula no período da manhã, quando os filhos estavam na escola. No período vespertino/noturno, estava no trabalho e quando retornava para a casa, as crianças já estavam dormindo. Quem ficava com as crianças no período oposto ao da escola era a filha adolescente. Vânia pensa que poderia ajudar mais o filho Maurício de 6 anos (que apresentava muitos problemas de comportamento na escola) se passasse mais tempo com ele, mas o companheiro é contra a idéia da mãe de trocar o horário de trabalho, defendendo a de que continue a cuidar exclusivamente do filho caçula. Vânia não tinha coragem de contrariar o companheiro. Ela se dizia dependente afetivamente e financeiramente dele já que caso separasse não conseguiria sustentar sozinha os 5 filhos. Na relação conjugal, havia frequentes brigas entre o casal, e o companheiro de Vânia a ofendia diariamente “às vezes ele me ofende muito, me chamando de piranha, biscate...eu não aguento ouvir isso todos os dias... eu penso que ele está bêbado, mas eu não durmo a noite, eu não consigo dormir a noite”. Tal situação a deixava em um estado muito fragilizado (com tristeza, angústia), sentindo-se impotente em relação à vida, e com “vontade de desistir de tudo”. O pai das outras crianças – incluindo Maurício – mora em outra cidade, pagava pensão, e só tinha contato com os filhos nas férias.
Família F (André)	Silvana, 35 anos, era mãe de quatro filhos com idades de 18, 11, 6(André) e 2 anos e está grávida de mais um bebê. Era casada com Antônio (32 anos) há 18 anos, pai de seus filhos. Silvana estudou até a quarta série e Antônio somente até a primeira. Os dois estavam empregados sendo que Silvana era trabalhadora rural (corte de cana), e Antônio, empregado de uma firma de reciclagem. Com trabalhos extras, a renda da família era um pouco superior a dois salários mínimos. A família tinha casa própria de cinco cômodos em bom estado (cômodos divididos, casa arejada, limpa e organizada). Ao longo de quase todo o acompanhamento, no quadro da pesquisa, Silvana se encontrava em licença maternidade ficando em casa com os filhos e o bebê. O filho André apresentava cada vez mais problemas de comportamento na escola e, por isso, a família/Silvana recebia constantemente queixas sobre seu filho. Embora tentasse lidar com isso, procurando soluções para os problemas do filho, ela se sentia cada vez mais angustiada e impotente, pois os problemas só pioravam. Às vezes, sem saber o que fazer, Silvana batia em André, ao passo que Antonio se envolvia muito pouco com a questão e com os cuidados cotidianos do filho, deixando a responsabilidade para a mãe.

Quadro 8: Caracterização das famílias reunidas no grupo “Em Risco de Negligência”

OS CRITÉRIOS: CATEGORIAS DESCRITIVAS

1- Respostas às necessidades infantis

As crianças desse subgrupo de famílias apresentavam suas necessidades físicas e psicológicas respondidas. Somente as de natureza educativa não eram completamente respondidas.

É interessante notar que as duas crianças focalizadas apresentavam muitos problemas de comportamento, com um funcionamento marcado por um comportamento perturbador (problemático) percebido tanto no ambiente doméstico, quanto no escolar, embora esse acarretasse reações mais acentuadas na escola.

Segundo as professoras e toda a equipe escolar, as crianças das **Famílias E e F** apresentavam, na escola, falta de concentração e comportamento hiperativo, não participando das atividades, permanecendo o tempo todo brincando e andando na sala de aula, sem obedecer às figuras de autoridade: *“é uma criança muito agressiva, grita muito, joga as coisas... fora do normal....”*, *“agressivo com os colegas e professor”* (Professora - **Família E**).

O comportamento problemático que apresentavam tinha efeito negativo sob a própria segurança e a de outras pessoas, uma vez que as crianças se arriscavam ao sair correndo “em disparada” para a rua, subir em muro para fugir de um adulto ou pelo risco de machucar outra criança com suas reações inesperadas. André (**Família F**), por exemplo, tinha sido vítima de um atropelamento, colocado fogo na cozinha de sua casa em uma brincadeira acidental (causando um incêndio) e já tinha ferido outra criança na escola ao enfiar um lápis no seu braço, durante um conflito.

As duas crianças apresentavam baixo rendimento acadêmico, pois nenhuma das duas fazia qualquer atividade proposta em sala de aula e eram frequentemente colocadas para fora da sala de aula. Deve-se notar que toda a equipe escolar manifestava em alguma medida rejeição por essas crianças. Por exemplo, seus professores, que ao serem entrevistados, não conseguiam citar qualquer aspecto positivo delas.

2- Risco ou presença de consequências ao desenvolvimento infantil

- **Risco moderado à integridade física**

Conforme o já indicado, o comportamento hiperativo/impulsivo apresentado pelas crianças desse grupo requeria por parte de todos os responsáveis, um alto nível de vigilância, o que, às vezes, falhava, resultando em acidentes. Por exemplo, André (**Família F**) já tinha

sido atropelado brincando na rua de a sua casa, mesmo diante da supervisão da mãe “*ele saiu correndo atrás da pipa, olhando para o céu*”... “*Eu não posso deixar ele em casa sozinho nem por 1 minuto*” (Silvana - **Família F**), que também relatara que num descuido o filho já havia colocado fogo na cozinha e quase causando um grande acidente.

- **Problemas de comportamento**

As duas crianças desse subgrupo apresentaram **níveis clínicos** de problemas de comportamento na avaliação realizada com o CBCL e o TRF. Embora os professores percebessem um número maior de problemas de comportamento que as mães, neste grupo, as mães percebiam igualmente a intensidade (gravidade) dos problemas.

“O problema do Mauro é que ele emburra, faz careta e não obedece quando a gente fala. Fica emburrado um tempão, não esquece de jeito nenhum o que aconteceu.” (Vânia- **Família E**).

O quadro 9 apresenta os resultados da avaliação de problemas de comportamento feitas a partir dos instrumentos CBCL e TRF.

Criança/Família	Problemas de comportamento (CBCL)	Problemas de comportamento (TRF)
Maurício (Família E)	Nível clínico para Problemas internalizados . Nível limítrofe para Comportamento agressivo .	Níveis Clínicos para Problemas Externalizados e Internalizados . Nível clínico para Problemas de Atenção, Problemas de Ansiedade e Depressão, Problema social, Comportamento de Quebra de Regra, Comportamento Agressivo . Escore muito preocupante no que diz respeito à Hiperatividade e Impulsividade .
André (Família F)	Nível limítrofe para o Total de Problemas e nível clínico para Comportamentos Externalizados . Nível clínico para Comportamento Delinquente e limítrofe para Problemas de Atenção .	Nível clínico para o Total de Problemas e Problemas Externalizados . Nível clínico para Comportamento Agressivo e limítrofe para Comportamento de Quebra de Regra .

Quadro 9: Problemas comportamentais apresentados pelas crianças das Famílias E e F a partir da avaliação das mães (CBCL) e professoras (TRF).

De fato, na relação com essas crianças, ao longo do acompanhamento, observou-se a manifestação de comportamentos bastante desadaptativos, em relação ao ambiente, parecendo refletir um funcionamento psicossocial marcado por déficits. Essas crianças tinham baixa tolerância à frustração e quando frustrados, reagiam agressivamente, batendo em outras crianças, xingando os adultos de palavrão, às vezes jogando objetos (como por exemplo, uma cadeira, um livro, etc.) em quem se aproximasse. Envolviam-se em muitas brigas com outras crianças e com adultos da escola, que acabavam “com raiva” (rejeitando) essas crianças, devido ao comportamento perturbador e desafiador das mesmas.

É preciso, contudo, frisar a existência de diferenças nas crianças focalizadas. Maurício (**Família E**), embora apresentasse problemas comportamentais, também funcionava de uma maneira adaptada e se mostrava na interação uma criança alegre e comunicativa (tinha facilidade de se comunicar com adultos e com outras crianças, “contava causos com destreza”). Ele apresentava bastante energia para brincadeiras e, apesar de alguns conflitos em atividades de grupo, era querido, apreciado pelas outras crianças e pelos irmãos também (com quem passava longos períodos de tempo brincando). Ademais, não dava indícios de ter qualquer dificuldade em nível cognitivo, sendo uma criança considerada pela mãe como “*carinhosa, alegre e esperto*”, “*bastante inteligente*”:

“Maurício e Wagner (o irmão) me dão muito trabalho. O Wagner eu vejo que tem um pouco de dificuldade, mas o Maurício é inteligente porque, às vezes, ele faz a tarefa do Wagner. Mas ele não faz as dele, a gente olha o caderno dele e está em branco, não faz nem prova... eu não sei o que fazer” (Vânia- Família E).

Já André (**Família F**) parecia ter mais deficits, de diversas naturezas. Ele tinha muita dificuldade de compreensão como, por exemplo, para entender conteúdos didáticos, regras de jogos simples e, como consequência, não conseguia seguir o que os adultos determinavam. Tinha também dificuldade de realizar atividades que outras crianças da sua idade realizavam facilmente e dificuldades de comunicação (não conseguia responder perguntas, respondendo com frases desconectas ou só partes de uma frase ou mesmo ficando quieto, só olhando e sorrindo). Nas brincadeiras em grupos, não conseguia esperar sua vez, derrubava todo o jogo no chão e ficava perturbando as outras crianças, todo o tempo (dando chutes, puxando a toalha da mesa, pegando peças, rabiscando os cadernos dos outros) e também apresentava comportamento sexual não apropriado à sua idade, como masturbação frequente, em qualquer ambiente, exposição de órgãos sexuais em público (sala de aula), mesmo depois de ter sido repreendido.

Para a mãe da criança, seu filho parecia diferente, “*um pouco estranho*”, o que a preocupava: “*Não melhora nunca... tenho medo que fique sempre assim... às vezes fica assim, fora do mundo*”. Contudo, segundo ela, embora tivesse dificuldade de atenção, “*é uma criança que obedece, às vezes, quando converso com ele, ele entende...*”. (Silvana- **Família F**)

3- Capacidade parental e/ou do entorno social de respostas às necessidades infantis

Uma primeira observação, no que diz respeito à capacidade parental e/ou do entorno social para responder às necessidades infantis, é que os cuidadores (Vânia- **Família E** e Silvana e Antônio - **Família F**) apresentavam capacidade de responder às necessidades físicas e emocionais e se esforçavam para atender às necessidades educativas. Dentro disso, é preciso considerar que tal tarefa, entretanto, não pode ser pensada como sendo de sua inteira responsabilidade, uma vez que os problemas de comportamento apresentados pelas crianças, enquadrando-se em um nível clínico e requeriam atenção de profissional/ais.

Nesse plano, deve-se cogitar se havia ou não busca por tal ajuda especializada por parte dos responsáveis. Nesse sentido, observa-se que a única psicóloga infantil da cidade, até o final do período de pesquisa não tinha vaga para avaliação dessas crianças, sendo que o encaminhamento para outros serviços especializados dependia da avaliação psicológica. Dentro de suas possibilidades, pode-se dizer que essas famílias se esforçavam para garantir que as crianças freqüentassem o grupo de habilidades sociais oferecido às crianças no quadro da pesquisa e procuravam por orientação junto à pesquisadora.

- **Capacidade de responder às necessidades físicas**

Nas famílias desse grupo, verificaram-se preocupação e ações de cuidado com a saúde das crianças. Elas não apresentavam ferimentos ou machucados não tratados, havendo preocupação com a segurança física dos mesmos. Criavam-se condições de higiene (os adultos vestiam as crianças apropriadamente com roupas do tamanho certo, limpas e de acordo com as estações do ano). Ademais, a elas eram oferecidos alimentos de boa qualidade/nutritivos³⁴ (as refeições eram preparadas e servidas às crianças) e havia uma rotina estabelecida (horários de dormir, acordar, banho, brincar).

³⁴ A oferta de alimentos nessas duas casas era bem maior do que nas outras famílias. Faziam parte das refeições das crianças dessas famílias leite, iogurte, carne, sucos, etc.

- **Capacidade de responder às necessidades psicológicas**

Na maior parte do tempo, nas famílias, as crianças contavam com a presença de um adulto que se mostrava disponível emocionalmente³⁵, sendo afetuoso e atencioso às suas demandas. Observou-se a oferta de especial atenção a elas, quando doentes, uma vez que os cuidadores faltavam ao trabalho para estar perto, ofereciam-lhes contato afetivo físico (colo, abraço). Ademais, eram responsivos aos sentimentos da criança perguntando o que tinha acontecido quando percebiam que a criança estava triste ou magoada e defendiam o filho quando era rejeitado. Na **Família F**, por exemplo, a mãe decidiu ir tirar satisfação na escola depois que a professora chamou o filho de “*encardido,nojento*”. Silvana havia percebido o quanto a André tinha ficado magoado com isso, ao chegar em casa cabisbaixo. Na **Família E**, a cuidadora reagia a situações que considera serem injustas e que podem magoar as crianças, buscando modificá-las: “às vezes ele (padrasto) traz alguns doces para o menorzinho e não dá para os outros que ficam sentidos... eu já disse que se for para dar um, tem que dar para todos.” (Vânia - **Família E**).

- **No que concerne às necessidades educativas, tenta-se responder do melhor modo possível**

Em primeiro lugar, destaca-se o fato de nas duas famílias ter-se verificado a capacidade de responder necessidades educativas como de a estimulação e as relações sociais das crianças. Eles propiciavam às crianças brinquedos de diferentes naturezas (ainda que fossem usados e doados por outras pessoas), lápis de cor, carrinhos, jogos de encaixar, etc, cuidando desses e conservando-os (ou ensinando as crianças a conservá-los e a guardá-los). Na casa das duas famílias existiam locais para guardar os brinquedos, como também locais para as crianças brincarem (como uma mesinha de criança na casa da **Família E** ou um espaço na sala da casa na **Família F**), sendo que ambas as famílias mantinham os quintais das casas limpos, possibilitando que as crianças brincassem ali também. As duas genitoras fomentavam as relações sociais das crianças, deixando que estas fossem brincar na casa de amigos ou permitindo que amigos e primos viessem brincar na suas casas.

Ademais Vânia e Silvana mostravam interesse/preocupação em relação à escolarização e ao progresso das crianças na escola (frequentando reuniões e atividades escolares, encorajando a criança a ir à escola, cuidando do material escolar).

³⁵ Ao longo do acompanhamento foram sendo observadas mudanças na disponibilidade emocional das mães em relação às crianças. Esses dados serão apresentados nos itens 4 e 5 relativos aos mecanismos da negligência.

Há, contudo, que se considerar, em relação às necessidades específicas, de natureza psicossocial (comportamento social), diante das características apresentadas pelas crianças em foco, as respostas oferecidas **não eram suficientes**. Nestas famílias (principalmente a mãe na **Família F** e exclusivamente a mãe na **Família E**) tais necessidades eram percebidas e notava esforço em respondê-las, sem conseguir:

“(...) a gente olha o caderno dele e está em branco, não faz, nem prova eu não sei o que fazer..” (Vânia - **Família E**).

“Ele vai muito mal na escola, não consegue fazer as provas e não faz nenhuma lição em sala de aula... ele não gosta de ficar parado, gosta de correr, soltar pipa, acho que por esse motivo não aprende na escola... acho que ele não consegue ficar parado”. (Silvana - **Família F**).

Durante uma grande parte do acompanhamento dessas duas famílias, pôde-se ver o esforço, especialmente por parte das genitoras, para responderem sozinhas a tais necessidades, na medida das demandas de ajustamento feitas nos outros contextos de socialização, sobretudo a escola. Assim, conversavam com os filhos sobre os problemas, tentavam mudança de rotina para ser possível a supervisão dos trabalhos escolares³⁶. Por vezes, davam-se “brincas”, quando os problemas continuavam ou quando notavam que as crianças regrediam depois de uma pequena melhora. No fio do tempo, passaram a empreender a castigo, com a suspensão de privilégios bem como por meio de punição corporal.

Diante da persistência dos problemas comportamentais apresentados pelas crianças, e do repertório limitado de estratégias para enfrentá-los, passando a empregar muito castigo e punição corporal, a incapacidade de responderem sozinhas às necessidades foi evidenciando-se. O nível clínico de problemas apresentados pelas crianças dava indícios de que as habilidades parentais, por si só, não eram suficientes.

³⁶ Vânia - **Família E** combinou com a chefe no trabalho de chegar um pouco mais tarde em troca de ficar mais tempo depois do expediente, para, na hora do almoço, poder verificar se Maurício fazia as tarefas do dia, se tinha tarefas de casa, como tinha sido o dia na escola. Ela chegou a fazer “visitas surpresas” na escola do filho para observar seu comportamento. Já Silvana - **Família F** pedia a uma sobrinha que estudava na mesma sala de aula do filho que trouxesse o seu caderno para que ela pudesse ver o que a professora tinha ensinado, todos os dias, e tentava ela mesma ensinar a criança, percebendo que seu filho não sabia o alfabeto, não conseguia ler ou escrever qualquer sílaba, conseguindo somente copiar o que era feito, de forma lenta, dependendo da sua concentração.

OS MECANISMOS DE PRODUÇÃO

1- Relação Família - Entorno Social

No que diz respeito à relação das famílias desse grupo com o entorno social proximal, pode-se dizer que, no geral, elas apresentavam satisfação com o bairro onde moravam e com o entorno social proximal. Em ambas as famílias, entretanto, o relacionamento com a família extensa apresentava algum grau de problema, baseados em problemas mais ou menos antigos. As relações da **Família E** com a família extensa eram marcadas, há algum tempo, por dificuldades de relacionamento, e na **Família F** foi observado uma deterioração da relação com a família extensa que, em seguida, estendeu-se ao **Entorno Social Informal**. Em ambos os casos, as características comportamentais das crianças em foco concorreram para que tais relações piorassem, incrementando o distanciamento e, por consequência, o isolamento social das mesmas.

No que diz respeito às relações com as instituições de apoio formal, como a escola, observam-se nas duas famílias, problemas com esta instituição, que foram tendo repercussões diretas na relação (interação) dos cuidadores com as crianças em foco, conforme se verá tratado mais abaixo.

• Dificuldades de relacionamento com Família Extensa / Pouco Apoio Social

Pode-se dizer que, diferentemente do primeiro grupo, nesse, as mães relataram, inicialmente, satisfação com o bairro de residência e com os serviços oferecidos no mesmo (escola das crianças e posto de saúde). Também relatavam boa relação com a vizinhança, não existindo conflitos entre os vizinhos, embora não houvesse uma relação de proximidade.

Contudo, conforme a indicação acima, as relações das famílias reunidas nesse grupo, com a família extensa apresentavam algum grau de problema e que se tornaram mais intensas devido às características comportamentais das crianças, Maurício e de André, ao longo do tempo.

As relações da **Família E** com a família extensa já eram pouco frequentes e marcadas por conflitos. Segundo a genitora, conflitos atuais com o irmão e com a mãe faziam com que o relacionamento fosse fraco, distante: *“não dá para contar com as pessoas de lá ... não peço nenhum favor a eles”*.

De fato, havia o sentimento de rejeição: *“Minha mãe sempre fica do lado do meu irmão, só escuta a ele...”*. Nesse tocante, a história da infância de Vânia foi marcada pela punição corporal (por parte do pai) quando começou a adolescência (12 anos) e queria sair mais de casa. A genitora chegou a ter que ser hospitalizada depois de ter sido ferida por seu pai, sendo que, nesse episódio, sua mãe demorara para levá-la ao médico porque teve medo de

o marido ir preso. Outro motivo que concorreu para que a relação com a família extensa piorasse era o comportamento problemático de Maurício, que fazia com que a avó não quisesse recebê-lo na sua casa: “*nem levo os meninos mais para lá para não ter reclamação*”.

A falta de apoio da família extensa era um dos motivos, que segundo a genitora, fazia com que ficasse junto ao atual companheiro:

“às vezes eu penso em me separar dele (companheiro), mas não tenho para onde ir. Já pedi para minha mãe o terreno do fundo da casa dela para construir uma casinha pequenininha pra mim e pras crianças, mas minha mãe fala que é só do meu irmão... eles não querem me ajudar” (Vânia- **Família E**).

Do seu lado, também não contava com o apoio do companheiro Fernando que, ao contrário, colocava Vânia em uma posição de “ou eu ou as crianças”. Este entrava em conflito frequentemente com as crianças, não as deixando assistir TV ou se irritando quando as crianças faziam qualquer barulho quando brincavam. Muitas vezes, xingava as crianças com palavras de baixo calão. O genitor de Maurício (e das outras crianças), em seu turno, morava em outra cidade e não se envolvia diretamente com o processo de educação/disciplina dos filhos.

As informações obtidas com o **QAS** conformaram tal percepção, visto que foram obtidos somente 27 pontos, indicando que Vânia “nunca” ou “raramente” podia contar com qualquer tipo apoio material, afetivo, emocional, etc. O sentimento de não poder contar com ninguém fazia com que essa genitora se isolasse e se sentisse completamente solitária na busca por soluções de seus problemas. Não recebia a visita de parentes (com a exceção de uma irmã mais nova, de 16 anos que, às vezes, a procurava buscando apoio para seus problemas pessoais) e nem visitava seus parentes. A genitora também tinha o semblante fechado, sério, o que fazia com que as pessoas do seu trabalho pensassem que ela estava sempre “brava”, segundo seu próprio relato.

Na mesma direção, as relações da **Família F** com a família extensa, ao longo do período de pesquisa, foram mudando no sentido de se tornarem frágeis/difíceis. No início da pesquisa, a avaliação de percepção de apoio social da genitora e as observações apontavam a existência de relações de confiança com parentes (a genitora relata que as pessoas que mais confiava eram três pessoas de sua família e obteve um escore de 66 pontos no QAS, indicando que percebia-se apoiada socialmente (sobretudo se comparada a das famílias que participaram do estudo). Relatava poder contar principalmente com a ajuda da irmã ou dos pais para cuidar do filho, no período oposto ao da escola (na época que ainda não estava de licença maternidade) como também nas horas que precisava sair para fazer alguma coisa.

Segundo Silvana, no entanto, o comportamento problemático da criança foi fazendo com que a relação com a família extensa se tornasse difícil (distante). Aos 6 anos, seu filho já não obedecia mais a tia quando estava em sua casa (ia para a rua quando queria, fazia muita bagunça dentro de casa e, em um conflito na casa da avó, chegou a bater no avô, deixando todos muito assustados, “chocados”), o que fez com que os avós proibissem a criança de ir a casa deles. A retaliação da família extensa em relação ao seu filho, ou ao comportamento problemático desse, fazia com que os pais se sentissem ofendidos, e parassem eles também de frequentar a casa dos pais (avós): “*se não querem meu filho também não me querem...isso eu não perdoo*”. Nesse tocante, Silvana também conseguia fazer uma crítica dos cuidados recebidos na infância, relatando ter sofrido muita punição corporal, principalmente por parte do pai, tendo que ser levada para o hospital em uma ocasião e expressando não desejar ser o mesmo tipo de pai e mãe que os seus, porque os considerava muito rígidos.

Para a **Família F**, vale notar que a mesma dinâmica de afastamento, por conta da rejeição sofrida em função do comportamento de André se instalou em outros contextos, como na Igreja ou com relação aos vizinhos³⁷.

O diferencial nessa família é que entre casal havia mais harmonia e o pai Antônio, segundo a genitora, às vezes, oferecia algum apoio na resolução dos problemas. Embora não se envolvesse muito diretamente, nos cuidados cotidianos dos filhos, ele estava ciente das dificuldades de André e apoiava a esposa na busca de solução dos problemas³⁸.

• A deterioração da relação Família - Escola

Pôde-se observar que a reação da escola frente aos comportamentos apresentados pelas crianças passou a ter consequências na qualidade da relação instituição-famílias e, isso, no tempo, impactou também a relação dos pais com suas crianças.

As **necessidades educativas/psicossociais** das crianças também **não encontram respostas satisfatórias no contexto escolar**. Ao contrário, prevalecia a concepção, na

³⁷ A igreja que a Silvana frequentava, quatro vezes por semana, não queria aceitar André por causa dos inúmeros problemas que ela causava na “escolinha da igreja” (brigando com outras crianças, sem parar quieta). Na vizinhança havia reclamação em relação à criança, e por conta disso, ela também não deixava mais a criança ir à casa do colega, para que, segundo ela, não desse motivo para falarem mal. Durante todo o tempo de licença maternidade da genitora, a mãe cuidou do filho sozinha. No entanto, ela enfrentava, no final da licença maternidade, um novo desafio, que era alguém que quisesse supervisionar seu filho durante o período oposto ao da escola: “*Eu estou faltando trabalho para ficar com ele porque ninguém quer ficar. Mas eu tenho que voltar porque senão vou ser despedida...*”.

