

A ética do cuidado e as ações em saúde e educação

The ethics of care and the actions in health and education

Conceição Aparecida Serralha

Universidade federal do Triângulo Mineiro – UFTM

E-mail: serralhac@psicologia.uftm.edu.br

Resumo: Este estudo, tendo por base a teoria do amadurecimento de Winnicott, pretende discutir a natureza e a qualidade do cuidado ao indivíduo, as características do ambiente cuidador e a relação deste com a cultura em que se insere e da qual sofre influências. Discute ainda, a partir de experiências em atividades de extensão e pesquisa realizadas com profissionais da educação infantil e da saúde, e familiares de crianças na primeira e segunda infância, como o cuidado tem ocorrido nesses ambientes e nas ações em saúde e educação com as famílias. Para tanto, foram realizadas leituras de textos winnicottianos e de outros autores, bem como analisadas, qualitativamente, observações dos ambientes da criança e de encontros com profissionais dessas áreas. Compreende-se que, diante da dificuldade do oferecimento de ambientes familiares suficientemente facilitadores, várias ações, norteadas por políticas públicas, têm sido empreendidas. Contudo, embora essas ações sejam necessárias para a sobrevivência dos indivíduos a quem são destinadas, elas não têm oferecido um cuidado que possibilite o amadurecimento psicossomático a estes.

Palavras-chave: desenvolvimento emocional; ética do cuidado; ações em saúde e educação; ambiente.

Abstract: This study, based on the development theory of Winnicott, aims to discuss the nature and the quality of the care to the individual, the characteristics of the care environment and its relation with the culture in which it is inserted and is influenced by. From experiences in extension and research activities carried out with professionals of child education and of health, and also relatives of children in the first and second childhood, this study still discusses how the care has occurred in these environments and in the actions in health and education with the families. For that, readings of winnicottian texts and other authors were done. Also, observations of the environments of the child and meetings with the professionals of this area were analyzed, qualitatively. It is understood

that, towards the difficulty of the offer of sufficiently facilitator family environments, many actions, influenced by public politics, have been undertaken. However, although these actions are necessary to the survival of the individuals to whom they are destined to, they don't offer a care that makes the psychosomatic development possible to them.

Key-words: emotional development, ethics of care, actions in health and education, environment.

É certo que um bebê não poderá tornar-se uma pessoa se só existir um meio ambiente não-humano; nem mesmo a melhor das máquinas pode oferecer aquilo de que se necessita. Não, um ser humano se faz necessário, e os seres humanos são essencialmente humanos – isto é, imperfeitos – e não possuem a infabilidade das máquinas. O uso que o bebê faz do meio ambiente não humano depende do uso que ele fez anteriormente de um meio ambiente humano.

(Winnicott, 1988/1999, p. 82)

A razão de iniciar o texto, expondo esse pensamento de Winnicott, se ancora em minhas inquietações sobre a forma como o ser humano tem cuidado daquilo que é de todos, daquilo que é do outro e, também, em relação ao que tenho me deparado ao observar algumas práticas nos diversos setores comprometidos com o cuidado ao indivíduo, em especial, setores da saúde e da educação. Tratando-se de bebês e crianças pequenas, uma rede de cuidados, que se caracteriza por articulações que diversificam, integram e ampliam os cuidados oferecidos, tem se expandido, abarcando a mãe e a relação mãe-bebê, bem como a relação educador-criança. Nisso, essa expansão vai em direção à teoria do amadurecimento de Winnicott (1988/1990), que entende a necessidade de um ambiente integrado de vários ambientes específicos – que se abrem gradualmente e se inter-relacionam – para fornecer ao indivíduo a possibilidade de ser (Serralha, 2007).

Contudo, essa rede ordinariamente tão necessária merece cuidados ela própria, pois, em alguns casos, pode alterar-se rapidamente, assemelhando-se mais a outro tipo de rede – de pesca –, com uma característica aprisionadora, imobilizadora e sufocante, do que a um apoio efetivo que leve em conta as reais necessidades dos envolvidos. A ideia de que se pode ter um método, uma técnica, ou um saber, mais certo e perfeito que os demais, tende a se implantar com incrível facilidade, sempre que se vivem angústias no cuidado ao outro. Isso nos faz pensar sobre a ética que envolve os cuidados oferecidos, além de chamar nossa atenção para os equívocos gerados a partir de determinados saberes, que garantem saber antes de um contato com o outro qual é a necessidade deste.