³⁸ Antônio procurava, por exemplo, por uma “babá” para ficar com a criança no período oposto ao da escola, escutando os problemas, apoiando as decisões da esposa. Para a genitora, no entanto, a relação não era satisfatória, pois o marido a ajudava “*muito pouco*” na prática, saindo para se divertir com frequência e deixando todos os cuidados e problemas do dia a dia para ela.

escola, de os pais “tinham que dar um jeito em seus filhos”, ou seja, de que as respostas a essas necessidades era uma responsabilidade exclusiva da família. Diziam: “*essas mães de hoje em dia não dão educação em casa, acham que é a escola que tem que fazer tudo...*”, e que os problemas de comportamento das duas crianças eram apenas questão de “educação parental”: “*tem que dar educação pra essas crianças*”.

Assim, no começo do acompanhamento das famílias que constituíram esse grupo, sobretudo as mães tentavam de diversas maneiras atender às demandas/reclamações da escola, **comparecendo quando eram chamadas e se esforçando para responder às necessidades da escola e da criança**. Depois de algum tempo, contudo, como os resultados nessa direção não apareciam, apesar do esforço e das inúmeras **tentativas de manejar adequadamente os problemas manifestos pelas crianças, na escola**, o relacionamento com essa instituição parece ter se tornado uma fonte importante de estresse. Pouco a pouco, tal experiência parece ter produzido um sentimento de incompetência, especialmente nas mães, que, por essa razão, passaram gradativamente a evitar o contato com a escola para terem “menos um problema”.

Nesse ciclo, das reclamações em reuniões escolares ou nos encontros particulares com as mães, a escola passou a exigir que os cuidadores comparecessem à instituição a qualquer hora do dia (ligando inúmeras vezes no celular da mãe) para resolver o problema que o filho estava apresentando: “*ele só respeita a mãe, então ela tem que vir aqui dar um jeito*” (Professora - **Família E**). A Vânia- **Família E** já não atendia as ligações no celular quando via o número da escola: “*Eu não posso passar todas as manhãs lá, para dar um jeito no Maurício, eu tenho coisas para fazer!*”; Silvana- **Família F** dizia que não aguentava mais ouvir só reclamações, todo o tempo: “*meu filho não é um monstro*”.

Aos olhos da escola, entretanto, a família/mães eram “**negligentes**” e, ao mesmo tempo, quando as crianças faltavam davam “*Graças a Deus!*” (Professora - **Família E**), alegando que na sua ausência não havia problemas em sala de aula³⁹.

³⁹ O ápice da crise escola-família, no caso da **Família F** se deu depois que seu filho foi xingado pela professora de “*encardido, nojento*” na frente de outros alunos na sala de aula. Depois de a criança e outros colegas terem contado à mãe o porquê o filho tinha chegado em casa tão triste, a mãe foi à escola conversar com a professora (que declarava abertamente que não gostava da criança). Durante a conversa com a professora, a mãe relatara ter perdido o controle ao ouvir falar mal mais uma vez do filho e ter começado a gritar com ela. O sentimento de raiva e tristeza que a mãe disse ter sentido era tão grande que “*avançou pra cima*” tendo que ser segurada por outras pessoas. A escola chamou a polícia e foi feito um boletim de ocorrência contra a mãe, que foi quase levada presa. Depois do episódio, em visita domiciliar, a genitora estava muito fragilizada e nervosa pelo acontecido na escola, chorando muito durante a visita: “*não sei como eu perdi a cabeça daquele jeito, mas eu não agüentei quando vi a tristeza que ele chegou, ela (professora) não gosta do meu filho*”. Mãe e pai decidiram, nesse momento, que o filho não voltaria para aquela escola. A escola por sua vez, passou considerar Silvana “*uma louca*”, devido ao comportamento descontrolado.

- **Ausência de serviços de apoio formal básico e especializado**

No município em questão, não havia qualquer programa governamental ou mantido por ONGs que viesse ao encontro das famílias no sentido de compartilhar cuidado e educação das crianças, funcionando com apoio. Dentro disso, para não deixarem as crianças sozinhas, sem supervisão, em casa, os cuidadores desse grupo se organizavam, à exemplo de várias outras famílias, na comunidade em geral, contando com a ajuda de filhos mais velhos, sobretudo os do sexo feminino, ou, eventualmente, pagando uma “babá” para supervisionar os filhos pequenos, no horário alternativo à escola, enquanto os adultos/cuidadores estavam no trabalho.

No mais, no tocante a programa de natureza especializada, que pudesse vir ao encontro das necessidades específicas das crianças em foco nesse segundo grupo, como já foi assinalado, existia na cidade apenas uma psicóloga alocada na área da saúde, para qual, a lista de espera para o atendimento era bastante longa. Assim, as famílias nesse grupo, embora tivessem feitos esforços para conseguir ajuda nesse nível, não podiam contar com essa de modo imediato, tal como demandava a situação.

2- Interação cuidador-criança

Pode-se dizer que os problemas de comportamento das crianças geravam consequências para além da perda do apoio social e relações negativas com a escola. As crianças representavam às famílias uma carga difícil a assumir, gerando um alto estresse (como apontam os resultados do ISP) o que impactava a qualidade da relação cuidadores e crianças na família, especialmente com as mães, de forma que as interações entre adultos e crianças passavam a ser cada vez mais negativas e menos freqüentes. Os sentimentos de impotência e incompetência das mães, gerados no bojo da incapacidade para, sozinhas, responderem satisfatoriamente às necessidades específicas das crianças, muitas vezes, associados a outros estressores presentes como a violência conjugal (**Família E**), foram impactando negativamente o padrão interacional entre cuidador e crianças, nas famílias reunidas nesse grupo. Assim, ao longo do tempo (período de pesquisa) pôde-se observar que um padrão de interação positivo dava, progressivamente, lugar a um padrão de interação negativo/coercitivo (marcado pela punição corporal), com diminuição da disponibilidade emocional da mãe (menor frequência de interação e estimulação).

- **Aumento da punição corporal**

Como já foi descrito, diversas eram as estratégias utilizadas nas famílias para tentarem responder as necessidades comportamentais específicas apresentadas pelas crianças; essas,

porém, não produziam o efeito esperado, especialmente dentro das contingências estabelecidas pela instituição escolar. Assim, nas famílias, observou-se, inicialmente, o incremento no emprego de estratégias punitivas, como ameaças e castigos, e, em seguida, o da utilização de punições físicas/corporais.

“não sei mais o que fazer, nada adianta, então vai ter que aprender levando surra” (Vânia- **Família E**).

“Eu dei uma surra pra ver se aprende e deixei de castigo, a tarde inteira no quarto, sem poder sair” (Vânia - **Família E**)

“Eu não sei mais o que fazer... eu vou matar meu filho de tanto bater?” (Silvana - da **Família F**).

“Ele levou outra suspensão na escola, depois de eu já ter colocado de castigo, sem sair na rua... eu fiquei com tanta raiva, com tanta raiva, que peguei uma borracha e bati nele” (Silvana - **Família F**).

- **Menor disponibilidade emocional**

Embora tenha se observado que, no início do período de pesquisa, as famílias nesse grupo apresentavam taxas consideradas média-altas de estimulação interacional (61% **Família E**; 62% **Família F**), indicando a existência de responsividade emocional e verbal em relação às crianças, ao longo do processo percebeu-se uma diminuição da disponibilidade emocional, cuja consequência mais visível foi também a diminuição na taxa de interação. Por exemplo, ainda que Vânia- **Família E**, desencontrasse de suas crianças a maior parte do tempo, transferindo boa parte de funções parentais à filha adolescente, no início do contato com essa família, ela demonstrava vontade de passar mais tempo com os filhos, especialmente junto a Maurício, seja nos finais de semana, como na semana (já tinha até falado com sua chefe, no trabalho, com vistas à mudança de período de trabalho, a qual, em seu turno, estava de acordo): *“eles precisam mais de mim por perto, eu sei disso”*. Ao longo do acompanhamento, ela pareceu ir desistindo disso, tendo abdicado da possibilidade de trocar o horário no trabalho e, ainda, assumindo um trabalho extra nos finais de semana (ela arrumara emprego em um bar, aos finais de semana): *“quando eu estou na minha casa só tenho problemas... eu prefiro estar no trabalho, minha casa ultimamente é um inferno!”*.

Nesse contexto, Vânia fazia referência a um sentimento de impotência diante de todos os problemas *“tenho vontade de desistir de tudo... ir embora, deixar os filhos com o pai”*. Na mesma direção, Silvana - **Família F** expressava: *“eu não estou dando mais conta... eu não sei mais o que fazer... ele não muda!”*. Ela relatava ainda que, por se sentir muito **culpada** depois

que batia no filho, passava a evitar a criança para não ter que bater, mas, paralelamente, que sentia muita raiva da criança a cada episódio de comportamento inadequado/queixa escolar⁴⁰.

Grupo 3: Negligência Não Confirmada

O terceiro grupo reúne as famílias cujos dados, uma vez analisados, não preencheram todos os quesitos, concomitantemente, relativos à confirmação da negligência na linha das proposições conceituais adotadas no presente estudo. Assim, os indicadores em seu conjunto, não permitiam consolidar os quesitos para considerar a negligência como um problema presente na dinâmica família, mesmo se para alguns dos casos um ou mais critérios eram cumpridos.

Vale frisar que o fato de a “negligência não ser confirmada”, de acordo com os parâmetros adotados, não implica em ausência de problemas importantes em algumas das famílias desse grupo, sendo que em alguns casos denotavam-se claramente indicadores específicos de outras modalidades de maus-tratos: o abuso físico, o psicológico e o sexual.

A breve caracterização das famílias que integram esse grupo é apresentada pelo Quadro 10.

Famílias/ Identificação	Breve Caracterização do Cenário Familiar
Família G (Bruna)	Claudia, 29 anos de idade, 4 filhas com idades de 9, 6 (Bruna), 3 e 2 anos. Ela e o companheiro, Leonardo, 31 anos, moravam juntos há quatro anos, e este era pai de suas duas filhas mais novas. Cláudia estudou até a quinta série (mas não conseguia escrever) e Leonardo até a sétima série. Cláudia trabalhava como doméstica em uma cidade próxima à sua e Leonardo era trabalhador rural, no corte da cana. A renda da família era de, em média, 2,5 salários mínimos. A família morava em uma casa alugada pequena , de quatro cômodos, em bom estado de conservação (pintada, limpa e organizada). Leonardo sempre ajudava Cláudia nas tarefas domésticas, sendo que o casal, regularmente, dividia os cuidados cotidianos com as crianças. Segundo ambos, a relação conjugal era boa “ <i>pois se apóiam e se ajudam</i> ”. Cláudia, no entanto, dizia que frequentemente tinha um sentimento de “ <i>que não vai dar conta</i> ”, pois as quatro filhas demandam muita atenção, faziam muita “ <i>bagunça e</i>

⁴⁰ As mães dessas duas famílias choravam frequentemente durante as visitas domiciliares, mostrando-se muito angustiadas e reafirmando sempre o sentimento de não estarem dando mais conta dos problemas e das cobranças.

Famílias/ Identificação	Breve Caracterização do Cenário Familiar
	<i>barulho</i>”, e isto fazia com que, às vezes, sentisse raiva “<i>das filhas... de tanta criança</i>”. Dizia que, às vezes, sentia-se muito cansada e angustiada e que já precisou buscar ajuda de um psiquiatra. Relata também já ter abusado de bebidas alcoólicas “<i>para tirar o estresse</i>”, mas com ajuda do marido havia parado de ingerir álcool. Referia o desejo de receber ajuda com relação ao manejo adequado do comportamento das crianças, uma vez que se percebia sem muitos recursos frente à tarefa de discipliná-las. Relatava o desejo de não precisar mais bater nas filhas, já que havia sido notificada anteriormente por abuso físico. Bruna não conhecia o pai biológico, que nunca participou da educação da filha.
Família H (Laura)	Isabela, 31 anos, quatro filhos com idades de 11, 9, 6 (Laura) e 4 anos. Morava com Francisco, 32 anos há oito anos, que era pai dos dois filhos mais novos. Isabela estudou até a sexta série do ensino fundamental e Francisco até a quarta série. Isabela era trabalhadora rural (corte da cana) e Francisco estava desempregado e era alcoolista. A renda familiar era de um salário mínimo. A família vivia em uma casa alugada de cinco cômodos em bom estado de conservação. Na residência moravam o casal mais os três filhos mais novos, uma vez que o filho mais velho vivia com a avó (que mora em uma casa em frente a de Isabela). Segundo a genitora, a relação conjugal não era boa, havendo freqüentes episódios de violência conjugal, situações em que Francisco era violento, machucando e ameaçando de morte sua companheira. A genitora manifestava medo do marido e dizia que, depois das brigas, passava noites sem dormir com medo de ser morta, pois sabia que ele é capaz, visto que respondia a um processo por assassinato. Nessas ocasiões, ela se recolhia e dizia que não sentia vontade de interagir com ninguém. A genitora pensava que o comportamento de crise na filha na escola estava associado ao fato de que presenciou o pai, alcoolizado, “masturbando-se” o que a deixou bastante perturbada e com rejeição, “nojo”, pelo pai. Por algum tempo “<i>ela não podia nem ver ele que começava a chorar</i>”.
Família I (Tina)	Amanda, 31 anos, era mãe de quatro filhas com idades de 10, 6 (Tina), 3 e 2 anos. Vivia na zona rural com Jorge (43 anos), seu companheiro há oito anos, e pai de suas 2 filhas mais novas. Amanda estudou até a segunda série e não sabia ler, nem escrever. Seu companheiro também “não tem muito estudo”, mas a genitora não sabia informar a escolaridade. Este era empregado do sítio onde moravam e não chegava a ganhar nem 1 salário mínimo. A família também recebia o bolsa família, mas vivia em condições de muita precariedade, em uma casa cedida, em más

Famílias/ Identificação	Breve Caracterização do Cenário Familiar
	condições (muito velha, sem banheiro e energia elétrica, sem cadeiras, com apenas um quarto onde dormem todos juntos). Por estarem em um sítio, porém, podiam usufruir das verduras do local e de uma determinada quantidade de leite. As duas filhas menores passavam o dia inteiro com a mãe e as duas mais velhas iam para a escola na parte da manhã. Como Amanda era analfabeta, tinha muita dificuldade de entender informações envolvendo números (contar dinheiro), datas (aniversário das crianças) e horários (às vezes chegava aos compromissos muito antes da hora). As meninas pareciam extremamente ligadas à mãe, chorando quando essa se afastava e não conseguindo ficar longe. O companheiro era alcoolista e, por vezes, violento com Amanda. Durante o acompanhamento, no quadro das intervenções realizadas na pesquisa, Amanda procedeu a uma notificação, ao Conselho Tutelar, referindo abuso sexual da filha mais velha, pelo padrasto (Jorge), contando com o testemunho das outras crianças.
Família J (Marcelo)	Dona Marisa, 51 anos, era casada com Evaldo (50 anos) há 29 anos. O casal tinha 11 filhos com idades 29, 28, 26, 22, 19, 17, 16, 14, 12, 9 e 6 anos (Marcelo). D. Marisa estudou somente até a primeira série e relatava que não sabia ler ou escrever. Seu marido também era analfabeto. O casal não trabalhava, sendo que a renda familiar girava em torno da bolsa família que recebiam (R\$112,00), de uma renda da prefeitura (R\$60,00) e do salário do filho de 19 anos que trabalhava. O casal morava em uma casa de cinco cômodos doada à família pela prefeitura, há dois anos. A casa tinha um bom estado, sendo bem conservada, arejada, limpa e organizada. Na casa do casal moram 10 membros da família. Os filhos mais velhos do casal moravam em suas próprias casas. Edvaldo é alcoolista e se encontra frequentemente sob o efeito de álcool. A genitora relatava um bom relacionamento conjugal. Sobre os filhos, dizia que os dois filhos mais novos apresentavam dificuldades na escola, mas que não conseguia ajudar muito, uma vez que não entendia as lições. Às vezes, eram as irmãs mais velhas que ajudavam os meninos.
Família L (Renata)	Júlia era uma jovem de 23 anos, mãe de Renata, sua filha única, de 6 anos. Júlia tinha a aparência sempre séria e quase nunca sorria. Mãe e filha moram sozinhas em uma casa própria de dois cômodos que era dos pais da genitora (que haviam mudado de cidade) e que foi dividida “ao meio” (com a construção de um muro) entre ela e seu irmão, com quem não “conversa”, devido à existência de conflitos. Dessa forma, a casa em que residia com a filha não tinha banheiro fazendo com que mãe e filha utilizem o banheiro de um vizinho. Júlia era trabalhadora rural (corte da cana) e

Famílias/ Identificação	Breve Caracterização do Cenário Familiar
	estudava à noite (1º ano do ensino médio). A renda era de um salário mínimo. A genitora relatou que havia parado de fazer abuso de álcool há alguns meses (a contar do início da pesquisa) porque queria uma vida mais calma. Auto-definia-se como “<i>cabeça quente</i>” e tinha algumas desavenças na vizinhança, chegando a se envolver em conflitos cujo modo de lidar/resolver era, às vezes, físico/brigas corporais. Júlia não tinha mais contato com seus pais, desde que denunciou o pai por abuso sexual, durante a sua infância. Em relação à Renata, a genitora faz uso frequente de punição corporal por parecer ter uma expectativa desmedida em relação ao desenvolvimento da filha. O pai de Renata mora em outra cidade e já deu assistência ficando com a filha por um período, quando Julia não podia ficar. Às vezes ia visitar a filha nos finais de semana.
Família M (Kevin)	Dona Sebastiana, 57 anos, era a avó paterna de Kevin (5 anos) que morava com ela. Estudou até a quarta série e era viúva. A avó tinha uma casa própria de 5 cômodos em boas condições (arejada, conservada, pintada com móveis novos) e contava com a aposentadoria do marido de um salário mínimo. Diogo, o pai de Kevin, tinha 26 anos, estudou até a quinta série e era trabalhador rural (corte de cana). Obteve a guarda do filho, após a mãe biológica tê-la perdido por maus-tratos, quando a criança ainda era pequena. Havia períodos em que pai morava com o filho na casa da avó e outros que morava com uma companheira com quem tinha mais um filho. De todo modo, pai e filho se viam todos os dias, embora o responsável não se implicasse muito nos cuidados cotidianos com a criança. Na prática, estes ficavam a cargo da avó. Kevin apresentava muitos problemas de comportamento na escola, sendo que a avó relatava dificuldades com a supervisão da criança que era muito ativa e não a obedecia. Ela referia que ficava “<i>sem energia para cuidar de criança</i>”, o que fazia com que recorresse à ajuda de uma neta adolescente que também morava com ela. Era a neta que supervisionava a criança para a avó “vai ver frequentemente onde a criança está” ou “ver porque a escola está chamando”. Tanto a avó quando o pai utilizavam a punição corporal para disciplinar a criança: “<i>a gente já fez de tudo, não dá certo... tem que apanhar mesmo</i>”.

Quadro 10: Caracterização das famílias do grupo 3 “Negligência Não Confirmada”

OS CRITÉRIOS: CATEGORIAS DESCRITIVAS

1- Repostas às Necessidades Infantis

No que se refere às necessidades infantis apresentadas pelas crianças das famílias reunidas nesse grupo, pode-se dizer que todas tinham suas necessidades físicas respondidas, mas algumas delas apresentavam necessidades educativas e/ou emocionais respondidas de modo insatisfatório ou parcialmente respondidas.

No tocante às **necessidades físicas**, verificou-se, por exemplo, que todas as crianças tinham peso e altura semelhantes às outras crianças de sua faixa etária, não apresentavam ferimentos ou doenças não tratadas, não eram deixadas sozinhas (sem a presença de um adulto, durante longos períodos de tempo), apresentavam boa higiene (apresentando-se sempre limpas e vestidas adequadamente)⁴¹.

- **Necessidades educativas parcialmente respondidas (algumas famílias respondem satisfatoriamente, outras menos)**

No que se refere às necessidades educativas, observava-se que, em todas as famílias, as crianças viviam uma rotina (hora de acordar, se alimentar, dormir), tinham amigos e relações sociais com familiares e outras crianças, freqüentavam a escola com regularidade, tinham brinquedos em casa e não ficavam sem supervisão por longos períodos de tempo.

Algumas das crianças das famílias reunidas nesse grupo, no entanto, apresentavam necessidades de natureza educativa que permaneciam sem resposta ou que eram respondidas de modo insatisfatório, principalmente àquelas concernentes a aspectos psicossociais, relativos a aprendizagens e comportamental social. Por exemplo, muitas das crianças apresentavam **problemas de comportamento**, que se manifestavam **principalmente na escola**, sendo considerados perturbadores ou problemáticos (Bruna - **Família G**, Renata - **Família L**, Kevin - **Família M**), ou de rendimento escolar (Bruna - **Família G**, Marcelo - **Família J**, Renata - **Família L**, Kevin- **Família M**).

“quando ele quer fugir, ninguém pega ele. Esses dias eu coloquei, ele fugiu, aí eu fiquei brava e fui bater nele, ele entrou de baixo da cama. Não havia meios de tirá-lo de lá. Ele chuta, esperneia, atira coisas, mas não deixa ninguém encostar a mão...” (Sebastiana Avó - **Família M**).

⁴¹ Por causa da situação de pobreza, em algumas das famílias desse grupo, as roupas utilizadas pelas crianças eram freqüentemente gastas e velhas. No entanto, estavam sempre limpas e eram apropriadas para o tamanho das mesmas e ao clima/estação.

“Aluno apresenta alterações de humor repentinas, sendo que se torna incontrolável, agride educadores e colegas com chutes e mordidas, palavrões além de destruir material didático-pedagógico dele e de seus colegas. Joga brinquedos e outros pertences dos colegas no telhado ou do outro lado do muro, sai da sala de aula sem autorização, demonstrando não ter a menor noção de respeito às regras básicas de conduta”. (Trecho extraído da notificação feita ao Conselho Tutelar pela coordenação da escola referindo-se a Kevin - **Família M**).

- **Necessidades emocionais parcialmente respondidas (algumas famílias respondem satisfatoriamente, outras menos)**

Pode-se dizer que, de modo geral, as crianças desse grupo tinham suas necessidades emocionais respondidas, pois eram crianças que se apresentavam vinculadas a figuras de referências, seus cuidadores principais demonstravam apreciarem a companhia dos mesmos, observando-se a demonstração de afeto por meio de contato físico (abraços, subir no colo, etc.). Notava-se também, que tinham elegido algum adulto a quem podiam recorrer e que atendiam suas demandas e necessidades particulares.

Algumas dessas crianças, no entanto, viviam, ao mesmo tempo, com alguma frequência, situações em que eram expostas à experiência de medo e violência, dentro de suas casas. Nesse sentido, destacam-se crianças que eram testemunhas de violência conjugal (Laura - **Família H**, Tina - **Família I**) ou àquelas que eram vítimas de punição corporal e que viviam situações de medo, dor, raiva e sentimentos de desvaler...

Ainda, como no caso específico de Kevin (**Família M**) que, eventualmente e de modo inesperado, era visitado por sua mãe⁴², o que lhe causava uma gama de emoções, que nitidamente repercutiam em seu comportamento manifesto, em casa e na escola.

2- Risco ou presença de consequências ao desenvolvimento infantil

Algumas crianças desse grupo, por viverem, em suas casas, situações de violência, como a violência conjugal ou abuso físico apresentavam risco à integridade física, sendo que para a maioria também se detectou consequências já manifestas em nível comportamental.

- **Risco à integridade Física**

Como já assinalado, algumas das crianças desse grupo viviam algum tipo de violência dentro de casa, o que implicava, em algum grau, risco a sua integridade física. Por exemplo, Renata (**Família L**) de apenas 5 anos vivenciava, ocasionalmente, punição corporal exagerada

⁴² A mãe de Kevin havia perdido sua guarda por maus-tratos, sendo por isso que ele vivia somente com o pai e Ava paterna.

o que era alvo de preocupação dos vizinhos: “*qualquer dia desses ela mata a menina de tanto bater*”. Outras crianças como Laura da **Família H** ou Tina da **Família I**, por vezes, foram agredidas pelos pais (empurrada bruscamente na parede, por exemplo) ao tentarem defender as mães durante episódios de violência conjugal.

- **Consequências comportamentais**

Todas as crianças do grupo 3 apresentavam algum tipo de problema de comportamento. Observa-se, porém, que algumas das crianças apresentam um maior número de problemas, sendo estes mais significativos (atingindo níveis clínicos), como Bruna da **Família G** ou Kevin da **Família M**. Em outras crianças, os problemas aparecem de forma mais discreta (nível limítrofe) e/ou situacional (manifestando-se em apenas um ambiente: casa ou escola) como, por exemplo, no caso de Laura da **Família H**, (limítrofe), Marcelo da **Família J**, Renata da **Família L**. (situacional)

O Quadro 11 apresenta os resultados da avaliação comportamental das crianças do grupo 3 realizada pelas mães e professores a partir do CBCL e TRF.