A psicanálise, tradicionalmente, discute a questão ética relacionada à naturalização das necessidades humanas e à proposição de cuidados universalizada e utópica, que retira a dimensão subjetiva daqueles que recebem e fornecem cuidados. Estes cuidados se tornam padronizados; viram protocolos, como na saúde, em que já não se faz nada sem estes. Isso, por um lado, tem evitado que inúmeros erros técnicos possam ocorrer. Por outro lado, interfere na possibilidade de desenvolver, no profissional, a capacidade de ver e estar com o outro, de se sentir na condição do outro para, então, oferecer um cuidado que vá ao encontro da necessidade deste, no tempo. Um cuidado que depende não só de conhecimentos, mas também da sensibilidade e disponibilidade do cuidador. De acordo com Motta (2011), “a ética do cuidado, [pensada pela psicanálise, ...] é a do cuidado enquanto experiência essencialmente humana, se tiver por direção a localização subjetiva”, “não se refere a nenhum código [...] se refere ao sujeito, enquanto sujeito do desejo inconsciente” (p. 149).

Winnicott (1989a/1994), entretanto, considerou-se “a figura de proa do movimento no sentido de um reconhecimento da *satisfação da necessidade* como mais inicial e fundamental que a realização de desejos” (p. 357), considerando o bebê desde o início como uma pessoa. É essa satisfação que irá possibilitar ao ser humano chegar à condição de desejar, e é a essa satisfação que podemos relacionar uma ética, uma vez que a dependência do ser humano de outro ser humano para a satisfação de suas necessidades é um fato. Isso implica uma responsabilidade de atender ao que o bebê necessita de uma maneira que favoreça o desenvolvimento de suas tendências herdadas, que lhe possibilite continuar sendo, que lhe possibilite a sua personalidade. O cuidado que não leva a esse atendimento, mas que visa atender e moldar o outro de acordo com o que idealizamos ou desejamos, torna-se não ético.

Neste estudo, pretendo discutir a natureza e a qualidade do cuidado ao indivíduo, as características do ambiente cuidador e a relação deste com a cultura em que se insere e da qual sofre influências. Discuto ainda, a partir de experiências em atividades de extensão e pesquisa realizadas com profissionais da educação infantil e da saúde, e familiares de crianças na primeira e segunda infância, como o cuidado tem ocorrido nesses ambientes e

nas ações em saúde e educação junto às famílias. Para tanto, foram realizadas leituras de textos winnicottianos e outros autores, bem como analisadas, qualitativamente, observações dos ambientes da criança e de encontros com profissionais dessas áreas, que possibilitaram diálogos importantes para a troca de conhecimentos e a expressão de dúvidas e angústias próprias ao educar/cuidar.

1. O cuidado que possibilita o amadurecimento

Embora Winnicott afirmasse que não havia muita evidência de que a natureza humana mudou na história do homem e, por isso, a dependência no início da vida em nada se modificou, ele mencionou que há muita diferença no fato de uma criança nascer aqui ou ali, “ser filho de um beduíno [...] ou de um prisioneiro político na Sibéria”, ou, ainda, “ser filho único, filho mais velho” etc. (1987a/1999, p. 80), destacando os aspectos culturais no atendimento das necessidades de uma criança. Ele considerou valiosas as contribuições de Margareth Mead e Erik Erikson ao descreverem que “o cuidado materno, em vários tipos de culturas, determina em idade muito inicial os padrões das defesas do indivíduo e também os diagramas para a sublimação posterior” (citado por Winnicott, 1989a/1994, p. 141). Além disso, Erikson (1950) também asseverou que comunidades “podem moldar” alguma sintomatologia apresentada por um membro seu “em direções que acabarão por ser valiosas para a comunidade localizada” (citado por Winnicott, 1989a/1994, p. 95).

De acordo com Robert (2003), a transmissão cultural, ou seja, a transmissão dos costumes, tradições, crenças, valores etc., “não é uma simples herança e ainda menos uma repetição, uma clonagem, ela se apoia sobre uma transformação que supõe um processo de apropriação” (citado por Suassuna, 2011, p. 21). Segundo Lemaire (2003), trata-se de uma transmissão psíquica que pode ter três modalidades: uma *transmissão intrapsíquica*, na qual se evidenciaria o papel da identificação; uma *transmissão intersubjetiva*, que suporia um espaço transicional comum ao grupo familiar, no qual os espaços transicionais de cada membro se relacionariam – modalidade baseada na teoria sobre os objetos e fenômenos transicionais de Winnicott (1971a/1975) –; e uma *transmissão transpsíquica*, por meio da

qual o que é transmitido o é à força, independentemente da vontade ou da permissão de quem recebe. Neste último caso, as defesas do indivíduo são rompidas e ele é obrigado a se identificar (citado por Suassuna, 2011). Para Kupfer (2007), o psicanalista, em razão de suas noções sobre o inconsciente e sobre os mecanismos de transmissão inconscientes da cultura, pode ver que “os adultos transmitem às crianças muito mais do que supõem, e não têm consciência de como o transmitem” (p. 216).