Crianças/famílias	Problemas de Comportamento (CBCL)	Problemas de Comportamento (TRF)
Bruna (Família G)	Nível limítrofe para Problemas Externalizados . Nível clínico Problemas Sociais .	Níveis clínicos para Problemas Internalizados e Externalizados . Níveis clínicos para Problemas de Pensamento, Problemas de Atenção, Comportamento de Desrepeito às Regras e Comportamento Agressivo . Nível limítrofe para de “ Ansiedade/Depressão ” e Problemas psicossomáticos .
Laura (Família H)	Nível limítrofe para Problemas Internalizados e nível clínico para Problemas Externalizados . Limítrofe para Problemas de Atenção .	Limítrofe para Problemas Externalizados . Escore em níveis normais na escala de síndromes.
Tina (Família I)	Nível limítrofe para Problemas Internalizados . Escore em todas as escalas de síndromes em níveis normais .	Nível clínico para Problemas Internalizados . Nível clínico para Problemas de Retraimento e Depressão .
Marcelo (Família J)	Limítrofe para Problemas de Atenção e Problemas Sociais .	Todos os escores estavam em níveis normais .
Renata (Família L)	Todos os escores estavam em níveis normais .	Nível clínico para Problemas Internalizados e Problemas Externalizados . Nível limítrofe para problemas de Ansiedade/depressão e Problemas de natureza agressiva .
Kevin (Família M)	Nível clínico para Problemas Externalizados e limítrofe para Problemas Internalizados . Níveis clínicos para Comportamento Agressivo e Comportamento Delinquente . Limítrofe para Problemas de Atenção .	Níveis Clínicos para Problemas Internalizados e Problemas Externalizados . Nível Clínico para Problemas de Atenção, Problemas Sociais, Comportamento de quebra de regra, Comportamento Agressivo . Nível limítrofe para problemas de Ansiedade/depressão . Escore preocupante no que diz respeito a Problemas de Atenção (Hiperatividade e Impulsividade) .

Quadro 11: Problemas comportamentais apresentados pelas crianças do grupo 3 a partir da avaliação das mães (CBCL) e professoras (TRF)

Pode-se dizer que os problemas de comportamento manifestados, especificamente, por duas das crianças da pré-escola (Renata da **Família L** e Kevin da **Família M**), destacavam-se na visão dos professores, seja pelo nível de agressividade, seja pelo desafio que representavam à figura de autoridade: “*disciplina, desobediência, bate muito*” (professora de Renata da **Família L**). Devido ao comportamento perturbador que as crianças apresentavam, ao longo do período de pesquisa, houve novas notificações da escola ao Conselho Tutelar, de forma que pôde-se observar o início de uma dinâmica semelhante à vivida pelas famílias do grupo 2 (este aspecto será melhor discutido no **item 1** referente aos MECANISMOS).

Um ponto em comum das crianças desse grupo, no entanto, era que apresentavam também muitas características e comportamentos avaliados positivamente, que eram adaptativos. Eram crianças que gostavam de brincar e se interessavam por atividades lúdicas, pareciam muito inteligentes, entendendo e aprendendo facilmente regras de jogos, eram observadoras, gostavam de estar com outras crianças e tinham amigos (mesmo Tina da **Família I** que, embora apresentasse muita timidez e dificuldade de se relacionar com outras crianças na escola, mantinha bons relacionamentos com as irmãs e com algumas outras meninas da vizinhança). Esses aspectos positivos eram reconhecidos pelas professoras das crianças, que conseguiam enxergar qualidades nas crianças com facilidade:

“*Bom humor e simpatia*” (Professora de Kevin da **Família M**).

“*Atenciosa, curiosa, desafiadora e atende aos trabalhos de acordo com sua idade*” (Professora de Renata **Família L**).

“*É uma criança muito carinhosa*” (Professora de Marcelo da **Família J**)

“*Tem muita facilidade em aprender*” (professora de Laura da **Família H**).

“*Apesar de ser bem tímida, ela aprende muito rápido*” (Professora de Tina da **Família I**).

3- Capacidade Parental e/ou do entorno social para dar respostas às necessidades infantis

Observa-se que a maioria dos **pais/cuidadores** dessas famílias, juntamente com o entorno social proximal, eram capazes de responder às necessidades físicas e, em grande parte, às necessidades educativas e psicológicas das crianças. Algumas famílias apresentavam mais dificuldades, principalmente em relação às necessidades educativas ou psicológicas, mas verificava-se esforço e empenho dos pais.

- **Capacidade de responder às necessidades físicas**

Nessas famílias, verificou-se a **capacidade parental** juntamente com o **entorno social proximal** (principalmente a família estendida) de responder às necessidades físicas de suas crianças. Assim, os adultos que vinham ao encontro de suas necessidades, responsabilizavam-se por oferecer-lhes refeições regulares e nutritivas⁴³, cuidavam da higiene (lavando as roupas, mantendo os quartos limpos, cuidando do banho das crianças), da saúde (não havia sinais de ferimentos ou doenças não tratadas, ao contrário, as famílias buscavam tratamento médico para sinais de doença como diarreia e deficiência de vitaminas), observavam-se cuidados em relação à supervisão/segurança (as crianças desse grupo nunca eram vistas na rua desacompanhadas de um adulto ou sem que o adulto soubesse onde elas estavam brincando; havia um adulto responsável em levá-las e buscá-las à escola). Os responsáveis também se mostraram capazes de proteger as crianças contra abusos de natureza sexual, como no caso das mães da **Família H** e da **Família I**, que notificaram episódios de abuso sexual que aconteciam ou aconteceram dentro da família⁴⁴.

- **Capacidade de resposta à maioria das necessidades educativas**

No que diz respeito à capacidade dos cuidadores de responderem às necessidades educativas, verificou-se que estes eram capazes de responder a uma grande parte delas. Observou-se, contudo, que principalmente as necessidades relativas à socialização, atinentes ao comportamento social, e as relativas à escolarização, aprendizagens de conteúdo acadêmico, não eram respondidas satisfatoriamente/adequadamente, pois, apesar do empenho dos cuidadores, essas talvez requeressem serviços de apoio específicos que os ajudasse nesse domínio. Ainda, esses cuidadores mostravam dificuldades em relação à disciplina das crianças, por fazerem uso excessivo de punição corporal (**Família M**, **Família L**).

Por exemplo, os pais desse grupo eram capazes de responder a necessidades de educação se preocupando com a escolarização da criança, indo a reuniões escolares (ou mandando representantes, pois, na maioria das vezes, aconteciam no horário comercial quando os pais trabalhavam), tendo interesse pelos trabalhos escolares e notas da criança e cuidando do material escolar dos filhos. Eles também se preocupavam com a transmissão de

⁴³ Algumas dessas crianças viviam em situação de pobreza, e provavelmente, não ingeriam a quantidade de proteínas e vitaminas necessárias em suas casas (oferta de leite ou carne era limitada, por exemplo). Para muitas das crianças havia necessidade de complementar a alimentação de casa com aquela oferecida pela escola para responder a necessidade de nutrição.

⁴⁴ O abuso sexual notificado pela genitora da **Família I** foi averiguado pelo Conselho Tutelar e confirmado (houve prisão do abusador), enquanto que a notificação do abuso sexual vivido pela criança da **Família H**, não teve qualquer consequência. Ambos os abusos foram cometidos pelos padrastos das crianças. Como o casal continuava co-habitando, a criança continuava em risco.

valores morais (como honestidade, respeito ao próximo e atenção ao outro), corrigindo os filhos quando tinham sido mal-educados com irmãos ou amigos, ou quando tinham pego algo de um colega na escola. Nessas famílias, também se observava empenho dos cuidadores para prover as crianças estimulação, por meio de lazer (pequenos passeios, como visitar um parente em outra cidade, ir à praça quando tinha alguma atividade infantil, participando de festas juninas na escola, dando brinquedos, sendo que esses, na casa dessas famílias, ficavam à vista e eram utilizados pelas crianças).

No entanto, no que diz respeito às necessidades relativas à escolarização e educacionais em termos de comportamento social, pôde-se observar que a maioria das famílias apresentava dificuldades para lidar com as mesmas. Por exemplo, em relação às necessidades relativas às dificuldades de aprendizagem, mesmo valorizando o processo de escolarização das crianças, alguns desses pais apresentavam, eles próprios, dificuldades nesse aspecto (tinham dificuldades na escrita e leitura ou eram eles mesmos analfabetos (Cláudia da **Família G**, Marisa da **Família J**, Amanda da **Família I**, Dona Sebastiana da **Família M**), o que fazia com que se sentissem inseguros e não aptos a ajudar/estimular mais suas crianças nesse aspecto⁴⁵.

Em relação às necessidades de socialização, pode-se dizer que a maioria dos cuidadores também não dispunha de muitas habilidades e técnicas de disciplina (usando frequentemente a punição corporal) e nem tinham acesso a informações/orientações quanto ao manejo do comportamento social infantil. Além disso, como foi apontado, esses pais não contavam com serviços de apoio específico⁴⁶ disponíveis para ajudá-los a responder necessidades comportamentais e de aprendizagem dos filhos. Vale dizer que a maioria dos pais desse grupo, que tinham filhos com problemas de comportamento, procuravam ativamente a pesquisadora para solicitarem ajuda e, nesse sentido, esperavam e se organizavam para estarem disponíveis nas visitas domiciliares realizadas, contando eventos e pedindo orientações sobre disciplina e manejo das dificuldades escolares dos filhos (**Família G**, **Família H**, **Família J**, **Família M**).

⁴⁵ Neste terceiro grupo, pôde-se observar que, em muitas famílias, o (a) filho(a) ou um primo(a) mais velho tinha um papel nas respostas às necessidades das crianças. No entanto, diferentemente do primeiro grupo, não havia uma simples transferência de responsabilidades e sim uma dinâmica de cooperação. Dado o número de filhos ou a ausência de recursos de apoio, os cuidadores dependiam da ajuda dos filhos mais velhos, mas estavam sempre presentes por meio da demanda de tarefas a serem cumpridas e da supervisão das mesmas: “*aqui, minha mãe é a diretora, nós somos as professoras e o Marcelo é o aluno*” (irmã mais velha de Marcelo, **Família J**).

⁴⁶ Como já assinalado, existia uma única psicóloga infantil na cidade, que pertencia à saúde, e que tinha uma longa lista de espera.

- **Capacidade de resposta a maioria das necessidades psicológicas**

As famílias das crianças do terceiro grupo também apresentavam capacidade de responder, satisfatoriamente, a uma gama de necessidades psicológicas, mas algumas famílias falhavam em alguns aspectos. Os cuidadores dessas crianças (incluindo avós e tios, que também participavam ativamente dos cuidados dispensados às crianças) eram afetuosos e atenciosos com a criança, permitiam o contato físico (colo, abraços), mostravam-se sensíveis aos sentimentos manifestados (percebiam quando a criança estava triste ou muito feliz), nunca deixavam as crianças sozinhas e entregues a si próprias (solitárias), sabiam do que os filhos gostavam ou não, e conseguiam descrever a criança em suas particularidades: “*muito manhosa... é a mais ciumenta das irmãs*” (Cláudia da **Família G**), “*(...) porque eu era inteligente como Laura quando eu era criança, eu tinha facilidade... Laura puxou para mim, tem muita facilidade...*” (Isabela da **Família H**).

Particularmente, as famílias que se utilizavam de punição corporal, deixavam de responder a necessidades ligadas à estabilidade, proteção contra o medo, dor, desenvolvimento da auto-estima, auto-conceito.

Outra parte das necessidades psicológicas dessas crianças, ainda permanecia sem resposta, mesmo frente a tentativas feitas pela mãe, pai, membros da família extensa. Por exemplo, Laura da **Família H** era frequentemente testemunha de **violência conjugal** e, embora, se observa cuidados da genitora em protegê-la da situação, mandando sempre os filhos para a casa da avó quando as brigas começavam, ou chamando a polícia⁴⁷ em alguns dos episódios, os filhos acabavam sempre testemunhando e vivendo o estresse associados a estas situações, mesmo se em algumas das vezes, não tivessem assistido diretamente uma situação de briga.

Outro exemplo é o de Renata da **Família L**, que vivia a instabilidade da mãe que, em certos períodos, era capaz de cuidar da filha, mas que em outros, não se sentia capaz, mandando-a para a casa do pai⁴⁸. Kevin da **Família M** também parecia sofrer com o afastamento da figura materna, que reaparecia de tempos em tempos (pois havia perdido sua guarda devido a episódios de maus-tratos físico e negligência quando ainda era um bebê). Marcelo da **Família J** convivia com o alcoolismo do pai, o que fazia com que este fosse, frequentemente, uma figura “ausente” (pouco disponível) na vida dos filhos.

⁴⁷ No que se refere às situações recorrentes de violência conjugal, pode-se dizer que as mães ou familiares das crianças regularmente chamavam a polícia durante os episódios. Esta, por sua vez, não aparecia ou quando aparecia não tomava qualquer atitude. Pode-se dizer que a ineficácia da polícia colaborava ativamente para a continuidade de exposição à violência conjugal pelas crianças. Frente a essa situação, os responsáveis se tornavam completamente impotentes.

⁴⁸ Como já foi assinalado, Renata da **Família L**, foi morar com o pai no final do período de pesquisa, uma vez que sua mãe não estava se sentindo capaz de cuidar da filha. A mãe relatou, que por outras duas vezes, precisou da ajuda dos avós de Renata ou do pai para ficarem com a criança “por uns tempos”. Durante esses períodos, a mãe, no entanto, mantinha contato com a filha por telefone, indo visitá-la nos finais de semana.

Dessa forma, pode-se dizer que, embora as famílias tentassem responder às necessidades psicológicas de suas crianças, havia muitas adversidades nos seus contextos de vida (alguns deles bastante crônicos e estáveis), que faziam com que essas crianças sempre tivessem necessidades emocionais não respondidas. A falta de resposta a essas necessidades parecia impactar o desenvolvimento das mesmas, como demonstrado no Quadro 10, acima.

MECANISMOS DE PRODUÇÃO

1- Relação Família - Entorno Social

Dada à maior participação do entorno social proximal nas respostas às necessidades das crianças desse grupo, pode-se dizer que a relação dos cuidadores dessas famílias com o entorno social era mais sólida que nos dois primeiros grupos. Embora em algumas das famílias, os cuidadores principais percebessem pouco apoio social, pôde-se observar que, na prática, elas contavam com mais apoio social do que as mães dos outros dois grupos. Essas genitoras eram mais satisfeitas com o local onde moravam e também tinham relações mais harmoniosas (ausência de conflitos), com freqüentação de amigos, vizinhança e parentes. Nessas também se observava a existência de relação entre a família e representantes de algumas instituições sociais.

• Presença de apoio social

O terceiro grupo de famílias foi aquele que percebia maior apoio social em comparação com os outros dois grupos (média de 60 pontos, variando de 90 pontos (**Família G**) a 22 pontos (**Família I**, que habitava isolada na zona rural e distante da família extensa), segundo os resultados do QAS.

É preciso, no entanto, informar que, mesmo com uma média maior que a dos outros grupos, as genitoras que responderam ao instrumento indicaram perceber o apoio disponível como pequeno. Para a maioria das dimensões avaliadas, elas responderam que “raramente” ou que “às vezes” tinham o apoio de que precisavam. De fato, a maioria das genitoras do terceiro grupo (como também do primeiro e segundo) não podiam contar com a pessoa que tinha a responsabilidade de mais ajudá-las e que poderia mais apoiá-las: o **pai** ou o **padrasto** das crianças, pesando-se nas famílias com essa configuração. Isso talvez justifique a percepção de pouco apoio social experienciado por essas genitoras⁴⁹.

⁴⁹ Com exceção da **Família G**, cujo padrasto participava ativamente no cuidado cotidiano das crianças e era uma fonte de apoio à mãe, os pais ou padrastos das outras famílias eram figuras ausentes, que não apoiavam as companheiras e nem compartilhavam as tarefas relativas aos cuidados das crianças (alguns contribuíam exclusivamente com a parte financeira, outros nem isso).

Ademais, essas famílias, como anteriormente assinalado, não contavam com serviços de apoio formal para várias necessidades do cotidiano como ter uma instituição para deixar as crianças no período oposto ao da escola.

Todas as famílias desse grupo, no entanto, contavam com alguma forma de **apoio social informal** do entorno social proximal com o qual se relacionavam. A **Família G**, por exemplo, contava com a ajuda da avó das crianças para ficar com elas no período oposto ao da escola, como também de uma tia (irmã da mãe) que as levava e buscava na escola. A prima mais velha de Kevin da **Família M** ajudava a avó na supervisão (vigilância) do neto (levando e buscando na casa de amigos, indo ver onde estava brincando), como também nas tarefas da escola. A avó da **Família H** era responsável não só pela supervisão e alimentação das crianças após o período da escola, como também pela proteção, uma vez que quando o casal brigava, ela abrigava as crianças em sua casa. Os vizinhos da **Família J** ocasionalmente ajudavam essa família com alimentos, pois sabiam que a família precisava de auxílio devido à quantidade de crianças que tinha e do número pessoas que moravam na casa. Isabela da **Família H** era quem, muitas vezes, ajudava Amanda da **Família I**, que ia até a sua casa pedir ajuda quando faltava alimento (as duas mães eram amigas, pois já tinham sido vizinhas anteriormente). Júlia da **Família L** contava com a ajuda de uma tia e de um vizinho que sempre ficavam com a criança quando precisava sair e que a apoiavam em diversas outras tarefas⁵⁰. Nessas famílias, de forma geral, eram também as avós ou alguma tia das crianças que eram as responsáveis por irem a reuniões escolares, uma vez que essas aconteciam no horário que as mães estavam trabalhando. **O apoio social atual recebido por estas famílias, era essencial para oferecer respostas satisfatórias às necessidades de suas crianças.**

- **Satisfação com o local onde moram e as pessoas que convivem**

As famílias desse grupo relatavam satisfação com o bairro onde moravam e, segundo elas, podiam contar com os serviços ali existentes (creche e posto de saúde), e com as pessoas da vizinhança mesmo que não fosse “sempre”, apenas “às vezes”⁵¹.

⁵⁰ O vizinho de longa data considerado “*como um pai*” por Júlia, emprestava o seu banheiro para que mãe e filha utilizassem (pois a casa em que a família morava não tinha banheiro depois que a Júlia a dividiu com o seu irmão) como também ajudava-a na construção de um banheiro nos finais de semana. A tia Rosa (tia de Júlia), oferecia pequenos serviços à genitora (como passar roupas e limpar o quintal), pois sabia que precisava de dinheiro. Mãe e filha também jantavam frequentemente na casa da tia em períodos de desemprego. Sua filha Renata freqüentava essas duas casas nos horários livres, seja brincando com os “primos” na casa da tia seja assistindo DVDs no final de semana na casa do vizinho.

⁵¹ A exceção desse grupo, diz respeito à **Família I** que se dizia **insatisfeita** com o local onde morava, por ser tratar de uma zona rural onde não existia nenhum serviço por perto e nem vizinhos (a família era a única residente na propriedade). Dessa forma, a genitora relatava que, quando precisava de ajuda, não tinha a quem recorrer.

- **Relacionamento harmonioso (sem conflitos) com a família extensa e entorno social proximal (vizinhança)**

Estas famílias tinham um bom relacionamento com a **família extensa**, mantendo contatos regulares com ela, podendo-se observar visitas frequentes de parentes à casa da família ou da família à dos parentes. Pode-se pensar que, a boa relação atual dessas mães com a família extensa, estava associada ao bom relacionamento e cuidados recebidos durante a infância. As mães desse grupo relataram que tiveram uma boa relação com os pais durante a infância, que tinham sentimentos positivos por eles (principalmente pela mãe), já que sempre foram cuidadas adequadamente (em relação à alimentação, higiene e cuidados recebidos quando estavam doentes)⁵². Três das genitoras desse grupo de famílias relataram que nunca receberam punição corporal na infância (**Família I**, **Família J** e **Família M**). As outras famílias relataram terem sido punidas fisicamente, principalmente pelo pai, e que, muitas vezes, este deixava marcas.

No que diz respeito à relação dessas famílias com a vizinhança, esta era ocasional (não muito íntima, nem muito frequente, segundo elas próprias), mas harmoniosa (não havia conflitos ou desavenças, os vizinhos se cumprimentavam e trocavam pequenas informações ou conversas corriqueiras, ao se encontrarem)⁵³.

- **Melhor relacionamento com as instituições sociais**

Nessas famílias, observou-se a existência de relacionamento com representantes de instituições/programas, sendo esse razoável. É importante frisar que a maioria dos cuidadores dessas famílias cumpria com exigências estabelecidas nas demandas feitas por essas instituições. Com relação a determinadas regras de programas da saúde e da assistência social

⁵² A exceção nesse aspecto é Júlia da **Família L**. Esta mãe não se relacionava com seus pais e irmão, vivendo um rompimento com a família extensa. Júlia relatou que fora abusada sexualmente pelo pai durante anos na sua infância, sem que ninguém acreditasse no que ela dizia. Quando era adolescente o pai fora preso (após uma denúncia) porque na ocasião havia no município uma “delegada mulher”, que levou em conta a denúncia. Quando saiu da prisão os pais mudaram de município deixando a residência para Júlia e o irmão dividirem. Desde então, Júlia não mantinha mais contato com os pais e nem era próxima de seu irmão. Quando falava de sua infância, Júlia relatava sentimentos de muita tristeza: “*muito triste e ruim*” e de que “*não foi amada como deveria*”. Por seus pais, dizia ter somente sentimentos negativos.

⁵³ Novamente, Júlia (**Família L**) era uma exceção nesse grupo. Esta tinha frequentes conflitos com parte da vizinhança (com provocações cotidianas), embora contasse com pessoas do entorno social proximal as quais confiava e mantinha um bom relacionamento, como uma tia que morava muito próxima e um vizinho. Parte dos problemas de relacionamento desta mãe com o entorno parecia associado a características pessoais dela, como um temperamento fechado, humor explosivo, desconfiança, baixa tolerância a frustração. A própria genitora se definia como “*cabeça quente*” e era considerada pelo entorno social como uma pessoa “*briguenta, encraveira*” e também “*instável*” no que diz respeito ao humor e à qualidade da relação que mantinha com as outras pessoas: “*Ela é meio dasajustada...ela não é normal não, né? Cada dia tá de um jeito... tem dia que vem aqui na escola, conversa direitinho, tem dia que liga xingando todo mundo, dando um escândalo... a gente aqui nem liga mais, a gente sabe como ela é.*” (coordenadora da escola de Renata - **Família L**).

e mesmo com relação à escola, por exemplo, as famílias eram adequadas: suas crianças não pediam nas ruas, suas residências eram limpas e organizadas, suas crianças não ficavam doentes com frequência e, quando ficavam, era seguida a orientação médica, elas freqüentavam assiduamente à escola.

Como foi assinalado, as crianças Renata (**Família L**) e Kevin (**Família M**) eram alvo de queixas intensas por parte da escola, devido aos problemas de comportamento que essas crianças apresentavam no ambiente escolar. Podia-se observar, dessa forma, o início de uma dinâmica semelhante àquela vivenciada pelas famílias do Grupo 2, ou seja, as reações da escola frente aos problemas de comportamento das crianças acabavam por impactar as relações dentro da família (com conseqüências na interação cuidador/criança) como também a relação família-escola.

Vale, contudo, informar que nesses casos, pôde-se observar desfechos, tendo esses sido diferentes daquilo que se consolidava no grupo 2. No caso de Kevin, da **Família M**, conseguiu-se estabelecer diálogo e cooperação entre a pré-escola e os responsáveis de forma a acabar com a transferência de responsabilidade de um ao outro (escola- pais)⁵⁴ e pensar em intervenções, nos dois ambientes, que diminuíssem os problemas de comportamento da criança⁵⁵.

2- Interação Cuidadores -Criança

Neste terceiro grupo, pôde-se observar uma maior frequência de interações entre cuidadores e crianças. No que diz respeito à qualidade das interações, estas eram predominantemente positivas, mas se observavam também interações negativas, marcadas principalmente por punições corporais (técnica de disciplina utilizada por muitas famílias). Além disso, as crianças desse grupo, por terem relações sociais com outros adultos de confiança, além dos genitores, eram mais estimuladas, vivenciando uma frequência de interações positivas significativa.

⁵⁴ Os conflitos entre família e escola começavam por acusações mútuas devido a incidentes ocorridos no ambiente escolar, estando a relação família-escola estremecida. Dentro disso, a criança e seus problemas tinham sido perdidos de vista: *“Tudo bem, eu sei que ele é artreiro, mas tudo agora virou culpa dele. Tudo que acontece é culpa dele... Esses dias sumiu o estojo de canetinhas do colega, e estão acusando Kevin. Eu olho a mochila dele todos os dias antes de ir para a escola e depois da escola, quando chega com alguma coisa diferente eu aviso. Mas nunca o Kevin apareceu com canetinhas. Só porque o moleque falou que era o Kevin, é ele? Agora tão querendo que eu compre outro, mas eu não tenho dinheiro não...”* (Sebastiana, avó de Kevin da **Família M**).