Winnicott tinha uma forma particular de entender esse processo. Para ele, por exemplo, os pais têm um papel fundamental na substituição do princípio do prazer pelo princípio da realidade, só que isso não é feito com a

[...] introdução de sua ideia do mundo real à criança; eles o fazem adaptando-se suficientemente bem às necessidades dela e, depois, por um fracasso graduado em adaptar-se. Tudo isso precede a introjeção, a identificação e a imitação. Havendo-se tornado estabelecida a capacidade de relacionamentos objetivos, a criança pode então progredir para coisas tal como a obediência, o desafio e a identificação. (1989a/1994, p. 358)

Segundo Loparic (2007), na identificação inicial do bebê com a mãe, que Winnicott (1988/1990) teorizou existir no início da vida, o “ser a mãe” não quer dizer nem que o bebê é realmente idêntico à mãe tampouco que é distinto. O verbo *ser* tem um sentido transitivo. No “estado de dependência quase absoluta, o princípio comum de identidade não se aplica ao que é dado na experiência do bebê. Mais tarde, *o bebê separa-se da mãe* [com o auxílio de objetos e fenômenos transicionais], sendo esta a condição para assegurar o seu senso de independência e de liberdade pessoal” (Loparic, 2006, p. 17). Nesta citação, ênfase, em itálico, a importância de que o movimento de separação parta do bebê, embora tenha que ser facilitado pela mãe. Caso não haja esse modo adaptativo de cuidados ao bebê e à criança pequena, a instituição de uma terceira área de experiência, “a da experiência cultural, que é um derivado da brincadeira” (Winnicott, 1971a/1975, p. 142), fica comprometida, no espaço potencial entre o bebê e a mãe – e mais tarde entre a criança e a

família, entre o indivíduo e a sociedade ou o mundo –, e, assim, todas e quaisquer introjeções que vierem a acontecer terão o efeito de “verdadeiras mercadorias estrangeiras”, pois “o lactente não pode se dar conta disso até que um grau considerável de maturação tenha ocorrido, e a mente tenha se tornado capaz de encarar intelectualmente e inteligentemente fenômenos que não tinham sentido em termos de aceitação emocional” (1965b/1990, p. 93). De acordo com Winnicott,

[...] em casos de fracasso prematuro da fidedignidade ambiental, ocorre um perigo alternativo, o de que esse espaço potencial possa ser preenchido com o que nele é injetado a partir de outrem que não o bebê. Parece que tudo o que provenha do outrem nesse espaço, constitui material persecutório, sem que o bebê disponha de meios de rejeitá-lo. (1971a/1975, p. 141)

Compreender a impossibilidade de o bebê ser capaz de lidar com objetos do mundo externo, ou seja, objetos não subjetivos, desde o início e sozinho, necessitando que a apresentação destes lhe seja dosada, é tarefa fundamental do seu primeiro ambiente, em geral, a mãe. Assim, esta deve apresentar o mundo ao bebê, comedido, de acordo com a capacidade deste de assimilá-lo, e tornando os eventos previsíveis a ele. Segundo Winnicott, “uma pessoa madura pode participar de seu próprio manejo, uma criança só pode tomar parte até certo ponto, e um bebê no início depende absolutamente de um ambiente que pode escolher adaptar-se às suas necessidades ou então não se adaptar e ignorá-las” (1987b/1990, p. 41-42).

Dessa maneira, se o bebê nasce com tendências herdadas para o amadurecimento, para que essas tendências se atualizem, é necessária a presença de condições ambientais adequadas, uma “maternagem suficientemente boa”, que não se refere somente aos cuidados maternos. Por outro lado, os pais dependem dessas tendências para exercer o seu papel de forma satisfatória, e a responsabilidade destes, acerca do desenvolvimento do

bebê, vai se encontrar sobre a capacidade que tiverem de lidar adequadamente com o que for se apresentando, tanto hereditária quanto “acontecencialmente”.

Por mais que tenhamos consciência da importância de ambientes suficientemente bons para o amadurecimento emocional de nossas crianças, sabemos que nem sempre esses ambientes serão possíveis. Em carta a Bowlby, de 1954, Winnicott nos deu uma mostra do seu reconhecimento dessa impossibilidade, quando escreveu:

O fechamento das creches certamente não aumentaria o período de tempo em que as mães podem manter os filhos em casa.

Vi uma mãe esta semana que não é muito boa com o próprio filho, mas que já teve 52 filhos de criação. Ela pode ter feito um bom serviço, mas todas essas crianças teriam estado em melhores condições numa boa creche. (1987b/1990, p. 58)

Também em seu texto de 1928, “The only child”, Winnicott já se referia ao que as crianças *vivem* a partir das suas relações com os adultos, seus cuidadores. Ele escreveu: “A influência mais importante sobre a vida de uma criança é a soma das ações e reações impensadas da mãe, e de outras relações e amigos; não são as ações refletidas que têm os principais efeitos” (citado por Shepherd, Johns & Robinson, 1997, p. 24), mostrando como o cuidar é complexo.