⁵⁵ No caso de Renata, da **Família L**, pode-se dizer que o desfecho só não foi parecido com aquele do Grupo 2, pois a mãe, frente ao sentimento de incompetência e desgaste que a filha e seus problemas representavam (reclamações todos os dias) resolveu tirá-la da escola e decidiu que Renata viveria com o pai, em uma cidade próxima *“por uns tempos”*. Essa mãe, mantinha o vínculo com a filha, através de visitas nos finais de semana e telefonemas durante a semana.

- **Interações positivas e maior estimulação das crianças**

Nessas famílias, interações entre cuidadores e crianças podiam ser observadas com muito mais frequência durante as visitas domiciliares. Por exemplo, as crianças tinham mais contato físico com a mãe, deitando-se no colo dela, abraçando-a durante as visitas domiciliares. As mães ou cuidadores dessas famílias também podiam ser vistos, frequentemente, em companhia das crianças quando iam ao mercado, na casa de alguém. No final da tarde, a maioria das mães tinha o hábito de ficar na calçada, vendo os filhos brincarem e conversando com vizinhos ou parentes. Observavam-se também, atividades em conjunto, como ver programas de televisão, fazer visitas a parentes ou pequenos passeios e ir a igreja juntos.

Neste grupo de famílias, todos os cuidadores apresentaram uma taxa considerada média-alta de estimulação interacional que variava entre 61% a 69% como apontaram os resultados da avaliação realizada a partir do HOME. Pode-se dizer, no entanto, que o diálogo entre os pais e crianças sob os acontecimentos do dia a dia não é um hábito, aparecendo de modo muito tímido em poucas das famílias abarcadas por esse estudo. Uma exceção era a **Família G**, cujos cuidadores demonstravam, mais ativamente, interesse pelos eventos cotidianos vividos pelos filhos na escola, na casa da avó, etc.

De todo modo, todas as crianças desse grupo pareciam apegadas aos cuidadores principais, demonstrando alegria quando os viam, após chegarem do trabalho, por exemplo.

Há de se destacar, no entanto, que a presença de fatores adversos, como a violência conjugal, impactava diretamente a disponibilidade emocional da mãe em relação às crianças (e, conseqüentemente o nível de estimulação oferecido, como também o número de interações positivas). Após episódios de violência conjugal, por exemplo, Isabela (**Família I**), recolhia-se em um quarto, sozinha, relatava nervosismo, sentimento de confusão e falta de motivação: “*sem ânimo para nada*”. Nesses períodos, observava-se que a mãe gritava mais com as crianças, pois se dizia “*sem paciência nenhuma*”. Havia períodos também, que Júlia da **Família L**, demonstrava menos disponibilidade emocional em relação à filha (tinha menos paciência, ficava muito nervosa) devido a problemas pessoais (briga com o namorado, conflito com amigas) associado a um maior consumo de bebidas alcoólicas e necessidade de se divertir. Notava-se, contudo, conforme o já mencionado, a presença de apoio social, ou seja, de outros adultos significativos, do entorno, que cumpria algumas funções parentais/de cuidado, nessas famílias, fazia com que as crianças, mesmo sem poder contar com a figura da mãe, tivessem respostas as suas necessidades desenvolvimentais.

- **Presença de punição corporal**

Todas as famílias desse grupo utilizavam ocasionalmente a punição corporal como método de disciplina. Pode-se dizer que a punição corporal era usada para corrigir um comportamento considerado negativo pelos pais, para “disciplinar” a criança. A frequência de punição corporal nessas famílias parecia associada às poucas habilidades para o manejo do comportamento infantil, principalmente quando a criança representava para esses pais uma grande fonte de estresse (**Família M, Família H**).

Ademais, observava-se que as habilidades eram limitadas, nesses cuidadores, para o manejo do comportamento infantil, devido à baixa frequência de respostas a comportamentos positivos emitidos pelas crianças. Os cuidadores respondiam com muito mais frequência a comportamentos inadequados da criança (agindo no sentido de dar broncas, castigos ou punição corporal). Como já assinalado, muitos cuidadores dessas famílias, frente às dificuldades no tocante aos problemas de comportamento das crianças, buscavam ajuda com a pesquisadora que, naquele momento, era a única fonte de apoio, nesse sentido.

Tais dificuldades faziam com que alguns dos cuidadores (**Família G, Família H, Família I e Família G**) se percebessem como incompetentes, “desgastados” como apontaram os resultados do ISP: *“ultimamente, não sei o que tá acontecendo, essas crianças estão dando muito trabalho e eu não sei o que fazer”* (Cláudia - **Família G**).

Embora a punição corporal fosse uma técnica de disciplina utilizada, ocasionalmente, por todas as famílias, é preciso considerar que alguns dos cuidadores do grupo 3 faziam um uso que pode ser considerado abusivo (Júlia - **Família L** e Diogo - **Família M**). Vale informar que, durante o acompanhamento das famílias, no quadro das intervenções de ajuda implementadas na pesquisa, observou-se que Diogo (**Família M**) conseguiu lançar mão de punição corporal, com menos frequência e, gradativamente, adotava outras estratégias de disciplinas, ao passo que Júlia⁵⁶ (**Família L**) continuou apresentando dificuldades significativas em relação à disciplina da filha, punindo a criança cada vez mais severamente, comportamento que parecia associado a altas expectativas que mantinha em relação ao comportamento da criança, incompatíveis com a idade da criança: *“eu disse que se fosse pra sair não era para se sujar, mas ela (Renata) vai lá e se suja mesmo eu falando... aí tem que apanhar para aprender mesmo, não aprende quando a gente fala”*.

A punição corporal, quando era percebida como “abusiva” pelo entorno social proximal, gerava reações, como novas notificações ao Conselho Tutelar, por abuso físico: *“qualquer dias desses ela mata a menina de tanto bater”* (vizinha de Júlia- **Família L**).

⁵⁶ Júlia (**Família M**) parou de participar da pesquisa em meados de agosto (após 5 meses de participação), mas permitiu que sua filha continuasse participando das atividades realizadas pela pesquisadora.

4. DISCUSSÃO

Por meio da presente pesquisa propôs-se estudar o fenômeno da negligência infantil, com base em dados empíricos, no contexto brasileiro. O objetivo era investigar situações notificadas como negligência e, à luz da conceituação proposta por Lacharité et al., (2006), observar a manifestação do fenômeno, de modo a melhor compreendê-lo em nossa realidade e, assim, contribuir para o estabelecimento de parâmetros de avaliação do problema.

Na definição proposta por esses autores, a negligência manifesta corresponde às três condições abaixo, quando presentes concomitantemente:

- 1) Crianças com necessidades não respondidas;
- 2) riscos significativos e/ou efetivas negativas no desenvolvimento infantil;
- 3) dificuldade significativa ou incapacidade parental e do entorno social proximal de responder às necessidades infantis, de forma circunstancial ou crônica;

Por trás de tais condições, dentro do referencial adotado, podem-se identificar dois mecanismos específicos de produção da negligência: um relativo a uma perturbação na relação família-coletividade, e outro, relativo a uma perturbação na relação entre cuidadores-criança.

Feito o esforço para dispor de indicadores pertinentes, a aplicação desse crivo possibilitou encontrar três grupos distintos na realidade estudada: um denominado “Negligência Confirmada”; outro, “Risco de Negligência”; e um último, “Negligência Não Confirmada”. No mais, a descrição detalhada das variáveis atinentes aos indicadores e da possível articulação existente entre elas, especificamente no tocante aos dois primeiros grupos, permitiu vislumbrar alguns dos processos por meio dos quais se transita dos fatores de risco aos mecanismos de produção e, destes, à manifestação do fenômeno propriamente dito, o que propiciou uma melhor compreensão dele.

A seguir, os resultados obtidos serão discutidos de forma sistemática focalizando os grupos descritos tanto em particular quanto em conjunto; pontuando suas características em relação aos critérios de manifestação e aos mecanismos de produção do problema; visando, por fim, tecer considerações sobre a realidade estudada e sublinhar processos relacionados à negligência infantil, tal qual essa parece manifestar-se no contexto sociocultural brasileiro.

A Negligência Confirmada: crônica ou circunstancial / Grupo 1

Frente ao conjunto de informações relativas às famílias, salta aos olhos a pior condição em que se encontravam as crianças reunidas no Grupo “Negligência Confirmada”. As crianças dessas famílias eram as que apresentavam maior gama de necessidades não respondidas (necessidades de natureza física, educativa e psicológica), sendo que as respondidas o eram de uma forma mínima, de modo a garantir tão somente a sobrevivência.

O impacto da falta de respostas às diferentes necessidades desenvolvimentais neste grupo se fez evidente, tendo-se verificado um grande número de consequências negativas no plano comportamental, emocional e social, seja pelas observações, seja pelas avaliações realizadas com os instrumentos padronizados (CBCL e TRF). Além disso, algumas das crianças deste grupo apresentavam desenvolvimento físico comprometido, e outras viviam situações de risco significativo com relação à própria integridade física e psicológica. Como exemplo, apresentavam doenças não tratadas, com complicações; ou ainda, a probabilidade de serem abusadas em outros contextos, devido à ausência de proteção/supervisão, por ficarem sozinhas por longos períodos, em casa ou perambulando pelas ruas, interagindo com estranhos, conforme corrobora os apontamentos feitos por Sedlak et Broadhurst, 1996; Trocmé, Tourigny, McLaurin et Fallon, 2003; Vagostello, 2002; USDHHS, 2009. Pesquisas apontam que o efeito cumulativo da falta crônica de resposta às necessidades infantis faz com que o impacto negativo manifestado no desenvolvimento de crianças negligenciadas seja maior e mais amplo do que naquelas que não sofrem negligência (Gaudin, 1999; Éthier, Bourassa, Klapper & Dionne, 2006; Éthier, Lamelin & Lacharité, 2004).

Na presente pesquisa, verificou-se que a condição de negligência para algumas das crianças se prolongava no tempo dispondo-se de indicações de que a viviam desde muito pequenas. Em determinado caso, a situação de “descuido” se apresentava desde o período pré-natal (como no caso de Inácio, na família **Família C**), denotando a possibilidade de o problema caracterizar-se pelo agravante da cronicidade. Sabe-se que quanto mais nova a criança, maior a sua vulnerabilidade a situações de maus-tratos, sendo que a vivência de negligência nas idades iniciais parece ter um impacto mais danoso no desenvolvimento infantil (Connel-Carrick e Scannapieco, 2006; Horton & Cruise, 2001; Bringiotti, 2000; Palácios et al., 1998), incluindo danos no cérebro (Glaser, 2000; Bellis, 2005). No que diz respeito particularmente à “negligência pré-natal”, estudos têm enfatizado a alta probabilidade de danos no cérebro da criança, causados, geralmente, pela exposição ao álcool e/ou a outras drogas já no útero da mãe, sendo que esses concorreriam para a apresentação de dificuldades de atenção, memória, resolução de problemas e desenvolvimento do pensamento abstrato

(USDHHS, 2006), o que implicam em alta probabilidade de problema adaptativos e consequente acumulação de déficits sequenciais.

Ampliando a análise para o grupo de irmãos mais velhos, a situação de negligência crônica experimentada por alguns deles, ofereceu elementos para vislumbrar também os possíveis impactos do problema em longo prazo. Por exemplo, o irmão mais velho na **Família A**, assim como a irmã mais velha na **Família B**, começavam a apresentar comportamentos antisociais, cometendo pequenos delitos. Estas reações sociais negativas, por sua vez implicam uma cadeia de acontecimentos e novas consequências, dando pistas para uma possível trajetória desenvolvimental ligadas a vivências de negligência precoces e crônicas (Gaudin, 1999; WHO/ISPCAN, 2006).

Em relação à situação em que a negligência foi considerada como circunstancial, o fato de as crianças terem tido suas necessidades respondidas em um período anterior, parece diminuir a vulnerabilidade à negligência, sendo o impacto, portanto, menos numeroso e drástico. Vale frisar que na situação circunstancial, as consequências parecem ser de natureza internalizante, como queixas psicossomáticas, enurese, tristeza e timidez/isolamento, um padrão diferente daquele apresentado pelas crianças do subgrupo crônico.

Pode-se dizer também que o risco em relação à integridade física na negligência circunstancial é menor e, embora falte supervisão por parte de adultos, denota-se nas crianças maior capacidade de pedir ajuda e de se proteger ou evitar perigos. O contraste destes elementos com aqueles que caracterizam o subgrupo crônico evidencia que a avaliação do risco de dano depende não somente da idade da criança, mas também de suas capacidades desenvolvimentais (Hymel, 2011).

No que se refere à capacidade parental e/ou do entorno social para dar respostas às necessidades infantis, os resultados apontaram que o grupo em questão se diferenciava substancialmente dos outros dois grupos. No quadro da “Negligência Confirmada”, pôde-se constatar dificuldade significativa ou mesmo incapacidade dos adultos cuidadores de responderem às necessidades de suas crianças. Não eram capazes de responder de forma estável às necessidades de natureza física, educativa e psicológica. Nessas famílias, observou-se também que os adultos apresentavam uma tendência a transferir as responsabilidades atinentes ao desempenho das funções parentais. Em alguns casos, a responsabilidade era transferida a outro adulto, que, em geral, também apresentava dificuldades. E em outros a uma criança mais velha ou a um adolescente, integrante da família, o que fazia com que a situação de necessidades não atendidas ou atendidas de modo insatisfatório perdurasse.

Embora nos grupos em que a negligência não se encontrava instalada (**Grupo 2 e Grupo 3**) tinha-se igualmente verificado a prática de recorrer às crianças mais velhas, tais recursos era usado mais como ajuda, numa lógica de compartilhamento de tarefas, dentro da família, do que como substituição do(s) adulto(s).

Pode-se pensar, do ponto de vista infantil, que se a transferência de responsabilidade de cuidados a serem recebidos envolvesse pessoas, no entorno social proximal, com capacidade para responder adequadamente às necessidades, não haveria problema. Todavia, outra característica marcante do grupo “Negligência Confirmada”, o isolamento social concorria para que as possibilidades nesse sentido fossem diminutas, ou seja, não havia muitas pessoas/adultos com quem contar. Com relação ao apoio social formal, ou seja, aquele oferecido por meio de instituições e/ou profissionais, pode-se dizer que, no caso das famílias reunidas no Grupo “Negligência Confirmada”, a ajuda, em geral, era ocasional e de natureza material (como a oferta de roupas e de alimentos/cesta básica).

É importante salientar que o isolamento social, tal qual o experimentado pelas famílias estudadas, parece resultar de um interjogo de elementos de condições subjetivas e objetivas. Assim, de um lado, em tais famílias preponderava uma insatisfação relativa às relações sociais: elas se diziam pouco satisfeitas com o bairro onde moravam e com as pessoas da vizinhança, as quais eram percebidas como pouco prestativas, e referiam não ter pessoas significativas que lhes fossem de confiança, nem mesmo dentro da família estendida, com quem pudessem contar. De outro lado, em termos objetivos, as interações com outros adultos, da vizinhança ou da família extensa, eram infrequentes, escassas, sendo os poucos relacionamentos mantidos perpassados por muitos conflitos.

Ainda, essas famílias, devido a algumas de suas características valoradas socialmente como negativas (pobreza associada a casas/residências mal conservadas, sujas e/ou desorganizadas), eram mal vistas pelo entorno social. E como agravante, alguns acontecimentos comuns nessas famílias colocavam-nas em evidência. Episódios de violência conjugal e eventual interferência policial, e até mesmo o modo de criar os filhos faziam com que fossem rechaçadas por membros da comunidade, contribuindo de forma contundente para fomentar a dificuldade em estabelecer e manter relações sociais significativas e que pudessem lhe servir de apoio social. Desse modo, em face dessas famílias formavam-se preconceitos e, sendo seu funcionamento julgado como “fora dos padrões”, eram gradativamente excluídas da própria comunidade ou nunca integradas. Nas palavras de Cruz (2004): “com hábitos não aceitos pela sua comunidade, pode ter gerado, antes da necessidade de apoio imediato, a crítica e o rechaço da comunidade” (p. 82).

Cumprir frisar que o **isolamento social** é uma variável fortemente associada às situações de negligência (Polansky et al., 1985; Garbarino & Collins, 1999; Sullivan, 2000; Lacharité, Éthier & Nolin, 2006; Lacharité, 2009; Bazon et al., 2010). Num contexto de isolamento social, as crianças de famílias em que os cuidadores são incapazes de responder às suas necessidades desenvolvimentais, ou o fazem de modo muito insatisfatório, permanecem sem respostas, pois ninguém mais vem ao seu encontro, o que seria diferente em um contexto de apoio social, em que arranjos informais de entre-ajuda se organizam espontaneamente.

Além disso, o isolamento colabora para que haja distanciamento dos pais/responsáveis dessas famílias de modelos parentais normativos. Esta distância dificulta a aprendizagem de comportamentos e de atitudes com relação à educação/cuidado de crianças no que é preconizado como bom/adequado na comunidade. Para Moraes e Eidt (1999) “*O isolamento consecutivo e a pobreza reforça o risco de negligência à medida que os pais são excluídos do funcionamento social e não tem acesso aos conhecimentos dos modelos de cuidados adequados para seus filhos*” (p.14).

Assim, depreende-se que o funcionamento destas famílias se caracteriza essencialmente por um movimento de retro-alimentação entre baixo apoio percebido/recebido e isolamento social, na linha do que já fora descrito na literatura como sendo uma dinâmica típica de “famílias negligentes” (Polansky et al.1985; Coohey, 1995).

Com base nos resultados obtidos com o presente estudo, o papel do “isolamento social”/“falta de apoio” na ativação dos mecanismos de produção da negligência – como a perturbação na relação família-comunidade e na relação cuidadores-crianças – também pode ser evidenciado. O caso da **Família D** é exemplar nesse sentido.

Nesta família, todos os quesitos requeridos para configurar a negligência foram preenchidos, a partir do momento em que a família / genitora perdera o apoio social com o qual contava e passara a experimentar isolamento social. A interrupção na oferta de “apoio social” (no caso, anteriormente ampla e fortemente garantida pela família extensa) e o rechaço pela comunidade (no caso, devido à avaliação negativa do comportamento da mãe), ao produzirem o isolamento, geraram consequências para além da diminuição da capacidade de responder às necessidades das crianças, inclusive às físicas. Isso provocou consequências psicológicas no cuidador, como o sentir-se “só” e “*vontade de largar tudo*”, que, em seu turno, incidiram sobre sua disponibilidade emocional para com as crianças e suas demandas. Observou-se a partir daí, uma significativa diminuição na frequência de interação adulto-criança. Vale lembrar que, a rigor, a negligência, pensada a partir de suas primeiras e mais simplistas definições, remete exatamente ao “não fazer” ou ao “deixar de fazer” do cuidador.

O que, em termos práticos, tem por indicador, a baixa taxa de interação adulto-criança. De acordo com a literatura, é patente que cuidadores negligentes falhem em estimular as crianças, sobretudo no plano verbal e social (Garbarino & Collins, 1999).

No grupo “Negligência Confirmada – Crônica”, supondo a atuação dos mecanismos em longo prazo, além da baixa taxa de interação adulto-criança (avaliada pelo HOME como as mais baixas do conjunto de famílias estudadas), notou-se que as interações, quando aconteciam, eram preponderantemente negativas. Isto porque os adultos, devido à baixa disponibilidade emocional (e o consequente distanciamento afetivo), pouco toleravam as crianças e suas demandas, sendo as ocasiões de interação muito propícias ao emprego de punição corporal. Nesta linha, pode-se pensar que, em alguns casos, a negligência é fator de risco para abusos físicos. Denotando-se, então, a partir de um dado momento, a co-ocorrência das duas problemáticas, o que avoluma o número e intensidade de consequências negativas ao desenvolvimento infantil. Nesse tocante, a situação vivenciada por Inácio (**Família C**) parece exemplar.

Com relação aos fatores de risco associados à negligência, vale sublinhar que, de forma geral, nos três grupos descritos nos resultados do presente estudo, encontra-se basicamente a mesma gama de problemas. Fatores como dificuldades econômicas, grande número de filhos, violência conjugal, criança com problemas de comportamento, abuso de álcool e outras drogas estavam presentes para determinadas famílias nos três grupos. No entanto, na “Negligência Confirmada”, especialmente no subgrupo crônico, o diferencial parece ser a presença concomitante de alguns destes fatores e a natureza duradoura/permanente do estresse gerado pelo fator, como o oriundo da situação de pobreza, por exemplo, além da ausência ou fragilidade de fatores protetivos como contraponto (Éthier, Couture & Lacharité, 2004). Em acordo com a meta-análise realizada por Schumacher, Slep e Heyman (2001) sobre fatores de risco específicos à negligência infantil, sobressai-se o fato de a negligência crônica manifestar-se em famílias que vivem, cronicamente, um nível mais elevado de estresse e que apresentam menor coesão. Pode-se dizer que a incidência concomitante de fatores de risco torna as famílias negligentes crônicas mais vulneráveis, fazendo com que apresentem problemas múltiplos e uma deficiência profunda, no que diz respeito a conhecimentos, capacidade e recursos para lidar com as demandas infantis (Gaudin, 1993). Éthier, Couture e Lacharité (2004) argumentam que uma amplitude maior de fatores de risco está quase sempre associada à cronicidade não só na negligência, mas também nas manifestações crônicas dos outros tipos de maus-tratos.

Ainda a respeito dos fatores de risco, um elemento específico que parece diferenciar os grupos diz respeito à vivência de maus-tratos e de negligência bastante severos na infância dos cuidadores reunidos na “Negligência Confirmada – Crônica”. Estes teriam experienciado situações de maus-tratos mais severos, também de forma crônica, incluído abusos físicos e psicológicos, além da própria negligência, havendo referências claras, porém acríicas, a vivências relacionadas ao fato de não serem alimentados suficientemente, cuidados quando estavam doentes ou protegidos em situações de perigo. Éthier, Bourassa e Klapper (2006) apontam que fatores de risco, como a história passada de abuso e de negligência do adulto, bem como características psicológicas atuais e problemas de saúde mental, são quase sempre os diferenciais encontrados em famílias negligentes crônicas, em comparação àquelas em que o fenômeno se manifesta de forma circunstancial.

Tal aspecto coloca em evidência um dos desafios a serem enfrentados, tanto no plano das investigações como no das práticas de intervenção: a transgeracionalidade dos maus-tratos. Éthier, Couture e Lacharité (2005) destacam, dentro desse tema, que *“pais cronicamente abusivos e negligentes carregam consigo emoções negativas que tem origem na sua infância, eles apresentam inúmeras necessidades e essas necessidades não podem ser rapidamente respondidas”* (p. 22).

Numa determinada corrente de pensamento, a transgeracionalidade dos maus-tratos é explicada na literatura como uma das consequências dos traumas (Bégamo & Bazon, 2010). Segundo De Bellis (2005), *“o desenvolvimento do cérebro é regulado por genes, os quais interagem profundamente com experiências de vida, particularmente experiências que aconteceram na vida inicial da criança. Na pesquisa de traumatologia desenvolvimental, negligência e abuso são vistos como a forma mais extrema de disfuncionalidade familiar e funcionamento interpessoal em um espectro contínuo de circunstâncias de vida adversas e disfunções nas relações sociais e nas relações familiares”* (p.153). Ainda, segundo De Bellis, todos os outros fatores adversos contextuais presentes na vida de uma família negligente também colaboram para consequências neurocognitivas e psicossociais. Crianças vítimas de negligência crônica são privadas de respostas às necessidades físicas básicas e de experiências necessárias ao desenvolvimento, sem receber, em paralelo, apoio emocional que permita o estabelecimento de uma relação de apego segura com algum adulto significativo (Éthier, Bourassa, Klapper e Dionne, 2006). A vivência de uma relação de apego insegura e adversidades psicossociais estão associadas à maior probabilidade de comportamento impulsivo e desatento (Fearon & Belsky, 2004). Em longo prazo, o impacto de experiências traumáticas na infância aparece na forma de características comportamentais e psicológicas

como agressividade, impulsividade, dificuldades de demonstrar sensibilidade ao outro, emoções embotadas falta de lembranças do passado e até estados de dissociação mental (Egeland, 1996 citado por Éthier, 2000).

Segundo Ethier, Couture e Lacharité (2004), pais que apresentam traumas não resolvidos desenvolvem mecanismos psíquicos que tem consequências nefastas tanto na capacidade de apego, quanto na sensibilidade parental. Ou seja, desenvolvem características que colaboram justamente para uma menor qualidade de interação cuidador-crianças.

Para Belsky (1993), Thompson (2006) e Renner e Slack (2006), a cadeia de consequências desenvolvimentais oriundas da vivência crônica de maus-tratos na infância afeta as capacidades dos indivíduos, requeridas por tarefas desenvolvimentais postas pelo ambiente, nas etapas subsequentes. Assim, não raro, eles teriam dificuldade na escolarização, na escolha de parceiros e manutenção de relações de intimidade emocional, na busca e no aproveitamento de apoio social para o cuidado com as crianças.

Ainda nessa linha de raciocínio, a falta de habilidades sociais característica desses indivíduos, acabaria por afetar suas relações interpessoais, na fase adulta, o que, segundo Crittenden (1999), pode tornar aguda a condição de pobreza pré-existente, já que relações interpessoais são essenciais para a manutenção da família, do emprego e para a obtenção de assistência de outras pessoas. Tais características aumentariam a probabilidade de isolamento social, devido às dificuldades de relacionamento com o entorno, estabelecendo-se um círculo vicioso.

Na comparação entre os grupos, destaca-se que os cuidadores reunidos no “Risco de Negligência” e “Negligência Não Confirmada” ofereceram dados que indicam também terem tido, na infância, a experiência de abuso físico, muitas vezes severo, cometido em geral pela figura paterna. Eles, entretanto, apontam igualmente a existência de um contraponto, o papel de proteção desempenhado por outro adulto significativo, geralmente a mãe, que, embora recorresse eventualmente à punição corporal, como método disciplinar, era figura de acolhimento e de diálogo (à exceção de Júlia da **Família L**). Sublinha-se o fato de, nesses grupos, diferentemente do primeiro, não haver qualquer referência à experiência de situações em que teriam sido deixados sozinhos por longos períodos, sem alimentação ou sem cuidados quando estavam doentes, o que os fazia considerar terem tido uma infância boa ou feliz.

No que se refere à exceção indicada acima, referente à história da infância de Júlia (**Família L**), pertencendo ao grupo para o qual a “negligência não foi confirmada”, ela também fizera alusão à experiência, na infância, de maus-tratos severos, incluindo a de abuso sexual, e apresentava significativas dificuldades de adaptação psicossocial (labilidade

emocional, mudança de humor e impulsividade, concorrendo para a existência de dificuldades nas relações interpessoais). Assim, é preciso perguntar o que faria a negligência não se apresentar nesse caso, nem mesmo como um risco eminente. Com base nos dados disponíveis, uma possível resposta refere-se ao apoio social atual, recebido e percebido, no entorno social proximal/vizinhança, sublinhando novamente a importância dessa variável para o desenvolvimento em qualquer que seja a fase.

No mais, no plano psicológico, pode-se cogitar o fato de a vivência da revelação de abuso sexual na infância ter gerado algum efeito de proteção. Sendo esse fenômeno menos tolerado culturalmente, em comparação às outras formas de maus-tratos, e ser associado mais pronta e claramente a reações sociais negativas, à vítima é oferecido um parâmetro para a formulação de certa crítica sobre o adequado e o inadequado à infância.

Assim, apesar das inúmeras características que essa mãe compartilha com as mães do **Grupo 1**, e de suas dificuldades significativas para responder a algumas necessidades da filha, ela se diferenciou devido ao apoio social que lhe foi oferecido e à sua capacidade para desfrutá-lo, garantindo, à Renata, respostas às suas necessidades de forma satisfatória.

Pesquisas apontam que o fato de os adultos não conseguirem se relacionar de forma saudável com seu entorno social, buscando e aproveitando do apoio social disponibilizado, propicia a experiência de solidão e o consequente isolamento social, o que favorece o aparecimento e/ou a agudização de desordens em saúde mental, como depressão e ansiedade (Thompson, 2006; Ateah & Durrant, 2005). No tocante à depressão, Crittenden (1999) chama a atenção para a possibilidade dos sintomas se apresentarem em alguns indivíduos de forma distinta do clássico retrato da depressão comum, “*que dói*” (quando as pessoas manifestam sentimento de tristeza, desespero ou raiva). Em alguns indivíduos, a depressão aparece como forma profunda de apatia e de auto-abandono, o que, em alguma medida, corresponde ao modo de funcionamento típico detectado na “Negligência Confirmada - Crônica”. Crittenden (1999) argumenta que pais negligentes experimentam a depressão que se manifesta como apatia crônica, na qual quase não se detecta sentimento ou pensamento. Isto por não poderem usar a cognição ou o afeto para organizar a própria realidade, “*fechando as portas para relações sociais e de aprendizagem*” (p.64).

Vale frisar que um quadro de apatia ou de depressão é descrito como fator fortemente associado a famílias negligentes, por vários pesquisadores (Kotch e cols., 1995; Di Lauro, 2004; De Panfilis e Dubowitz, 2005; Guterman e Lee, 2005; Zielinski e Bradshaw, 2006; Dubowitz e Bennett, 2007).

Ao que parece, a história de maus-tratos severos, especialmente a experiência da negligência, na infância dos cuidadores/mães de famílias em que as crianças estão sendo negligenciadas de modo crônico, constitui o substrato sobre o qual se processa a repetição do problema: no bojo de déficits que caracterizam seu desenvolvimento psicossocial, instalam-se precocemente os mecanismos de produção da negligência e a manifestação do fenômeno na geração seguinte.

Obviamente que o esforço de congregar semelhanças, a fim de categorizar grupos, não implica negar as particularidades ou a singularidade de cada caso. Na linha das colocações feitas por Wilson, Kuebli e Hughes (2005), aqui se defende o ponto de vista de que as famílias negligentes apresentam diferenças entre si e essas devem ser levadas em conta, principalmente no contexto de intervenções de ajuda. Eventualmente, contudo, elas podem ser consideradas um grupo homogêneo em determinadas dimensões. Na mesma direção dos resultados aqui obtidos, estes mesmos pesquisadores, por meio de uma metodologia baseada na formação de “clusters”, encontraram diferentes grupos. Um deles, denominado como “Significantemente Comprometido”, caracterizou-se pela apresentação crônica de problemas, ligados a uma enorme dificuldade de adequar a casa para prover as necessidades físicas e psicológicas das crianças. Segundo os autores, provavelmente, as genitoras deste grupo teriam vivido privações precoces e importantes. Seria o grupo mais desafiador às intervenções de ajuda, por ser o mais resistente a estas, requerendo maior amplitude do serviço oferecido e acompanhamento de longo prazo.

No estudo citado, Wilson, Kuebli e Hughes (2005) identificaram outros grupos em ordem decrescente de gravidade a partir do de maior comprometimento. Na investigação aqui relatada, as diferenças gradativas entre os grupos apareceram segundo às seguintes variáveis: cronicidade ou não da manifestação da negligência; maior ou menor capacidade de responder às necessidades de suas crianças; sintomas ou não de depressão/apatia; presença ou não de recursos e disponibilidade psicológica em relação às crianças. Tais elementos são destacados como básicos à avaliação e à intervenção em negligência.

No que diz respeito aos aspectos psicológicos, tomando como referencial o modelo de processamento de informações, outra característica que concorreu para circunscrever o grupo de “Negligência Crônica” foi a presença marcada de erros de pensamento nos cuidadores, corroborando estudos que enfatizam este aspecto como determinante da conduta negligente (Crittenden, 1993; De Paul & Guilbert, 2008). Crittenden (1993), por exemplo, verificou que nas famílias negligentes, os erros no processamento de informações parecem resultantes principalmente de uma interpretação inadequada das necessidades infantis, baseadas em pré-concepções errôneas sobre “ser criança” e sobre o desenvolvimento infantil, havendo, em geral:

(a) uma superestimção das capacidades das crianças para cuidarem de si mesmas.

“Mandar escovar o dente? Olha a idade deles. Eles sabem que tem que escovar os dentes. Se não escovarem ficam sem dentes. Quer ficar sem dentes, fiquem”. (Fernanda - **Família A**)

(b) dificuldades para encontrar soluções eficazes (frequentemente associada à crença de que seus filhos são mais difíceis do que o normal).

“eu tentava tirar (os “bichos de pé”), mas ela aprontava uma gritaria, uma choradeira que não tinha condições... e também não anda de chinelo... já falei para andar, mas não põe o chinelo no pé. Tá com bicho do pé até na mão, acredita?” (Lúcia- **Família B**)

(c) e fatores contextuais (cansaço, violência conjugal, estresse) que parecem dificultar o agir e a resposta às necessidades infantis.

“Eu chego em casa morta. Levanto as 4 da manhã. Você acha que é fácil? Então, às vezes eu chego eu vou dormir. Eu falo para as crianças não saírem na rua mais, mas elas saem...” (Lúcia- **Família B**).

Ainda, pode-se dizer, à luz da teoria de De Paul e Guilbert (2008), que em alguma medida, a falta de empatia devido a déficits no processamento de informações, também determinavam o comportamento negligente:

“eu não tô com fome não... eu só tenho fome à tarde” (Gisele - **Família A** justificando porque não ia preparar uma refeição para as crianças).

Em pesquisa mais atual sobre déficits no processamento de informação sócio-emocional de mães negligentes, Hildyard e Wolf (2007) apontam que mães negligentes têm significativamente mais problemas no processamento de informações no que diz respeito às emoções e ao comportamento das crianças. Estas mães apresentam, em geral, um pobre reconhecimento das emoções e dos interesses da criança e tem vocabulário restrito de emoções. Além disso, diante de vinhetas envolvendo situações de risco, mães negligentes atribuíam ao comportamento de suas crianças mais características estáveis e internas que mães não negligentes. Na presente pesquisa, no que concerne à “Negligência Confirmada – Crônica”, a mesma tendência de atribuição foi identificada. As dificuldades desenvolvimentais infantis foram consideradas atributos estáveis e intrínsecos às crianças:

“Meus filhos são assim... sempre foi assim... nunca ninguém morreu até hoje, não vai morrer agora” (Fernanda- **Família A**).

Assim, outra crença pareceu perpassar o comportamento negligente, a de que faziam muito mais pelas crianças do que deveriam:

“Eu trabalho de sol a sol para essas crianças. Todo o sacrifício que eu faço, é para essas crianças... eu não faço nada da minha vida, senão viver para essas crianças... o que mais eu posso fazer?” (Lúcia- **Família B**)

“Eu cuidava da família inteira e dos meus irmãos desde os 10 anos de idade e nunca ninguém teve que repetir uma ordem para mim como eu tenho que fazer com essas crianças... eu acho que eu faço demais, na minha época não era assim não...” (Lúcia - **Família B**).

Pode-se pensar que essas crianças eram percebidas pela mãe como uma grande fonte de estresse, uma sobrecarga, sem que seus problemas ou dificuldades fossem também uma preocupação, diferentemente do que se passava nos grupos **2** e **3**. Em outras palavras, apesar de as crianças das famílias do subgrupo “negligência crônica” serem percebidas como problema, este não afetava a sensibilidade dos cuidadores em relação aos cuidados a serem despendidos. Tem-se, assim, como hipótese, que os déficits no processamento de informação apresentados, interferem na habilidade de reconhecer emoções e compreender o comportamento da criança.

Hildyard e Wolf (2007) assinalam que a falta de percepção dos interesses da criança tem grande impacto no nível de estimulação oferecido, o que causa grande prejuízo ao desenvolvimento infantil.

Em suma, as características das famílias reunidas no subgrupo crônico, tomadas em conjunto, esboçam a complexidade do fenômeno, tendo por base o intrincado jogo de influências recíprocas entre fatores psicológicos, sociais e contextuais (Gaudin, 2009; Gilmore et al., 2009; Ethier, Lacharité & Couture, 2004).

Risco de Negligência – Grupo 2

Este grupo teve como principal característica crianças cujas necessidades de natureza educativa e de socialização não eram respondidas, porque requeriam respostas especializadas/profissionais, que ultrapassavam as competências parentais e familiares .

Nesse grupo, em princípio, não estava em jogo uma percepção negativa da criança ou outras características psicológicas dos cuidadores, que dificultasse ou impedisse a busca por

respostas a tais necessidades. O fato é que os problemas de comportamento apresentados pelas crianças não eram reconhecidos pelo entorno social, principalmente pela instituição escolar, como demanda clínica, a ser considerada e tratada por especialistas. Mas sim atribuídos a um suposto desengajamento parental/familiar, encerrando, portanto, toda a responsabilidade da solução dos problemas na instituição familiar.

“essas mães de hoje em dia não dão educação em casa, acham que é a escola que tem que fazer tudo...” (Escola)

As capacidades parentais nesse grupo se atualizavam dia a dia face às necessidades físicas, psicológicas e educativas das crianças. As mães, principalmente, eram capazes de estimular suas crianças, propiciando brinquedos, cuidando destes, conservando-os ou ensinando as crianças a conservá-los e a guardá-los; fomentavam as relações sociais das crianças, deixando que estas fossem brincar na casa de amigos ou permitindo que amigos/primos viessem brincar na suas casas; mostravam interesse/preocupação em relação à escolarização e progresso das crianças na escola, frequentando reuniões e atividades escolares, garantindo que as crianças fossem à escola, cuidando do material escolar da criança. Estes adultos, mesmo sem muitos recursos (informações, conhecimentos sobre técnicas de disciplina infantil) se esforçavam para responder às necessidades dos filhos, eram sensíveis aos filhos e, embora percebessem o problema e se preocupassem com ele, não contavam com nenhum serviço de apoio profissional que os ajudasse a responder às necessidades mais específicas, como os problemas de comportamento.

Pior que isso, profissionais do setor escolar não apenas não legitimavam as preocupações destas famílias, concernentes ao desenvolvimento de seus filhos, como imputavam à família a responsabilidade/culpa pelos desenrolar dos acontecimentos.

Dentro disso, os problemas comportamentais dos filhos vão-se tornando fonte significativa de estresse, concorrendo para o surgimento de perturbações na relação entre a família e entorno social e na interação pais e crianças. Na família, observa-se, gradativamente, a diminuição das interações parento-filiais (visto que o adulto passa a evitar o contato com a criança) e o incremento/aparecimento de punições corporais, quando outras técnicas de disciplina não surtiem efeito, dando início a um ciclo interacional coercitivo. Assim sendo, os dois mecanismos de produção da negligência se articulam, sugerindo que, a médio ou longo prazo, os quesitos para a verificação da negligência, enquanto problemática manifesta, seriam cumpridos.

Vale frisar que problemas de comportamento infantil são apontados pela literatura como um fator de risco de peso para os maus-tratos infantis em geral, e para negligência em específico (Belsky, 1993; Dubowitz, 1999; Woodward & Fergusson, 2002; Lacharité, Éthier & Nolin, 2006; Jaudes & Mackey-Bilaver, 2008; Jonson-Reid, Emery, Drake & Stahlschmidt, 2011). Para Bérghamo (2007), crianças com um comportamento difícil, ou assim percebidas, por gerarem altos níveis de estresse nos cuidadores, podem contingenciar práticas parentais que vão-se tornando mais e mais inadequadas. Bérghamo ainda acrescenta que o modelo teórico subjacente ao estresse parental faz alusão à interação entre características parentais e características infantis para a produção de situações problemáticas no exercício parental e, dessa forma, para que dificuldades apresentadas pela criança, tais como problemas de conduta ou dificuldades de aprendizagem, aumentarem o risco de maus-tratos físicos.

A partir desse ciclo coercitivo, há apontamentos na literatura que, com o tempo, com o aumento da idade da criança, o manejo de seu comportamento torna-se de tal modo difícil, que a probabilidade de produzir-se uma espécie de desengajamento parental é muito alta, o que *per se* configura-se em negligência (Bringiotti, 2000; Faleiros, Matias & Bazon, 2009). Para Bazon (2006), “a dinâmica delineada parece ser a de práticas punitivas instaladas precocemente no sentido de “dar conta” de um comportamento percebido pelo adulto como difícil/inadequado, mas que vai sendo deixada de lado frente ao crescimento da criança e à gradativa constatação de sua ineficiência, numa espécie de resignação”.

Para Schumacher, Slep e Heyman (2001), “fatores de risco relacionados à criança são importantes de serem investigados porque eles podem interagir com alguns fatores de risco do cuidador e aumentar o risco da criança, e podem ser particularmente importantes no contexto de identificar famílias que se beneficiem de serviços preventivos” (p. 249).

Nesse sentido, Jonson-Reid et al. (2011) apontam que, apesar da maior vulnerabilidade de crianças mais novas, problemas de comportamento e problemas de saúde mental em crianças mais velhas aumentam significativamente o risco da recorrência dos maus-tratos e de novas notificações ao sistema de proteção. Sullivan e Knutson (2000) apontam que crianças com problemas de comportamento têm mais chances de serem abusadas depois de 6 anos. Outras pesquisas, como a de Jaudes e Mackey-Bilaver (2008), indicam também que, crianças ainda na pré-escola, com menos de 6 anos, que apresentam problemas têm mais chances de viverem abusos e negligência do que aquelas sem problemas. O aumento da idade parece associado, em um primeiro momento, à utilização da violência física, mas ao longo do tempo, cede lugar à negligência (Faleiros, Matias & Bazon, 2009; Mascarenhas et al., 2010; Gomes et al, 2006).

No que diz respeito a esse grupo “Risco de Negligência”, é de suma importância salientar, todavia, o quão relevantes são determinadas variáveis que parecem desempenhar o papel de mediadoras ambientais entre “ter problemas de comportamento” e “ser abusado/negligenciado pelos pais”. Na dinâmica descrita pelos resultados atinentes a este grupo se visualiza de modo muito claro o peso de variáveis ambientais (sociais), destacando-se particularmente o papel da instituição escolar.

Como já assinalado, frente aos problemas de comportamento, a escola se posicionava responsabilizando (e até mesmo culpabilizando) exclusivamente a família (mais propriamente a figura materna). A escola, apesar de, em tese, contar com educadores profissionais, mais informados e preparados que educadores naturais/leigos (pais), não identificava /reconhecia a natureza das necessidades infantis e tão pouco se prestava a auxiliar a família no manejo dos problemas de comportamento infantis.

Reiterando, como consequência direta dessa postura de cobranças e de culpabilização (e de não apoio), tem-se a intensificação de interações de natureza negativa entre cuidadores-crianças, já que as “mudanças mágicas e urgentes” exigidas pela escola não acontecem. Nessa linha, há que se sublinhar o afastamento gradativo da família/mães em relação à instituição escolar.

No círculo vicioso que se monta, entretanto, essa consequência é usada pela escola, no sentido de reforçar a ideia de que se está lidando com famílias “negligentes”, motivando novas notificações, num movimento de rotulação, por meio do qual se esquematiza mais uma das profecias auto-realizadoras originadas no contexto da instituição escolar.

À falha na oferta de apoio social formal, por parte da instituição escolar, soma-se a este grupo a perda/fragilização gradativa dos apoios informais, também devido aos problemas de comportamento das crianças, que se manifestavam em diferentes contextos. A perda deste apoio, além de aumentar o nível de isolamento social das famílias, concorria para aumentar o nível de estresse e de angústia das mães, incrementado seus sentimentos de impotência frente às demandas das crianças em questão e, consequentemente, de “não darem conta da situação”:

Eu estou faltando do trabalho para ficar com ele porque ninguém quer ficar. Mas eu tenho que voltar porque senão vou ser despedida...” (Silvana - **Família F**)

“quando eu estou na minha casa só tenho problemas... eu prefiro estar no trabalho, minha casa ultimamente é um inferno” (Vânia - **Família E**).

O resultado disso são crianças deixadas, cada vez mais, sem supervisão, por longos períodos, e o aumento na frequência de emprego da punição corporal, além do desejo de “largar mão” do filho (abandono) pelas mães.

Nesse tocante, pode-se pensar também num papel que podia ser desempenhado pela instituição escolar, como contraponto daquele que se observou. A escola, por meio de seus profissionais, se bem preparados, teria condições de difundir na comunidade informações corretas sobre desenvolvimento e problemas de desenvolvimento infantil, gerando, por meio do conhecimento, mais sensibilidade e tolerância às dificuldades apresentadas por determinadas crianças.

A negligência e os abusos físicos, nos casos estudados, foram principalmente resultados de uma dinâmica social em que a família/mãe, além de não receber qualquer apoio específico para responder às necessidades da criança, vai sendo rechaçada pelo entorno social (sobretudo e paradoxalmente no âmbito de instituições sociais que também teriam responsabilidades sobre a criança). Dentro disso, aumentam o uso de punição corporal como tentativa de dar respostas às demandas sociais (e não às infantis) e, ao mesmo tempo, isoladas, têm consciências da ineficácia de suas ações, sentindo-se mais e mais incompetentes, o que propicia um gradativo desengajamento dos cuidados com as crianças.

Em acordo com os apontamentos de Garbarino e Collins (1999), à luz da perspectiva ecológica, tornou-se evidente que o conceito de risco deve ser concebido para além das barreiras estreitas da personalidade individual e da dinâmica familiar. Nos casos reunidos nesse grupo, em específico, a ideologia, ou seja, a política da instituição escolar talvez tenha sido o fator principal, por meio de seus desdobramentos, a afetar negativamente o desenvolvimento das crianças em foco. Ainda, de acordo com Garbarino e Collins (1999), quando se pensa em negligência em termos de variáveis no exossistema, risco e oportunidade co-existem. Quando pais ou outro adulto significativo na vida da criança são tratados de um modo que empobrece (risco) ou enriquece (oportunidade) sua performance comportamental no microsistema familiar, o desenvolvimento infantil é afetado negativa ou positivamente.

Na presente pesquisa, o funcionamento da instituição escolar não ajudava a família, ao contrário, prejudicava a resposta parental às necessidades infantis. Assim, para esses autores, a negligência em termos de exossistema é um problema de influências vividas pelos adultos cuidadores, especialmente as mães. É um problema também de políticas institucionais que ignoram as necessidades da criança, o que os autores chamam de “negligência institucional”.

É preciso atentar que a “negligência institucional” apareceu como elemento em quase todos os casos estudados, seja quando não existiam serviços que acolhessem as crianças no

período oposto ao da escola e a família era obrigada a deixá-las sozinha, seja quando serviços especializados que atendessem necessidades específicas de crianças não eram disponibilizados ou eram de difícil acesso. A falta de serviços estruturados de apoio à família e às crianças ou o difícil acesso a eles fazem com que a negligência **institucional ou estatal** (Dubowitz et al., 1993) se transforme em **negligência parental**, processo por meio do qual a família, em uma sociedade como a nossa, é facilmente culpabilizada como responsável exclusiva pelos problemas das crianças.

Para Garbarino e Collins (1999), quando uma sociedade não considera pessoas desfavorecidas, não permitindo a pais pobres acesso a suportes sociais ou em nível institucional, falhando em prover de recursos adequados para famílias de baixa renda e, conseqüentemente, as crianças, essa sociedade contribui para a negligência. Para estes autores este é o maior problema e o mais difícil de solucionar.

Pode-se dizer que o período focalizado pelas observações realizadas ao longo da investigação, abrangendo o período de transição da pré-escola para a primeira série, foi bastante propício para a apreensão de tal dinâmica. Segundo D'Abreu e Marturano (2010) *“a transição do jardim de infância para a primeira série é um momento crucial do desenvolvimento, porque há um acúmulo de demandas impostas ao indivíduo, como as primeiras noções de leitura, desempenho acadêmico de forma geral e ajustamento ao ambiente escolar.”* (p 48). Desta forma, pode-se pensar que os problemas de comportamento destas crianças, embora já fossem identificados na educação infantil, tornam-se exuberantes na primeira série, gerando reações vivas na instituição escolar.

Sabe-se que crianças impulsivas e hiperativas estão em maior risco para futuras conseqüências negativas no seu ajustamento. Ao que parece, a associação desses problemas a outras desvantagens sociais produzem uma maior condição de vulnerabilidade para o aparecimento de comportamento oposicional/desafiador e de comportamento anti-social (D'Abreu & Marturano, 2010). Desta forma, pode-se dizer que as crianças do **Grupo 2** estão em risco não só para os maus-tratos e negligência como também de desenvolverem uma trajetória de maior comprometimento.

Santos, Carvalho, Pinho e Nunes (2005) chamam a atenção para o fato de somente cerca 1% dos diagnósticos de problemas comportamentais e de saúde mental serem realizados em crianças abaixo de 5 anos, ao estudarem o fluxo de um ambulatório na cidade de Salvador-BA. Os dados de internação hospitalar demonstram que as psicopatologias da infância e da adolescência são diagnosticadas somente a partir dos 10 anos de idade, quando os problemas já evoluíram e se tornaram quadros mais sérios.

A detecção e diagnóstico de problemas de comportamento e de saúde mental em escolares parece primordial, não só para que as crianças possam receber ajuda e tratamento adequados, mas também para evitar maiores agravos, como mudanças de padrão de interação dentro da família e o aparecimento de maus-tratos e negligência. Nessa direção, Jaudes e Mackey-Bilaver (2008), estudando a realidade norte americana, apontam que as taxas de problemas de saúde mental na escola são altas (3,3% a 15%) e sublinham que a detecção precoce dessas condições é muito importante, não só para o tratamento, mas também como forma de prevenção de maus-tratos e negligência.

Jonson-Reid et al. (2010), em seu turno, estudando o fenômeno das notificações e reincidências em maus-tratos, descrevem que crianças encaminhadas a serviços de educação especial pelo sistema de proteção, devido a necessidades especiais associadas a um alto risco de maus-tratos, não voltaram a ter seus casos notificados no sistema de proteção, o que reforça as ideais aqui esboçadas. Segundo esses autores, a identificação precoce de problemas de comportamento e de saúde mental em crianças pode oferecer “insights” importantes sobre causas e efeitos na cadeia de produção de maus-tratos, na linha das contribuições que a presente investigação ofereceu, concernentes ao grupo “Risco de Negligência”.

Negligência Não Confirmada: Grupo 3

Os resultados concernentes ao **Grupo 3**, no tocante à temática central do presente estudo, têm o mérito de demonstrar mais uma vez, o papel essencial da variável apoio social, nos processos que promovem resiliência nas famílias, garantindo proteção à negligência infantil.

Embora as famílias reunidas nesse grupo, a exemplo de praticamente todas as outras famílias, dos outros dois grupos, vivessem dificuldades econômicas e várias outras adversidades (violência conjugal, alcoolismo, etc.), o que gerava dificuldades significativas para os cuidadores responderem sozinhos às necessidades de suas crianças, nessas havia claramente “com quem contar”. No que concerne ao apoio formal, oriundo de serviços ou instituições, tal como nos outros grupos, este também não se apresentava disponível ou facilmente acessível. O apoio oferecido era essencialmente informal e vinha maciçamente do entorno social proximal (família extensa, vizinhos e amigos), ajudando não só no oferecimento de respostas às necessidades físicas, mas também por contribuir para diminuir o estresse causado pelas adversidades indicadas. Tal apoio, em geral, era, não só instrumental, mas também afetivo e emocional.

Na linha do que colocam Garbarino e Collins (1999), mais do que saber se pais/cuidadores principais têm capacidade para responder às necessidades infantis, importa saber se na rede social da criança há quem possa vir ao seu encontro.

Os resultados obtidos com a presente investigação, na verdade, corroboram o que a literatura científica vem apontando sobre a importância da variável “apoio social”. Martins (2006) assinala que, em um contexto de muitas dificuldades econômicas, a rede de relacionamentos da família, dentro da comunidade, tem importância fundamental para a conservação, proteção e sobrevivência de suas crianças. O apoio social também informa às famílias e crianças sobre serviços existentes na comunidade, o que certamente não saberiam sem uma pessoa de dentro da sua comunidade. O apoio social também funciona porque oferece diretamente à criança recursos sociais e físicos que a protegem da negligência ou que a ajudam a se desenvolver se estiverem sendo negligenciadas. Ele pode ser até mesmo no sentido de dar respostas a algumas de suas necessidades fundamentais, incluindo às de apego (USSHHS, 2006). A presença de um ou mais adultos significantes na vida de uma criança é protetivo contra consequências negativas associadas aos maus-tratos e à negligência. Figuras adultas, quer sejam do núcleo familiar ou não, capazes de olhar para a criança e se mostrarem sensíveis às suas necessidades, são protetores e podem funcionar como um “escudo” a que esta se encontre em situação de negligência (Thompson (2000) apud UDDHHS (2006).

Há que se notar, todavia, que no grupo 3 encontram-se crianças padecendo em situações mais propriamente atinentes às outras formas de maus-tratos, o que também pareceu impactar-lhes negativamente, inclusive ao ponto de gerar consequências ao desenvolvimento, como apontaram alguns resultados. Em geral, os dados concernentes indicaram que em determinadas famílias havia abuso físico (devendo-se considerar a prática de punição corporal como algo muito generalizado) e abuso psicológico (principalmente se se considera a exposição à violência conjugal como uma de suas manifestações). Em uma delas, até mesmo o abuso sexual estava presente. Mas em nenhuma delas, seguindo-se os quesitos da presente investigação, apresentava a negligência como problemática. Fugiria ao escopo do presente estudo, debruçar-se sobre cada uma destas modalidades em particular, no sentido de tentar responder as seguintes questões: frente a quais critérios tais modalidades estariam efetivamente presentes; quais mecanismos se associariam à sua produção e qual o impacto sobre o desenvolvimento infantil de cada uma delas. Pesquisas com esses objetivos são certamente relevantes e devem ser implementadas numa agenda que vise à produção de um conhecimento mais profundo e consistente com relação ao fenômeno dos maus-tratos infantis.

Diante dos resultados obtidos com a presente pesquisa, pode-se afirmar que a negligência, quando presente de acordo com os parâmetros adotados, se caracterizada pela cronicidade, é devastadora e, se associada a outras modalidades como o abuso físico e psicológico, tem consequências ainda mais nefastas. A vivacidade com a qual os resultados obtidos indicam isso deve cumprir como função primordial, no plano científico e social, retirar a “negligência” da sombra, no sentido de ela deixar de ser considerada uma problemática menor, recebendo tão pouca atenção.

Fato é também que nas famílias reunidas no grupo 3, mesmo na presença de outras modalidades de maus-tratos, sendo a negligência ausente, as crianças tinham boa parte de suas necessidades fundamentais atendidas, seja pelos pais ou por outros cuidadores do entorno social proximal. Certamente por isso, apresentavam também muitos recursos adaptativos, normalmente atualizados nos diferentes contextos sociais, sendo estes reconhecidos como qualidades positivas nos diversos ambientes que freqüentavam. Assim, essas crianças tinham amigos, eram carinhosas, se comunicavam com facilidade e, conseqüentemente, pareciam felizes.

É preciso aventar que algumas das consequências desenvolvimentais denotadas para algumas das crianças talvez decorressem diretamente da precariedade do contexto socioeconomicamente desfavorecido em que as famílias viviam e das adversidades presentes no ambiente familiar. Esse aspecto colabora, por si só, para uma maior probabilidade de desenvolvimento de problemas comportamentais (McLoyd, 1998, Ferreira & Marturano, 2002) como também para o menor acesso de informações pelos pais (Conger et al., 2002). Esses apresentam dessa forma menos recursos e técnicas para, por exemplo, estimular e manejar o comportamento dos filhos. Nesse sentido, destacam-se os casos das **Famílias G e J**, nas quais nenhum tipo de maltrato pôde ser identificado.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

As proposições teóricas de Lacharité et al., (2006) aqui utilizadas como parâmetros para a avaliação/confirmação de negligência infantil foi bastante útil ao estudo da realidade brasileira, denotando com clareza a complexidade do fenômeno em questão.

A definição utilizada também permitiu a identificação de diferentes manifestações de negligência: primeiro, a negligência complexa, nomeada por Lacharité et al., (2006), em que necessidades de diferentes naturezas não são respondidas; e segundo, a negligência ainda em processo de produção, como no caso das famílias do Grupo 2. A definição adotada possibilitou a identificação de casos mais ou menos severos a partir da consideração de variáveis como cronicidade, frequência, risco ou tipo de consequências associadas à falta de respostas às necessidades infantis. A análise dos fatores de risco conectados aos processos subjacentes à instalação dos mecanismos de produção esboçou a existência de diferentes etiologias, relacionadas a diferentes manifestações. Isso só foi possível porque a definição empregada integra o ponto de vista da criança negligenciada, suas consequências e o contexto de produção da negligência.

Abordar as situações de negligência sob o ângulo de experiências desenvolvimentais vividas pelas crianças, no quadro de suas relações com as figuras parentais, sua família e com a coletividade local, evita a centração da análise tão somente sobre os cuidadores/pais e suas responsabilidades, em prol de uma abordagem que abarca muitas outras variáveis que caracterizam a situação de negligência (Lacharité, 2009).

Nessa empreitada, a utilização complementar de um instrumento para a análise de necessidades desenvolvimentais (o CABE) em muito auxiliou na realização do trabalho, por considerar a importância de nuançar as concepções em torno do conceito de necessidades infantis em função de faixas etárias (Black & Dubowitz, 1999; Zuravin, 1999).

Dessa forma, puderam-se descrever diversas manifestações da negligência, confirmando a heterogeneidade do fenômeno associada a diferentes etiologias, na linha dos apontamentos da literatura (Zuravin, 1999; Dubowitz, 2007; Mennen, Kim, Sang & Trickett, 2010). Esse tipo de informação deve ter consequências na concepção de programas de intervenção, impondo considerações sobre o tipo, a intensidade e a frequência do acompanhamento que deve ser oferecido às famílias (Wilson, Kuebli & Hughes, 2005).

Os resultados também apontaram para a associação entre negligência e outros tipos de maus-tratos (Ney, Fung & Wickett, 1994; Trocmé et al., 2003, Faleiros, Matias & Bazon,

2009), indo em direção a resultados que apontam que uma porcentagem muito pequena de casos são casos puros (Ney, Fung & Wickett, 1994). Os casos de co-ocorrência, além de não raros, no caso do presente estudo, foram os que claramente se apresentaram como mais complexos, nos quais os prejuízos infantis eram também mais marcados.

No que se refere à confusão entre negligência e pobreza, pode-se dizer que a desvantagem socioeconômica efetivamente cria condições concretas desfavoráveis ao desenvolvimento da família (Herrenkol et al., 1995; Kotch et al., 1995; Schumacher et al., 2001). Ela restringe não só a capacidade dos pais de responderem às necessidades físicas, mas também contribui para que sejam menos sensíveis e emocionalmente disponíveis aos filhos, dado o cenário de grande instabilidade e alto nível de estresse (Belsky, 1993). Contudo, isoladamente, esta variável não distinguiu famílias negligentes de não negligentes, confirmando apontamentos de vários autores (Sedlak & Broadhurst, 1996; Garbarino & Collins, 1999; Martins, 2006; Bazon et al., 2010). No presente estudo, variáveis antecedentes e mediadoras assumiram um papel mais significativo na construção da problemática, demonstrando que a pobreza não é suficiente para a sua produção (Crittenden, 1999; Stevenson, 2007). A vivência de negligência na própria infância, a falta de apoio social e o isolamento social se destacam nesse plano. Ademais, em termos psicológicos, notou-se que, para a produção da negligência, erros no processamento de informação, baseados em crenças e atitudes distorcidas, desempenham um papel relevante, pois parecem afetar diretamente a capacidade dos responsáveis de responderem às necessidades das crianças.

De todo modo, apesar de a pobreza aparecer fortemente associada às situações de negligência, seria importante implementar pesquisas para tentar averiguar o efetivo papel desempenhando por ela, num delineamento semelhante ao aqui utilizado, mas que envolvesse na investigação cuidadores notificados por negligência oriundos de diferentes extratos sociais, ainda que isso represente um importante desafio.

Tratando mais especificamente do apoio social, mais uma vez, frisa-se o quanto sua falta constitui-se um problema, e o quanto sua presença é fator de proteção nas famílias mais desfavorecidas. O apoio social além de contribuir diretamente para as respostas às necessidades mais básicas, como as físicas, contribui também para a diminuição do nível de estresse na família, garantindo aos cuidadores melhores condições para engajarem-se nas tarefas de cuidados. A presença de estressores crônicos no ambiente em que a família se insere ou mesmo dentro dela é um importante fator de risco para a negligência. Esses eventos incontroláveis, cotidianos, contribuem para tornar caótica a vida dessas famílias (Lacharité, Ethier & Nolin, 2006), sendo que o apoio social parece servir de anteparo a essa situação.

De outro modo, quando o apoio social não existe, e ademais, há preconceito com relação à família por parte da comunidade, no entorno proximal, tem-se o isolamento social. Esse processo, na presente investigação parece ser o que constitui um dos mecanismos preconizados para a produção da negligência. Ademais, na linha das colocações de Lacharité (2009), o isolamento social também contribui para aumentar o potencial perturbador da relação pais/cuidadores-criança. É um outro mecanismo, uma vez que limita a presença de fatores de proteção ou de compensação nesta situação, sendo essa variável (isolamento social), portanto, central no planejamento de programas de enfrentado das situações de negligência.

Para Lacharité (2009) o isolamento social é a variável que distingue as situações de negligência, de outras situações como problemas de toxicomania ou de depressão na família. No presente estudo, essa variável serviu para diferenciar as famílias negligentes ou em risco da negligência de famílias que não vivem a problemática ou viviam outras problemáticas.

Nessa esteira, um dos dados que chamou mais a atenção, foi o chocante papel desempenhado pela instituição escolar, enquanto representação do Estado. Na montagem do problema do isolamento, a escola colocava, por intermédio de seus valores e práticas, famílias em alto risco para maus-tratos, incluído aí a negligência.

Como já foi descrito e exemplificado, a maior parte das famílias, apesar de todas as dificuldades, ao encontrar apoio informal, dava conta de garantir às crianças condições desenvolvimentais razoáveis. Entretanto, algumas crianças apresentavam demandas específicas, que requeriam ajuda especializada. Nessa situação, concebe-se que o apoio formal/institucional é imprescindível. Sua ausência tem consequências na dinâmica familiar, transformando a “negligência estatal” em “negligência familiar”, na qual pais/responsáveis são culpabilizados, como se fossem exclusivamente responsáveis pelos acontecimentos.

Outro aspecto, que muito chamou a atenção, foi o fato de que, apesar de os problemas apresentados pelas famílias negligentes serem bastante evidentes e chocantes para o entorno social proximal, que reconhecia e julgava negativamente o padrão de cuidados oferecido às crianças, considerado muito diferente do seu, a comunidade não apresentava disposição para agir, a não ser pela via do rechaço à família, eventualmente, notificando.

Ademais, em face aos casos crônicos, nos quais os problemas sérios no cuidado com as crianças certamente se manifestaram muito precocemente, com base nos dados obtidos, pode-se afirmar que as reações sociais s vivas começaram bastante tardiamente, em torno dos 06 anos, quando as crianças já manifestavam consequências das experiências evidentes, no seu desenvolvimento físico e psicossocial. De um lado, isso faz pensar no despreparo da comunidade, dos profissionais da educação e da saúde para identificar e notificar os casos, mais precocemente,

com base em indicadores mais sutis, que não sejam “sequelas” (Bazon, 2007; Morais & Eidt, 1999, Noguchi, Assis & Santos (2004); Moura & Reichenheim, 2005; Faleiros, Matias & Bazon, 2009). De outro lado, é possível cogitar que prepondera, ainda, em termos culturais, valores relativos à infância que possivelmente afetam a sensibilidade às crianças, e às suas problemáticas. Estes valores propiciam condições para se conviver com tranquilidade com uma criança em sofrimento, com suas necessidades básicas rudimentarmente respondidas, constantemente exposta a perigo, desde que ela não perturbe o ambiente. A sensibilidade social e as reações decorrentes parecem depender fortemente do quanto a criança ou seu comportamento perturba ou não o ambiente.

Nessa direção, é provável que inúmeras crianças brasileiras em situação de negligência, jamais sejam identificadas no sistema de proteção, porque não “perturbam” suficientemente, estando condenadas, portanto, a padecerem por falta de qualquer tipo de intervenção.

Em relação à pertinência das notificações realizadas pelo setor educacional, pode-se dizer que, embora todas as crianças apresentassem, de fato, necessidades a serem respondidas, algumas das famílias não eram diretamente responsáveis pela falta de respostas a essas necessidades desenvolvimentais. Em alguns casos, o problema remetia à própria instituição escolar. No entanto, a maioria dos casos notificados efetivamente apresentava problemas ligados a situações de maus-tratos e/ou negligência, o que confirma a capacidade deste setor para identificar tais situações (Faleiros, Matias & Bazon, 2009).

Por fim, não se poderiam terminar as considerações sem fazer um apontamento quanto ao fato de se ter deparado com a forte tendência, na dinâmica social, de focalizar a figura da mulher/mãe como fonte de todos os problemas e também de todas as soluções, no tocante aos cuidados com as crianças e à criação/educação dos filhos. A tendência tão forte, em muitos momentos perpassou o próprio fazer da pesquisa, quando não raro, vários dos procedimentos de coleta de dados se dirigiam a essa figura exclusivamente.

Importa, contudo, frisar que, nesse movimento, muitas e muitas vezes, elas são colocadas no centro e responsabilizadas por situações nas quais há evidente co-responsabilidade de outros. Nas situações em que as crianças eram expostas à violência conjugal, por exemplo, não raro se observou a movimento de acusação das mães por não protegerem suas crianças, sendo “rotuladas” como negligentes, sem que jamais se questionasse o papel do homem nessa história. Os pais, em seu turno, nunca foram considerados no sistema de proteção, no sentido de serem co-responsáveis pelas situações vividas pelas crianças. Teve-se, dessa forma, “*a hipervisibilidade das mulheres como mães e a invisibilidade dos homens enquanto pais*” (Lacharité & Xavier, 2009, p.130).

Limites e avanços do presente estudo

No que diz respeito às qualidades metodológicas do presente estudo, pode-se dizer que em relação à validade ecológica e fidedignidade, a pesquisadora teve proximidade com o objeto de estudo, no contexto de vida das famílias, onde pôde realizar inúmeras observações, durante um período razoável de tempo (10 meses). Outro cuidado metodológico refere-se ao esforço para triangular os métodos de coleta de dados, trabalhando-se com informantes múltiplos. Esses cuidados possibilitaram uma diminuição de vieses, contribuindo para a obtenção de dados confiáveis.

No que diz respeito às limitações, pode-se dizer que a utilização de uma amostra de casos oriundos exclusivamente do setor educacional provavelmente limitou o acesso a outras manifestações existentes. Do mesmo modo, a idade das crianças desta amostra, restrita à faixa dos 5 aos 6 anos, certamente restringiu o acesso a outro universo de casos.

Outro ponto a destacar, refere-se à utilização de uma amostra de casos suspeitos e não confirmados. Esta característica da amostra não permite a discussão da definição utilizada, no quadro de um processo estrito de replicação literal, tal como prevê Yin (2009), com via de se testar preposições teóricas. Para tal, recomenda-se, a replicação do presente estudo com amostras de outra natureza (de casos notificados pela comunidade, pela saúde, composto por crianças de diferentes idades). Em longo prazo, seria também importante realizar a replicação de casos confirmados por meio de outro método válido e legitimado para nosso contexto (“casos positivos”) e contrastá-los com casos “negativos”, de modo a melhor testar a validade do conceito de negligência empregado no presente estudo em relação à realidade sociocultural brasileira.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Achenbach, T.M. (2001). *Manual for the ASEBA school-age forms and profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, and Families.

Achenbach, T. M. *Manual for the Child Behavior Checklist/4-18 and 1991 profile*. Burlington, VT: University of Vermont Department of Psychiatry, 1991.

Algeri, S. & Souza, L. (2005). Violência intrafamiliar contra a criança: uma análise crítico-reflexiva para a equipe de enfermagem. *Online braz.j.nurs.* 4(3).

Ateah, C. A. & Durrant, J. E. (2005). Maternal use of physical punishment in response to child misbehavior: implications for child abuse prevention. *Child Abuse & Neglect*, 29, 169-185.

Australian Institute of Health and Welfare. (1999). *Child protection Australian 1997-98* (AIHW Cat. No. CWS 13). Canberra, Australia: AIHW (Child Welfare Series no. 27).

Avila de Melo, I.L.M. (2007). *Negligência: Contribuições para a avaliação de fatores de risco psicossociais em famílias assinaladas junto ao Conselho Tutelar*. Pró-forma da Dissertação apresentada para o Exame de Qualificação junto ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia e Educação da FFCLRP-USP.

Azevedo, M. A., & Guerra, V. N.A. (1998). *Infância e violência fatal em família*. São Paulo: Iglu].

Baxter, P., & Jack, S. (2008). Qualitative Case Study Methodology: Study Design and Implementation for Novice Researchers. *The Qualitative Report*, 13(4), 544-559.

Bazon, M. R. (1999). Avaliação de um programa de intervenção junto a crianças e adolescentes em situação de risco psicossocial: O diagnóstico da situação existente segundo o modelo da Psicoeducação. In: II Seminário de Pesquisa, 1999, Ribeirão Preto. Livro de Resumos e Artigos.

Bazon, M. R. (2002). Psicoeducação: Teoria e Prática para a Intervenção junto a crianças e Adolescentes em situação de risco psicossocial. Ribeirão Preto –SP: Editora Holos.

Bazon, M. R. (2004). *Relatório de pesquisa: o Panorama dos Maus-tratos domésticos em Ribeirão Preto – SP / identificação de casos e intervenções vigentes*. Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Depto de Psicologia e Educação, Universidade de São Paulo.

Bazon, M. R., Mello I.L.A, Bérghamo, L. P. D. &, Faleiros, J.M. (2010). Negligência infantil: estudo comparativo do nível socioeconômico, estresse parental e apoio social. *Temas em Psicologia*, 18(1), 71-84.

Bazon, M. R.; Azevedo, R. N., & Pestana, P. F. F. (2005). *Intervenção de ajuda a crianças e adolescentes considerados em situação de risco psicossocial: o modelo da psicoeducação*. In: Lucy Leal Melo-Silva; Manoel Antônio dos Santos; Cristiane Paulim Simon. (Org.). *Formação em psicologia: percursos e paradigmas*.

Bazon, M.R. (2006). Relatório de pesquisa apresentado ao CONDECA (Deliberação CONDECA/SP N. 02/05 - Artigo 7). *Estudo da prevalência de maus-tratos em crianças de 0 a 10 anos, frequentando estabelecimentos educacionais públicos e privados, e identificação de fatores de risco pessoais e sociais e de indicadores comportamentais e emocionais*.

Bazon, M.R. (2008). Violências contra crianças e adolescentes: análise de quatro anos de notificações feitas ao Conselho Tutelar na cidade de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 24 (2), 323-332.

Belsky, J. (1980). Child Maltreatment: an ecological integration. *American Psychologist*. Vol.35, n. 4, 320-335.

Belsky, J. (1993). Etiology of child maltreatment: a developmental-ecological analysis. *Psychological Bulletin*, 114, 413-434.

Belsky, J., & Fearon, R.M. (2004). Attachment and attention: Protection in relation to gender and cumulative social-contextual adversity. *Child Development*, 75 (6), 1677-1693.

Benetti, S. P. C. (2002). *Maus-tratos da criança: Abordagem Preventiva*. In. Hutz, CS (org). *Situações de Risco e Vulnerabilidade na infância e na adolescência: Aspectos teóricos e Estratégias de Intervenção*. p. 131-148. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Bérghamo, L.P.D. (2007). *Maus-tratos físicos de crianças: contribuições para a avaliação de fatores de risco psicossociais*. Pró-forma da Dissertação de Mestrado, apresentada para o Exame de Qualificação, junto ao Programa de Pós-graduação em Psicologia do Departamento de psicologia e Educação da FFCLRP-USP.

Bérghamo, L.P.D. (2012) (NO PRELO). Experiências infantis e risco de abuso físico:mecanismos envolvidos na repetição da violência *Revista Psicologia: Reflexão e Crítica*, 25(1).

Bigras, M.; Lafreniere, P.J. (1995). *Índice de Stress Parental. Manuel d'utilisation. Complément francophone à l'édition américaine*. Multi-Healthy System.

Black, M.M., & Dubowitz, H. (1999). Research recommendations and future directions. In: H. Dubowitz (Ed). *Neglect Children: Research, Practice, and Policy*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

Brasil, Código Penal. Artigos 133 e 136. Decreto-Lei nº 2.848, de 07 de dezembro de 1940.DOU de 31/12/1940.

Brasil, Estatuto da criança e do adolescente. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990,DOU de 16/07/90.

Bringiotti (1999).*Maltrato Infantil*. Madri: Mino Dávila editores.

Bringiotti, M. I. (2000). *La escuela ante los niños maltratados*. Buenos Aires: Editorial Paidós.

Caldwell, B., & Bradley, R.H. (1978). *Administration Manual: Home Observations on Measurement of Environment*. University of Arkansas, Little Rock.

Cardarello, A. D. L. (1998). A transformação do internamento “assistencial” em internamento por “negligência”: tirando a cidadania dos pais para dá-la às crianças. *Ensaio FEE*, 19(2), 306-331.

Chor, D.; Griep, R. H. ; Lopes, C. S. & Faertein, E. (2001) Medidas de rede e apoio social no Estudo Pró-Saúde: pré-testes e estudo piloto. *Cad. de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.17, n.4, p. 887-896.

Cia, F., Williams, L. C. A., & Aiello, A. L. R. (2005). Intervenção focada na família: Um estudo de caso com mães adolescentes e crianças de risco. *Revista Brasileira de Educação Especial*, 11(1), 49-66.

Connell-Carrick, K., & Scannapieco, M. (2006). Ecological correlates of neglect in infants and toddlers. *Journal of Interpersonal Violence*, 21 (3), 299-316

Corconran, J. (2000). Family interventions with child physical abuse and neglect: a critical review. *Children and Youth Services Review*, 22(7), 563-591.

Costa, C.O.M., Carvalho, R.C., Bárbara, J.F.R.S., Santos, C.A.S.T., Gomes, W.A., & Sousa, H.L. (2007). O perfil da violência contra crianças e adolescentes, segundo registros de Conselhos Tutelares: vítimas,agressores e manifestações de violência. *Ciênc Saúde Coletiva*,12, 1129-41.

Crittenden, P. M. (1993). An information-processing perspective on the behavior of neglect parents. *Criminal Justice and Behavior*, 20, 27-48.

Crittenden, P.M. (1999). Child Neglect. Causes and Contributors. In: H. Dubowitz (Ed). *Neglect Children: Research, Practice, and Policy*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

Cruz, L. (2004). Protegendo vidas ou apropriações indevidas: discutindo o abrigo em situações de negligência. *Barbádi*, (21):67-92.

D'Abreu, L.C.F., & Marturano, E.M. (2010). Associação entre comportamentos externalizantes e baixo desempenho escolar: uma revisão de estudos prospectivos e longitudinais. *Estudos de Psicologia*, 15 (1), 43-51.

Davoli, A. & Ogido, R. (1992) A negligência como forma de violência contra a criança e a importância da atuação médica. *Jornal de pediatria*, 68 (11/12), 405-408.

De Bellis, M. D. (2005). The Psychobiology of Neglect. *Child Maltreatment*, 10 (2), 150-172.

De Paul, J. & Guibert, M. (2008). Empathy and Child Neglect: a theoretical model. *Child abuse and Neglect*, 32, 1063-1071.

Department of Health (2002). *Referrals, assessments, and children and young people on child protection registers, England: 2001/2002*. Disponível em: <www.dh.gov.uk>. Acesso em: maio / 2004.

Deslauriers, J.P. (1997). L'induction analytique. In: Poupart, Deslauriers, Groulx, Laperrière, Mayer e Pires. *La recherche qualitative. Enjeux épistémologiques et méthodologiques*. Montréal/Canadá: Gaëtan Morin Editora.

Dessen M. A. &, Bigras, M. (2000). As crianças pré-escolares com problemas de comportamento e suas famílias: identificação de fatores de risco. Relatório de Pesquisa (Processo n.º523059/96-5). Brasília: CNPq].

Duarte, C. S., & Bordin, I. A. S. (2000). Instrumentos de avaliação. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 22, 55-58.

Dubowitz, H. Papas, M., Black, M. &, Star, R. (2002). Child Neglect: outcomes in high-risk urban preschoolers. *Pediatrics*, 109 (6), 1100-1106.

Dubowitz, H. (1999). Neglect of Children's Health Care. In: H. Dubowitz (Ed). *Neglect Children: Research, Practice, and Policy*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

Dubowitz, H. (2007). Understanding and addressing the “neglect of neglect:” Digging into the molehill. *Child Abuse & Neglect*, 31, 603-606.

Dubowitz, H., & Bennett, S. (2007). Physical abuse and neglect of children. *Child Care Health Dev* 33(5),1891-1899.

Dubowitz, H., Black, M., Starr, R.H.J., & Zuravin, S. (1993). A conceptual definition of child neglect. *Criminal Justice and Behavior*, 20 (1), 8-26.

Dubowitz, H., Newton, A.J., Litrownik, A.L., Lewis, T., Briggs, E.C., Thompson, R. & English, D. (2005). Examination of a Conceptual Model of Child Neglect. *Child Maltreatment*, 10, 173- X

Dubowitz, H., Pitts, S.C., & Black, M.M. (2004). Measurement of three major subtypes of child neglect. *Child Maltreatment*, 9 (4), 344-356.

Dufour, S., & Chamberland, C. (2003). L'Efficacité des interventions en protection de l'enfance : recension des écrits. Centre d'excellence pour la protection et le bien-être des enfants.

Eisenhardt, K. M. (1989). Building Theories from Case Study Research. *Academy of Management Review*, vol.14, n.4, 532-550.

English, D.J, Thompson, R., Graham, J.C., & Briggs, E.C (2005). Toward a Definition of Neglect in Young Children. *Child Maltreat*, 10, 190

Éthier, L.S., Biron, C., Pinard, P., Ganier, J-P., & Desautiers,R. (1998). *Réussir en négligence*. Les Centres Jeunesses Mauricieois-Frances: Le Groupe de Recherche en Développement de L'Enfant et de la Famille.

Ethier, L.S., Couture, G. & Lacharité, C. (2004). Risk factors associated with the chronicity of high potential for child abuse and neglect. *Journal of Family Violence*, 19(1), 13-24.

Éthier, L.S.; Lemelin, J.P., & Lacharité, C. (2004) A longitudinal study of the effects of chronic maltreatment on children's behavioral and emotional problems. *Child Abuse and Neglect*. 28(12), (pp. 1265 – 1278).

Éthier L., Bourassa,L., & Klapper, U. (2006) *Évolution des familles négligentes:chronicité et typologie. Étude de suivi 1992 à 2005*. Rapport de recherche FQRSC. l'Université du Québec à Trois-Rivières.

Faleiros, J.M, & Bazon, M. R. (2008). Prevalência de maus-tratos em crianças de 1ª a 4ª série da cidade de Ribeirão Preto-SP. *Paidéia*, 18 (40), 341-354.

Faleiros, J.M, Matias, A.S.A, & Bazon, M.R. (2009). Violência contra crianças na cidade de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil: a prevalência dos maus-tratos calculada com base em informações do setor educacional. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 25 (2), 337-348.

Ferreira, A.L., & Schramm, F. R. (2000). Implicações éticas da violência doméstica contra a criança para profissionais de saúde. *Rev. Saúde pública*, 34 (6): 659-665.

Ferreira, M.C.T, & Marturano, E.M (2002). Ambiente familiar e os problemas de comportamento apresentados por crianças com baixo desempenho escolar. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 15 (1), 35-44.

Flores, I.P.F.F., Calcagnotto, C.H., Pires, F.A., Borghetti, K.M., Zorzi, L.C., Cenatti, L.D., et al. (1990). A criança maltratada: avaliação de um ano no Conselho Tutelar de Caxias do Sul. *Rev Cient AMECS* , 5, 135-9.

Fundo das Nações Unidas para a Infância. (2006). 2006 *Situação da Infância Brasileira.: Crianças de até 6 anos. O direito à sobrevivência e ao desenvolvimento*. Disponível em: <http://www.unicef.org/brazil/sib06h.htm>.

Garbarino, J., & Collins, C.C. (1999). Child Neglect: The family with a hole in the middle. In: H. Dubowitz (Ed). *Neglect Children: Research, Practice, and Policy*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

Gaudin, J.M. (1993). Effective intervention with neglectful families. *Criminal Justice and Behavior*, 20 (1), 66-89.

Gaudin, J.M. (1999). Child Neglect: Short-term and Long-term Outcomes. In: H. Dubowitz (Ed). *Neglect Children: Research, Practice, and Policy*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

Gelles, R.J. (1999). Policy issues in Child Neglect. In: H. Dubowitz (Ed). *Neglect Children: Research, Practice, and Policy*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

Gilmore, D.A., & Kaplan, C. (2009). Chronic Child Neglect: Multiples views. American Human. Recuperado em 09 de setembro de 2010, de <http://www.americanhumane.org/assets/docs/protecting-children/PC-pc-shining-light.pdf>.

Giroux, N. (2003). L'étude de cas. In : Yvonne Giordano. *Conduire un projet de recherche. Une perspective qualitative*. Paris: éditions EMS.

Glaser, D. (2000). Child Abuse and Neglect and the Brain - A Review. *J. Child Psychol. Psychiatry*, 41(1), 97- 116.

Glaser, D. (2002). Emotional abuse and neglect (psychological maltreatment): a conceptual framework. *Child Abuse & Neglect*, 26, 697-714.

Gomes, R., Deslandes, S. F., Veiga, M. M., Bhering, C. & Santos, J.F.C. (2002). Por que as crianças são maltratadas? Explicações para a prática de maus-tratos infantis na literatura. *Caderno de Saúde Pública*, 18(3), 707-714.

Graminha, S.S.V. (1994). A escala comportamental infantil de Rutter A2: estudos de adaptação e fidedignidade. *Estudos de Psicologia*, 11 (3), 34-42.

Granville-Garcia, A.F, Menezes, V.A., Torres, F.B., Araújo, J.R., & Silva, P.F.R. (2006) Ocorrência de maus-tratos em crianças e adolescentes na cidade de Caruaru-PE. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr*, 6, 65-70.

Griep, R. H.; Chor, D.; Faerstein, E.; Werneck, G. L., & lopes, C. S. (2005). Validade de constructo de escala de apoio social do Medical Outcomes Study adaptada para o português no estudo Pró-saúde. *Cad. Saúde Pública* (RJ), 21 (3), 703-714.

Hildyard, K. L., & Wolf, D. A. (2002). Child neglect: developmental issues and outcomes. *Child Abuse & Neglect*, 26, 679-695.

Hildyard, K., & Wolfe, D. (2007). Cognitive processes associated with child neglect. *Child Abuse & Neglect*, 31, 895-907.

Horton, C. B., & Cruise, T. K. (2001). *Child Abuse & Neglect: the school's response*. New York: Guilford Press.

Hymel, K. P. (2006). When is lack of Supervision Neglect? *Pediatrics*, 118, 1296-1298.

Jaudes, P. K. & Mackey-Bilaver, L. (2008). Do chronic conditions increase young children's risk of being maltreated? *Child Abuse & Neglect*, 32, 671-681.

Jonhson- Reid, M. J., Drake, B., Chung, S., & Way, I. (2003). Cross-type recidivism among child maltreatment victims and perpetrators. *Child Abuse and Neglect*, 27, 899-917.

Jonhson, C.F. (2002). Child maltreatment: recognition, reporting and risk. *Pediatrics International*, 44,554-560.

Jonson-Reid. M., Emery, C.R., Drake, B., & Stahlschmidt, M.J. (2010). Understanding Chronically Reported Families. *Child Maltreatment*,15(4) 271-281.

Lacharité, C., & Xavier, M.T. (2009). Violence conjugale et négligences graves envers les enfants. *EMPAN*, 73, 128-135.

Lacharité, C. (2009).Traitement en matière de négligence envers les enfants in:Clement, M. & Dufour, S. (eds). La violence a l'égard des enfants en milieu familial. C.E.C.

Lacharité, C. et al., (2005). *Programme d'aide personnelle, familiale et communautaire: Nouvelle génération*. Trois-Rivières (Québec) : GRIN/UQTR.

Lacharité, C., Ethier, L.S. & Nolin, P. (2006). Vers une théorie écosystémique de la négligence envers les enfants. *Bulletin de psychologie*, 59, 381-394.

LACRI - Laboratório de Estudos da Criança (2004). *A Ponta do Iceberg: dados de Incidência e Prevalência*. Recuperado em maio 2004, de: <http://www.usp.br/lp/laboratórios/lacr>.

Lessard, D., Chamberland, C.,& Lacharité, C. (2007). *Cahiers d'analyse des besoins de l'enfant - CABE*. Document interne: Groupe de recherche sur la victimisation des enfants (GRAVE) et Centre d'études interdisciplinaires sur le développement de l'enfant et la famille (CEIDF).

Lopes, M.V.G., & Tavares, J.P.A. (2000). Maus-tratos: 57 observações em enfermaria. *Pediatr Mod*, 36, 684-8.

Manso, J.M. (2002) Estudio de las variables que intervienen en el abandono físico o negligencia infantil. *Anales de Psicología*. 18(1), (pp. 135 – 150).

Martineau, S. (2005). L'instrumentation dans la collecte de données : L'observation en situation, enjeux, possibilités et limite. *Recherches Qualitatives* (2), 5-10.

Martinez, M. L. (1997) Concepciones Parentales en la definición de Negligencia Infantil. *Psykle* 6(1), (pp. 21 – 34).

Martins, C.B.G. & Jorge, M. H.P.M. (2009). Negligência e abandono de crianças e adolescentes: análise dos casos notificados em município do Paraná, Brasil. *Pediatrics*, 31(3), 86-97.

Martins, F.F.S. (2006). *Crianças negligenciadas: a face (in) visível da violência familiar*. Dissertação de Mestrado defendida no programa de Pós-Graduação em Psicologia, Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Belo Horizonte.

Matias, A.A., & Bazon, M.R. (2002). *Violência doméstica contra crianças e adolescentes: a ótica dos atores*. Monografia de Iniciação Científica apresentada ao programa especial de Bacharelado do Departamento de Psicologia e Educação da Faculdade de Filosofia Ciências e Letras de Ribeirão Preto – USP (Apoio: FAPESP).

Matos, M.A. (1983). A medida do Ambiente de Desenvolvimento Infantil. *Psicologia*, 9 (1), 5-18.

Mascarenhas, M.D.M., Malta, D.C., Silva, M.M.A., Lima, C.M., Carvalho, M.G.O., & Oliveira, V.L.A. (2010). Violência contra crianças: revelando o perfil dos atendimentos em serviços de emergência, Brasil, 2006 e 2007. *Cad. Saúde Pública*, 26(2), 347-357.

McElroy, E. M. & Rodriguez, C. M. (2008). Mothers of children with externalizing behavior problems: cognitive risk factors for abuse potential and discipline style and practices. *Child Abuse & Neglect*, 32, 774-784.

Mcgee, R. A.; Wolfe, D. A.; Yuen, S. A.; Wilson, S. K., & Carnochan, J. (1995) The measurement of maltreatment: a comparison of approaches. *Child Abuse & Neglect* 19(2), (pp. 233 – 249).

McLoyd, V. C. (1998). Socioeconomic disadvantage and child development. *American Psychologist*, 53, 185-204.

McSherry, D. (2007). Understanding and addressing the “neglect of neglect”: Why are we making a mole-hill out of a mountain? *Child Abuse & Neglect*, 31, 607-614.

Mennen, F. E., Kim, K., Sang, J. &, Trickett, P. K. (2010). Child neglect: Definition and identification of youth’s experiences in official reports of maltreatment. *Child Abuse & Neglect*, 34, 647-658.

Milner, J. S. (1986). *The Child Abuse Potential Inventory: Manual*. Webster, NC, Psyter.

Minayo, M.C.S. (2006). *O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde*. 9ª edição revista e aprimorada. São Paulo: Hucitec.

Ministério da Saúde. (2002). Notificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes por profissionais da Saúde: um passo a mais na cidadania em saúde. Recuperado em Janeiro de 2011, de: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/notificacao_maustratos_crianças_adolescentes.pdf

Minty, B., & Pattinson, G. (1994). The nature of child neglect. *Br. J. Social Work*, 24, 733-747.

Morais, E. P., & Eidt, O. R. (1999). Conhecendo para evitar: a negligência nos cuidados de saúde com crianças e adolescentes. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 20, 6-21.

Moreno, M., Jiménez, J., Oliva, A., Palácios, J. & Saldaña, A. (1995) Detección y caracterización del maltrato infantil en la Comunidad Autónoma Andaluza, *Revista Infancia y Aprendizaje* (Madrid.), 71.

Mrazek, P. J. & Haggerty, R. J. (org) (1994) *Reducing risks for mental disorders: frontiers for preventive intervention research*. Committee on Prevention of Mental Disorders, Division of Biobehavioral Sciences and Mental Disorders, Institute of Medicine. Washington, National Academy Press.

Moura, A.T.M.S., & Reichenheim, M.E. (2005). Estamos realmente detectando violência familiar contra a criança em serviços de saúde? A experiência de um serviço público do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saúde Pública*, 21, 1124-3.

Ney, P. G., Fung, T. & Wickett, A. R. (1994). The worst combinations of child abuse and neglect. *Child Abuse & Neglect*, 18(9), 705-714.

Noguchi, M.S., Assis, S.G., & Santos, N.C. (2004). Entre quatro paredes: atendimento fonoaudiológico a crianças e adolescentes vítimas de violência. *Ciênc Saúde Coletiva*, 9, 963-73.

NSW Departament of Community Service (2006). Effective parenting capacity assesment. Centte for parenting. Recuperado em janeiro de 2011, de: www.community.nsw.gov.au.

Ochotorema, J. (1996). *Explicaciones etiológicas de las diferentes situaciones de maltrato y abandono infantil*. Cap.2. In: De Paúl Ochotorema, J. & Arruabarrena Mandariaga, I., Manual de Protección Infantil, Barcelona.

Palacios, J., Jiménez, J., Oliva, A., & Saldaña, D. (1998). *Malos Tratos a los niños en la Familia*. In : Rodrigo MJ, Palacios J.organizadores. Familia y desarrollo humano, 399-422.Madrid: Alianza Editorial.

Piñon, E.A. (2005). *Maltrato físico e negligência de crianças: contribuições para a identificação de fatores de risco sócio-comunitários*. Projeto de Mestrado apresentado à Faculdade de Filosofia Ciências e Letras de Ribeirão Preto – USP.

Pires, A.N.D., Jamal, E.M., Brito, A.M.M., & Mendonça, R.C.V. (2005). Maus-tratos contra crianças e adolescentes: avaliação das notificações compulsórias no município de São José do Rio Preto. *Boletim Epidemiológico Paulista*, 2-8.

Polansky, N. A., Gaudin, J. M. Jr., Ammons, P.W. & Davis, K.B. (1985). The psychological ecology of the neglectful mother. *Child Abuse Negl*, 9(2), 265-75.

Public Health Agency of Canada. (2000). Child Neglect: Current Definitions and Models: A review of child neglect research, 1993-1998

Rios, K. S.A. (2006). Estratégias de mensuração e ensino para intervenção com famílias e prevenção de problemas de comportamento. Projeto de Doutorado ao Programa de Pós-Graduação em Educação Especial, do Departamento de Psicologia, Universidade Federal de São Carlos.

Riva, L.C., Romanelli, G. (2009). Negligência e cuidados parentais em famílias de baixa renda. In: Cunha, M.V. da; Pasian, S.R.; Romanelli, G.. (Org.). *Pesquisas em psicologia: múltiplas abordagens*. 1 ed. São Paulo: Vetor.

Santos, D.N., Carvalho, M.M., Pinho, M.A., & Nunes, A.P.R. (2005). Atendimento em psiquiatria da infância e Adolescência em serviços públicos de salvador. *Revista Baiana de Saúde Pública*, 29 (1), 35-42

Santos, L.E.S., & Ferriani, M.G.C. (2007). A violência familiar no mundo da criança de creche e pré-escola. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 60(5), 524-9.

Savoie-Zajc, L. (2007). *Comment peut-on construire un échantillonnage scientifiquement valide ? Recherches Qualitatives*. Hors Série, 5, 99-111, disponível em: <http://www.recherche-qualitative.qc.ca/revue.html>.

Schumaker, J., Smith Slep, A., & Heyman, R. (2001). Risk factors for child neglect. *Agression & Violent Behavior*, 6, 231-254.

Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (2004). Notificação de maus-tratos em crianças e adolescentes: guia para profissionais de saúde. Recuperado em janeiro de 2011, de: http://www.saude.sp.gov.br/resources/profissional/destaques/maus_tratos.pdf.

Sedlak, A.J., & Broadhurst, D.D. (1996). *Third national incidence study on child abuse and neglect*. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human services.

Stevenson, O. (2007). *Neglected Children and their families*. (2 ed). Blackwell Publishing.

Sociedade Brasileira de Pediatria (2001). Guia de Atuação Frente aos maus-tratos na infância e na adolescência. Recuperado em Janeiro de 2011, de: http://www4.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/MausTratos_SBP.pdf

Sullivan, S.. 2000. *Child Neglect: Current definitions and models- A review of child neglect research , 1993-1998*, Ottawa: Family Violence Prevention Unit, Health Canada.

Sullivan, P.M., & Knutson, J.F. (2000). Maltreatment and disabilities: a population based epidemiological study. *Child Abuse and Neglect*, 24(10), 1257-1273.

Tomio, A.G.S. (2000). *A violência doméstica contra crianças e adolescentes atendidos no Conselho Tutelar do município de Itajaí-SC*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo, 168 f.

Trocmé, N. M., Tourigny, M., MacLaurin, B., & Fallon, B. (2003). Major findings from the Canadian incidence study of reported child abuse and neglect. *Child Abuse and Neglect*, 27, 1427-1439.

U.S Department of Health and Human Services (1999). *Child maltreatment 1997: Reports from the states to the National Child Abuse and Neglect Data System*. Washington, DC: U.S. Government Printing Office.

U.S Department of Health and Human Services. (2006). *Child Neglect: a guide for prevention, assessment, and intervention*. Recuperado em: 08 de agosto de 2010, de <http://www.hhs.gov/> .

U.S Department of Helth and Human Services. (2009). *Child Maltratment 2009*. Recuperado em: 08 agosto de 2010, de http://www.acf.hhs.gov/programs/cb/stats_research/index.htm#can.

Vagostello, L., Oliveira, A.S., Silva, A.M., Donofrio, V., & Moreno, T.C.M. (2003). Violência doméstica e escola: um estudo em escolas públicas de São Paulo. *Paidéia* (Ribeirão Preto) 2003; 13:191-6.

Wasik, B.H. & Bryant, D. M. (2001). *Home Visiting: procedures for helping families*. Newbury Park, Calif.: Sage Publications.

Wilson, S. L., Kuebli, J. E., & Hughes, H. M. (2005). Patters of maternal behavior among neglectful families: Implications for research and intervention. *Child Abuse & Neglect*, 29, 985-1001.

Wolock, I., & Horowits, B. Child maltreatment as a social problem: The neglect of neglect. *American Journal of Orthopsychiatry*, 54 (4), 530-543.

World Health Organization and International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect. (2006). *Preventing Child Maltreatment: a guide to taking action and generating evidence*. Disponível em: <http://www.ispcan.org/publications.htm>.

Yin, R.K. (2009). *Case Study Research: Design and Methods* (4th ed). Los Angeles: Sage Publications.

Young, S. (2005). *Guide d'intervention en négligence pour les enfants 0-5 et leurs parents*. Centre jeunesse de Montréal. Institut universitaire.

Zuravin, S.J. (1999). Child Neglect: A review of definitions and measurement research. In H. Dubowitz (Ed). *Neglected Children. Research, Practice and Policy*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

APÊNDICES

APÊNDICE A: Conselho Tutelar – Procedimentos para a diligência junto às famílias notificadas pela creche/pré-escola que serão convidadas a participar do projeto de pesquisa de Juliana Martins Faleiros

Etapa 1- Apresentação: *Recebemos a informação de que a criança (nome da criança) está apresentando alguns problemas e/ou dificuldades e por isso viemos na casa do Senhor (a)..... para conversar e tentar compreender o que pode estar acontecendo com seu filho e ver as possibilidades de ajuda..*

Etapa 2- Escuta/Conversa: Nesse momento, o Conselho, com calma, deve dar espaço e tempo para a família falar, dar a sua opinião sobre o que pode estar acontecendo com a criança (com a família), quais seriam os motivos das dificuldades ou problemas, etc...

OBS: não é incomum que em caso de negligência, os responsáveis, às vezes, digam não saber do que se está falando... por que eles mesmos não vêem problema.

Nesse sentido, eles podem referir que não sabem o que está acontecendo.

Nesse caso, o Conselheiro Tutelar deverá descrever alguns dos INDICADORES FÍSICOS, EMOCIONAIS E/OU COMPORTAMENTAIS que contavam na descrição do caso, na notificação.

Etapa 3- Acompanhamento: *Por causa dessas informações que recebemos sobre (nome da criança) nós, do Conselho Tutelar, vamos realizar o acompanhamento da sua família durante um período de tempo, para podermos entender melhor o que se passa com o (a)..... como também pensarmos e procurarmos meios de ajudá-los nos cuidados com o (a).....*

Etapa 4- Encaminhamento para Juliana: *Como falamos, nós teremos que realizar um acompanhamento da sua família por um determinado tempo. Está vindo aqui na cidade uma psicóloga, da USP de Ribeirão, chamada Juliana Martins Faleiros, que está desenvolvendo um trabalho, um estudo sobre crianças e famílias que apresentam dificuldades como essas que a gente mencionou..ela não é do Conselho Tutelar, mas ela nos pediu para dizer que, se vocês CONCORDAREM, ela viria até a casa de vocês para conversar e explicar o que está fazendo e, na medida do possível, ajudar.*

Se vocês aceitarem, nós vamos entrar em contato com ela para que ela possa procurá-lo.

Se não quiserem não há problema algum...nós faremos o acompanhamento, como já dissemos e, se houver necessidade, entraremos em contato com outros profissionais, aqui de Serra Azul mesmo.

➤ Se a família aceitar deixar o meu nome com eles (Juliana Martins Faleiros) e ressaltar que eu vou procurá-los para conversar.

APENDICE B: Síntese da história da infância do adulto cuidador

- **A história da infância da genitora da Família A (Gisele)**

Sobre sua infância Gisele conta que sempre morou com sua mãe biológica. Durante a infância era a avó quem mais cuidava dela e considera que esse cuidado foi adequado. Gisele diz que não gostaria de ser o mesmo tipo de mãe que a sua foi (mas não sabe explicar o porquê), mas diz que tem sentimentos positivos pela mãe e considera que a relação das duas foi razoável. Em relação ao pai, Gisele diz que tem mais sentimentos negativos e que sua relação foi muito ruim (não tinha contato “nem ligava”). Considera, dessa forma, que não foi amada pelo pai como deveria ter sido. Em relação a sua mãe, considera ter sido amada “razoavelmente”.

Sobre o relacionamento da mãe com o pai, diz que aconteciam muitas, brigas, mas não se lembra, pois era muito pequena. As brigas, não só verbais, mas também físicas, foram frequentes com os outros companheiros também.

Em relação à disciplina, Gisele diz que sua mãe utilizava, frequentemente, a punição corporal **desde antes dos 5 anos de idade**. Diz que a mãe bateu tantas vezes que perdeu as contas. Apanhava com “vassoura, borracha, copo, tudo”. Gisele relata que, frequentemente, sente que foi punida indevidamente porque quando apanhava “*não sabia o que estava acontecendo*”. Como consequência da punição física, Gisele lembra que tinha inúmeros hematomas e uma vez **necessitou de cuidados médicos** devido a uma fratura no braço. Quando a mãe corrigia verbalmente, era por meio de xingos e gritos. Gisele não podia questionar a opinião de sua mãe.

Em relação aos cuidados físicos recebidos, Gisele considera que não recebeu os cuidados necessários em relação à higiene e alimentação. Diz, no entanto, que nunca ficava longos períodos sozinha em casa e que sempre que recebeu os cuidados necessários quando estava doente. Conta que passou a ajudar nas tarefas domésticas desde que tinha doze anos, varrendo a casa. Afirma nunca ter sido tocada em partes do corpo que não quisesse, por qualquer adulto.

No decorrer da pesquisa, Gisele acrescentou que nunca foi cuidada direito por sua mãe.

- **A história da infância da Genitora Família B (Lúcia)**

Sobre sua infância, Lucia conta que morou uma parte do tempo com seus pais biológicos tendo ido mais tarde morar (aos 10 anos) com a avó. Conta que o pai bebia muito e que este a rejeitava por não acreditar que era sua filha. Conta que por ter a pele branca e os olhos verdes, o pai a xingava e dizia que “*era filha de rato e não filha dele*” e, por isso, a tratava muito mal e descarregava toda a sua raiva nela. Relata que desde antes dos 5 anos, o pai batia nela “*com tudo quanto é tipo de coisa: pau, vassoura, corda, fio...*”. Batia em todas as partes do corpo inclusive na cabeça. Lucia lembra que chegou a ser internada na UTI depois que o pai enfiou suas pernas em um balde com água fervendo. Depois desse episódio, a avó levou-a para morar junto dela. Acha que quase foi punida injustamente porque nunca sabia o motivo e não podia questionar o seu pai. Diz que era uma menina “*muito revoltada*”

Dessa forma, Lucia sente que não foi a amada nem pelo pai e nem pela mãe como uma criança deveria ser amada. Lucia diz ter sentimentos negativos em relação ao pai e a mãe (que não a protegeu), mas considera, muito ruim, a relação que teve, especialmente, com seu pai. Com sua mãe considera ter tido uma relação “razoável” durante a sua infância. Sobre seus sentimentos em relação a seus pais, Lucia diz que “*nunca senti o carinho dos meus pais*”.

Em relação aos cuidados que recebeu na infância, Lucia não se lembra de ter ficado longos períodos sozinha em casa, mas que nem sempre os cuidados com a alimentação e higiene eram adequados (às vezes tinha fome e usava roupas sujas). Quando ficava doente, também acha que não recebia a atenção necessária. Relata nunca ter sido tocada por ninguém em partes do corpo que não quisesse. Lucia conta que começou a ajudar nas tarefas domésticas desde muito pequena: “*aos cinco anos eu já mexia no fogão*” e com nove anos começou a trabalhar na lavoura. Lucia conclui, dizendo que teve uma infância muito triste e infeliz.

- **A história da infância da Genitora da Família C (Mariana)**

Mariana sempre morou com seus pais biológicos até sair de casa. Na sua infância, no entanto, foi cuidada também pela avó. Considera que o cuidado que recebeu adequado e responde que gostaria de ser o mesmo tipo de mãe/pai que os seus foram para ela. Mariana diz que tem sentimentos positivos tanto pelo seu pai quando pela sua mãe, mas pensa que sua relação com ambos não foi “muito boa”, e sim razoável. Considera, no entanto, que foi amada por ambos os pais.

Durante a entrevista, Mariana diz não se lembrar nem de brigas entre seus pais e diz que estes não descarregavam a raiva nela. Diz, entretanto, que eram frequentes as punições corporais desde os seis anos de idade. A mãe batia com a mão e o pai batia com objetos como a cinta nas suas costas. Acha que as punições que recebia eram justas porque “*era muito arteira*”. Mariana nunca chegou a precisar de cuidados médicos por causa das punições, mas ficava com hematomas. Diz que quando era corrigida verbalmente, era por meio de gritos e xingamentos, mas que sempre conseguia compreender os motivos. Nunca podia questionar a opinião dos pais.

Sobre os cuidados que recebeu, relata nunca ter sido deixada longos períodos sozinha em casa e ter sempre recebido os cuidados adequados em relação à alimentação, higiene e saúde (sempre foi cuidada quando estava doente). Diz também que nunca foi tocada em partes do corpo que não quisesse por nenhum adulto. Desde os 10 anos, Mariana ajudava nas tarefas domésticas: lavava louça, varria a casa e lavava roupas.

- **A história da infância da Genitora da Família D (Lucimara)**

Lucimara passou a infância com os pais biológicos até sair de casa. Considera que recebeu os cuidados adequados dos cuidadores e gostaria de ser o mesmo tipo de mãe/pai que os seus foram para ela. Relata que tem apenas sentimentos positivos por sua mãe e pai, mas considera que teve uma relação “*razoável*” com ambos. Diz que os pais sempre preferiram as irmãs mais velhas a ela e que sempre foi “*a ovelha negra da família*”. Considera, por isso, que foi amada por seus pais, “*mas também rejeitada...*”.

Sobre o relacionamento dos pais, diz que havia muitas brigas, quando os pais chegavam a “se pegarem”, pois o pai é alcoólatra e estava frequentemente bêbado.

No que se refere à disciplina, relata que pai e mãe utilizavam castigos, broncas e punições corporais e que usavam as mãos para bater, mas, às vezes, também objetos como cinta. No entanto, nunca batiam na cabeça, pois tinham medo de machucar. Como resultado das punições corporais, Lucimara tinha hematomas, mas nunca precisou de cuidados médicos. Lucimara se lembra de ter “apanhado” muitas vezes, a partir dos 6 anos de idade. Não acha que foi punida indevidamente e quando era corrigida verbalmente conseguia entender o motivo dos pais, mas nunca podia questioná-los.

Sobre os cuidados que recebeu na infância, diz que nunca foi deixada sozinha em casa, e que sempre recebeu os cuidados necessários em relação à alimentação, higiene e todas as vezes que estava doente. Relata também que, a partir dos oito anos, já ajudava nas tarefas domésticas, arrumando a casa e lavando louças. Lucimara disse que nunca chegou a ser tocada em partes do corpo as quais não quisesse nem por seus pais ou responsáveis e nem por qualquer outra pessoa. Considera que teve uma infância “*mais ou menos*” por nunca ter se sentido completamente amada pelos pais.

- **História da infância da Genitora da Família E (Vânia)**

Vânia conta que sempre morou com os pais biológicos até sair de casa. Considera que os cuidados que recebeu durante a infância foram adequados e diz que gostaria de ser o mesmo tipo mãe/pai que seus pais foram pra ela, somente em alguns aspectos. Considera que teve uma relação muito boa com sua mãe e tem por ela sentimentos positivos. Em relação a seu pai, Vânia parece ter dificuldades em responder a questão, devido ao falecimento recentemente do mesmo. Vânia se emociona ao falar do pai, mas conclui que também tinha uma boa relação com o mesmo. Acrescenta,

no entanto, que também tem alguns sentimentos negativos “*de mágoa*” em relação ao pai, porque este, frequentemente, descarregava a raiva nela, gritando, xingando e batendo. Vânia conta que o pai batia nela com objetos, em qualquer parte do corpo, e que uma vez precisou ir para o hospital e levar 20 pontos na cabeça. Neste episódio, conta que a família ficou com medo de levá-la ao hospital, com medo do pai ser preso, mas ela teve que ser levada devido à gravidade de seu estado. O pai teve que se apresentar na delegacia, mas foi liberado. Valéria diz que ficou com muito medo do pai ser preso “*por minha culpa*”. A mãe não usava punição corporal e apenas dava broncas ou colocava de castigo. Vânia, no entanto, acha que não foi punida injustamente (porque era uma menina “*arteira*”). Após refletir, muda a resposta, dizendo que sim, talvez tenha sido punida injustamente porque, apesar de ser *arteira*, “*não havia necessidade de machucar daquele jeito*”. Vânia chora ao falar da violência física que sofreu. Diz, no entanto, que o pai começou a bater somente quando ficou mais velha (a partir dos 12 anos), quando começou a querer sair de casa para ficar para rua com amigas e amigos, mas que não apanhou muitas vezes: “*poucas vezes, umas três*”.

Vânia se lembra que seus pais brigavam, mas eram só brigas verbais. Considera que recebeu todos os cuidados adequados em relação à alimentação, higiene, proteção (nunca foi deixada sozinha em casa) e saúde (sempre era tratada quando estava doente). Diz que nunca foi tocada em partes do corpo que não quisesse por nenhum adulto ou qualquer pessoa. Conta também, que a partir dos nove anos, já ajudava em tarefas domésticas, limpando a casa, arrumando a cozinha, mas nunca fazendo “*coisas perigosas*”. Vânia conclui dizendo que teve uma infância boa e feliz.

- **História da infância da Genitora da Família F (Silvana)**

Silvana conta que sempre morou com os pais biológicos até sair de casa. Relata que não gostaria de ser o mesmo tipo de mãe/pai que os seus foram, pois estes eram muito rígidos com os filhos. Considera que teve uma relação “*razoável*” com pai e mãe, e diz que, em relação à mãe, tem sentimentos positivos, mas no que diz respeito ao pai, estes sentimentos são negativos. Silvana não considera que foi amada “*como uma criança deveria ser*” nem pelo pai e nem pela mãe. Quem cuidou de Silvana durante a infância foi a irmã mais velha.

Silvana relata que pai e mãe descarregavam a raiva nela e batiam muito desde antes dos cinco anos. O pai batia mais e com diferentes objetos: pau, arreio, cinta, etc. Batia em qualquer lugar do corpo. Os pais também davam broncas e a mãe colocava de castigo. Silvia lembra que ficava toda marcada com hematomas e, apesar de nunca ter precisado de cuidados médicos, conta que uma irmã teve que ser levada para o hospital depois de apanhar. Silvana se lembra de ter apanhado muitas e muitas vezes, e de ser corrigida verbalmente, mas sem nunca entender o motivo: “*não entendia o motivo de jeito nenhum*”. Silvana diz que se sentia sempre “*muito desvalorizada*”, pois sempre se esforçou para ser uma boa filha, mas nunca conseguia agradar os pais. Considera que teve uma infância triste por isso.

Sobre os cuidados físicos e com a segurança, Silvana se lembra de ter sido deixada algumas vezes sozinha em casa, mas que sempre recebeu os cuidados necessários em relação à higiene, alimentação e saúde (sempre que estava doente era cuidada). Sílvia também relata que nunca foi tocada, por nenhum adulto, em partes do corpo nas quais não quisesse.

A partir dos sete anos Silvana já ajudava nas tarefas domésticas, varrendo a casa e lavando a louça.

- **A história da infância da Genitora da Família G (Claudia)**

Claudia relata que morou com os dois pais biológicos até sair de casa. Durante sua infância, conta que sua mãe teve a ajuda da sua avó e de uma tia para cuidar dela e considera o cuidado que recebeu na infância adequado. Diz, entretanto, que não gostaria de ser exatamente mesmo tipo de mãe ou pai que os seus foram, pois gostaria de mudar alguns comportamentos, os quais considerava (principalmente do pai), muito severos (o pai era alcoolista e segundo Claudete se “*descontrolava*” frequentemente com a mãe e com os filhos). Quando se lembra da infância, Claudia diz ter sentimentos positivos em relação à mãe (diz que foi amada pela mãe, embora considere que a relação

entre as duas tenha sido razoável), mas sentimentos negativos pelo pai, com o qual não tinha uma boa relação e sente que não foi suficientemente amada como uma criança deveria ser.

Lembra que os pais brigavam muito (chegavam a “se pegar” em algumas brigas) e, muitas vezes, descarregavam a raiva nos filhos xingando ou batendo. Quando os pais a repreendiam verbalmente, às vezes ela conseguia entender o motivo, às vezes não. Mas nunca se sentia a vontade para questionar a opinião dos mesmos.

Em relação à punição corporal, Claudia conta que o pai batia nela e nos irmãos e que começou a bater desde muito cedo quando tinha seis anos de idade, a com a mão ou com objetos (mangueirinha, cinta, corda). Foram tantas as vezes que apanhou que Claudia perdeu as contas. Quando era a mãe que batia, esta não usava instrumentos, apenas a mão. Como consequência da punição corporal Claudia tinha hematomas, mas nunca precisou de cuidados médicos.

Considera, no entanto, que durante toda a infância recebeu os cuidados necessários em relação à higiene e alimentação, e sempre que estava doente. Nunca permaneceu longos períodos sozinha em casa nem se sentiu desrespeitada no sentido de ser tocada, por qualquer adulto, em partes do corpo que não quisesse.

- **História da Infância da Genitora da Família H (Isabela)**

Durante a infância de Isabela, esta relata que sempre morou com os pais biológicos até sair de casa. Além da mãe, Isabel recebia os cuidados da irmã mais velha. Isabela considera o cuidado que recebeu durante a infância adequado e diz que gostaria de ser o mesmo tipo de pai e mãe que os seus foram com ela, na maioria das atitudes e postura, mas não em todas.

Isabela diz ter mais sentimentos positivos que negativos em relação a seu pai e sua mãe, com os quais considera que teve uma relação muito boa durante a infância. Considera que foi completamente amada pela mãe, mas não pelo pai, que, muitas vezes, descarregava a raiva nela batendo. Isabel se lembra que o pai batia com cinta ou cipó em suas pernas, a partir dos seis anos de idade. Diz que apanhou muitas vezes dessa forma e que tinha hematomas como consequência da punição corporal. Sua mãe, por sua vez, a colocava de castigo. Não considera, no entanto, que foi punida indevidamente ou injustamente. Quando os pais a repreendiam verbalmente era na forma de bronca séria, mas sem xingar ou gritar. Quando era corrigida na forma verbal conseguia compreender o motivo. Não se sentia, entretanto, à vontade para questionar a opinião de seus pais. Se lembra também que os pais não brigavam muito entre eles.

Na sua família, começou a ajudar nas tarefas domésticas a partir dos 10 anos de idade, lavando louça, tirando pó, ajudando a limpar a casa.

Isabela disse que nunca foi deixada sozinha em casa por longos períodos e sempre recebeu os cuidados necessários em relação à alimentação e higiene. Quando estava doente, diz que sempre recebeu a atenção necessária de seus pais. Isabela relata que nunca foi tocada em partes do corpo que não quisesse por qualquer pessoa e considera que teve uma infância muito boa e feliz.

- **História da Infância da Genitora da Família I (Amanda)**

Sobre sua infância, Amanda conta que morava com sua mãe biológica e o padrasto e não teve muito contato com o seu pai biológico que morreu muito cedo (não lembra a idade). No entanto, quem mais cuidava dela era a avó. Sobre o cuidado recebido, Amanda o julga adequado, dizendo que gostaria de ser exatamente como sua mãe foi para ela. Considera que a relação com sua mãe era muito boa, tendo apenas sentimentos positivos sobre a cuidadora. O mesmo considera em relação ao padrasto. Amanda relata que foi muito amada, tanto pela mãe quanto pelo pai/padrasto.

Sua infância, no entanto, julga ter sido “mais ou menos”, pois sua mãe sempre foi muito doente (não sabe descrever o que a mãe tinha). Sobre o relacionamento dos pais, diz que estes nunca brigavam e que não descarregavam raiva nela e nem batiam: “*nunca apanhei*”. Quando os pais precisavam chamar a atenção era por meio de bronca séria, mas nunca xingando ou gritando. Acrescenta que não ousava questionar a opinião de seus pais.

Lembra que permanecia em casa alguns períodos sozinha, mas apenas algumas vezes (não lembra a partir de que idade). Considera que recebia os cuidados adequados em relação à higiene,

alimentação e também sempre quando estava doente. Durante a infância, Alessandra disse que nunca chegou a ser tocada em partes do corpo as quais não quisesse nem por seus pais ou responsáveis e nem por qualquer outra pessoa.

- **História da Infância da Genitora da Família J (Marisa)**

Dona Marisa conta que, durante a sua infância, sempre morou com os dois pais biológicos até o momento que saiu de casa. Fala que sempre quis ser uma mãe como a sua foi para ela “*sou igualzinha a ela*”. Sobre a mãe e o pai, Dona Marisa tem somente sentimentos positivos e considera que a relação que teve com ambos foi muito boa, “*maravilhosa*”. Sente ter sido amada tanto pelo pai como pela mãe, mas considera que a mãe sempre teve uma relação “*mais chegada com os filhos*” do que o pai.

Dona Marisa diz que os pais nunca brigaram muito e nunca chegaram a descarregar raiva nos filhos. Em relação à disciplina, diz que os pais não se utilizavam de punição corporal, mas davam broncas ou colocavam de castigo (quem fazia esse papel era sempre o pai). Quando era corrigida verbalmente, sempre conseguia entender os motivos dos pais, mas não podia questionar a sua opinião.

Em relação aos cuidados físicos, Dona Marisa diz ter recebido sempre cuidados adequados em relação à alimentação, higiene e saúde (tendo sempre recebido a atenção necessária quando estava doente).

Aos 11 anos já ajudava nas tarefas domésticas, limpando a casa, lavando louça. Relata também que nunca aconteceu de ter sido tocada em partes do corpo que não quisesse por qualquer pessoa.

- **A história da infância da Genitora da Família L (Júlia)**

Sobre a sua infância, Júlia diz que sempre morou com os pais biológicos, quem cuidava dela. Quando perguntada se gostaria de ser do mesmo tipo de pai e mãe que seus pais foram para ela, Júlia enfaticamente responde que não. Após alguns segundos, diz que o pai abusava sexualmente dela. Conta sua história e diz que embora todos desconfiassem do abuso, ninguém fazia nada, nem a mãe, a qual tentou falar do abuso por várias vezes, mas nunca acreditou nela. Sobre o abuso sexual, Júlia se lembra, que durante sua infância, houve denúncias, que não eram levadas a cabo pela polícia e por isso a situação não mudava. Só aos 15 anos, após uma denúncia acatada por uma delegada, o pai de Júlia foi preso. Após sair da prisão, ele e sua mãe mudaram de cidade. Dessa forma, Júlia relata ter apenas sentimentos negativos em relação a ambos os pais, e considera muito ruim a relação que teve com a mãe e pai durante a infância.

Diz ter tido uma infância muito triste e ruim, pois não foi amada como deveria ter sido, nem pelo pai e nem pela mãe. Relata também que os pais, frequentemente, descarregavam a raiva nela por meio de xingamentos e gritos, e que “perdeu as contas” de quantas vezes apanhou do pai, que batia com arame, fio, pedaço de pau “tudo que via pela frente e onde pegasse”: bumbum, costas, olho (Júlia ficou parcialmente cega devido ao abuso físico) que acontecia desde antes dos 5 anos de idade. Diz também que nunca se sentiu à vontade para questionar as opiniões de seus pais e nunca sabia por que estava apanhando. Acha que apanhou sempre injustamente, sem motivo.

Júlia relata, também, que, muitas vezes, era excluída das atividades familiares e era deixada sozinha em casa durante longos períodos, trancada em um quarto, enquanto pai, mãe e irmão iam passear. Também não recebia o cuidado necessário de seus pais quando estava doente. Considera, no entanto, que recebia cuidados necessários em relação à higiene e alimentação. A partir dos 6 anos já ajudava na tarefa doméstica e fazia tudo dentro da casa.

- **A história da Infância do genitor da Família M (Diogo)**

Diogo, pai de Kevin, relata que teve uma infância muito boa e feliz. Considera que a relação tanto com a mãe como com o pai foram boas, pois sente que foi amado por ambos cuidadores e por isso tem sentimentos positivos pelos dois.

No que diz respeito à disciplina, Diogo afirma que recebia punições quando criança como broncas e castigos, mas não “apanhava”. Na maioria das vezes, que dava broncas era a mãe. Esta, às vezes, quando estava nervosa acabava também descontando a raiva nele, mas por meio de xingamentos. Diogo acha que sempre que foi punido havia motivos, pois era muito “*arteiro*”. Quando era corrigido verbalmente conseguia entender os motivos dos pais, mas nunca podia questionar suas opiniões.

Sobre os cuidados que recebeu quando era criança, Diogo conta que nunca foi deixado sozinho em casa (só depois que fez 13 anos) e que sempre recebeu os cuidados adequados, em relação à alimentação, higiene e sempre que estava doente.

No que se refere ao relacionamento conjugal de seus pais, Diogo lembra brigavam muito e, às vezes, chegavam a se pegar. Thiago nunca chegou a ser tocado por qualquer pessoa em partes do corpo que não quisesse.

APENDICE C: Resultados da avaliação do Questionário de Apoio Social (QAS)⁵⁷

	Material	Afetivo	Emocional	Informal	I. Social	Total
Família A	11	8	8	9	10	46
Família B	7	3	7	4	6	27
Família C	6	9	8	10	12	45
Família D	12	8	11	7	10	48
Família E	16	14	12	14	10	66
Família F	9	4	11	10	9	27
Família G	20	15	18	17	20	90
Família H	8	3	9	12	10	42
Família I	4	4	4	6	4	22
Família J	20	13	15	9	12	69
Família L	16	12	16	18	13	43
Família M (pai)	16	13	14	15	18	76
Família M (avó)	20	13	15	9	12	69
Grupo Controle (Mello, 2008)	16,3	13,9	16,4	16,93	16,67	80,33
Grupo Clínico (Mello, 2008)	14,8	12,2	14,3	14,9	14,5	70,8

⁵⁷ Os resultados dos participantes do presente estudo foram comparados com os resultados de Mello (2008).

APENDICE D: Resultados da avaliação realizada a partir do Índice de Stress Parental (ISP)⁵⁸

Participantes	Pais	Pais/Crianças	Criança
Família A	31	33	42
Família B	32	32	39
Família C	58	42	41
Família D	51	37	34
Família E	32	31	38
Família F	45	39	38
Família G	47	35	29
Família H	52	37	45
Família I	36	28	32
Família J	35	37	29
Família L	33	27	26
Família M	27	28	34
Grupo Comparação (Mello, 2008)	31,73	29,8	32,57
Grupo Clínico (Mello, 2008)	35,67	33,17	33,17
Grupo de Comparação (Bérgamo, 2007)	33,3	28	29,7
Grupo Clínico (Bérgamo, 2007)	35,7	31,33	34,13

⁵⁸ Os resultados do ISP foram usados de forma exploratória, tendo como parâmetro de comparação os resultados obtidos por Bérgamo (2007) e Mello (2008).

ANEXOS

ANEXO A: Indicadores de Negligência (Bringiotti, 2000, Horton & Cruise, 2002)

Indicadores físicos

- Abandono
- Falta de abrigo
- Problemas físicos desatendidos ou necessidades médicas ignoradas.
- Carência de supervisão e vigilância adequada.
- Ingestão de produtos de limpeza, medicamentos, etc.
- Fome permanente, vitaminopatia, tanto desnutrição quanto anemia, alimentação abundante, mas inadequada.
- Vestimenta inapropriada para as condições climáticas.
- Aparência física desalinhada, falta de higiene.
- Condições persistentes e não tratadas (piolhos, sarna, doenças de pele, etc).
- Atrasos no desenvolvimento (fala, compreensão, peso, etc.).
- Problemas na aquisição de habilidades correspondentes a cada estágio evolutivo.
- Criança não registrada ou não freqüentando a escola.
- Aparência física pálida, estômago distendido.

Indicadores comportamentais

- Está permanentemente cansado, e dorme durante a aula.
- Rouba ou pede comida para os colegas de classe.
- Fugas freqüentes do lar.
- Habilidades verbais ou cognitivas inferiores em relação à sua idade.
- Ausência ou atraso freqüente na escola.
- Abandono escolar.
- Incapacidade para manter relações duradouras.
- Pessimismo, falta de confiança, depressão.
- Auto-destrutivo.
- Manifestações emotivas extremas (tristeza ou felicidade inapropriadas).
- A criança se envolve em atividades perigosas ou potencialmente perigosas.
- Baixo controle de impulsos.
- Demanda constante de atenção e afeto.
- Falta de participação e interesse dos pais.
- Delinqüência.
- Abuso de álcool.
- Relata que nenhum dos cuidadores estão em casa.
- Assume o papel de adulto como cuidador.
- Falta de confiança nos outros, imprevisível.
- Planeja apenas para o momento.