2. O cuidado ao bebê e à criança na saúde e na educação

A par das questões inconscientes envolvidas no cuidado, mas desconhecendo as possibilidades e força dessas questões, e, até com uma boa frequência, entendendo-as simplesmente como ignorância do cuidador, uma ênfase em ações e instruções técnicas para esse cuidado é cada vez mais dada pelos serviços em saúde e educação, buscando atender às necessidades da criança para o seu desenvolvimento integral saudável.

As atividades de extensão, por mim coordenadas, permitiram ver que, a partir do momento em que uma noção de cuidado efetivo desde o início da vida é difundida, mais e mais pessoas reconhecem o seu valor, e, imbuídas de um senso de solidariedade e responsabilidade social, se empenham em buscar meios de oferecer cuidados adequados aos bebês e crianças pequenas, como também apoio às mães e às famílias. Entretanto, esse movimento, muitas vezes, se transforma em macroações, parte de políticas públicas implantadas generalistamente em diferentes locais e culturas, sob os títulos de “escolas de pais”, “educação em saúde”, “orientações aos pais”, perdendo o seu senso original e passando a ser realizadas por pessoas contratadas para isso – *experts* –, que, com grande impessoalidade, tendem a exigir condutas adequadas por parte de mães e pais, sem considerar seus contextos de vida e padrões de defesas individuais.

Na saúde, por exemplo, podemos ver as intensivas campanhas para o aleitamento materno. As mães são constante e insistentemente orientadas a amamentar, visando ao seu bem-estar e ao do bebê, ao estabelecimento do vínculo entre ambos, sem que a história e o estado emocional dessas mães sejam considerados. São ações legítimas e vistas como necessárias para se alcançarem esses objetivos, mas que não têm obtido o sucesso pretendido. Sendo assim, é preciso analisar como essas orientações chegam a uma grande parte das mães, que, pela sua imaturidade ou seu estado fragilizado físico e emocional, não conseguem senti-las de um modo positivo. Da parte dos profissionais, nem sempre há compreensão dessas condições das mães, que acabam desenvolvendo uma resistência. Esta pode ocorrer, também, em função do sentimento de aprisionamento, e até aniquilamento de suas vidas, que a condição de absoluta dependência do bebê de seus cuidados lhe causa. Essas mães até iniciam a amamentação, mas depois a abandonam e passam a adotar os costumes de alimentação de sua cultura familiar, ou outras que lhe sejam mais “libertadoras”. Além disso, muitas vezes, a relação entre amamentação e amor ao filho, implícita nessas orientações, ainda lhes gera uma culpa da qual passam a vida a se defender, quando não conseguem amamentar.

Em seu texto de 1968, “A amamentação como forma de comunicação”, Winnicott escreveu:

Quero me distanciar daqueles que tendem a *obrigar* as mães a amamentar os seus bebês. Vi um grande número de crianças que passaram por situações difíceis, com a mãe lutando para que seu peito desempenhasse suas funções, algo que ela, por natureza, é totalmente incapaz de fazer, *uma vez que escapa ao controle consciente*. Tanto a mãe quanto o bebê sofrem com isso. Às vezes experimenta-se um grande alívio quando, finalmente, passa-se a fazer a alimentação por mamadeira, e, seja como for, alguma coisa vai bem, no sentido de que as necessidades do bebê estão sendo satisfeitas por ele estar ingerindo a quantidade exata do alimento adequado. [...] Creio que o pior insulto a uma mulher que *gostaria* de amamentar seu filho, e que vem a fazê-lo naturalmente, se dê quando alguma autoridade (um médico ou enfermeira) chega e diz: “Você *deve* amamentar o seu bebê”. Se eu fosse uma mulher, isso seria suficiente para me desconcertar. Eu diria: “Muito bem: então não vou amamentá-lo”. (1987a/1999, pp. 21-22; os itálicos são meus)

Em uma pesquisa longitudinal que estamos realizando, estamos acompanhando mães que podem e mães que não podem amamentar e seus bebês até a idade de um ano e meio, para analisarmos os aspectos psicológicos envolvidos no aleitamento e verificarmos se podemos encontrar distinções nesses aspectos que possam ser creditadas aos diferentes métodos de aleitamento. Não há exigência de que a mãe que pode amamentar permaneça amamentando a criança até essa idade, e isso é claramente dito à mãe para que ela se sinta livre, caso se veja diante de alguma impossibilidade e necessite mudar o método de aleitamento. O nosso *n* é pequeno, pois se trata de uma pesquisa qualitativa. Uma das mães do primeiro grupo, com participação de um mês e meio na pesquisa, desistiu, alegando que ia se mudar para outra cidade naquela semana. A discente, que fazia as filmagens, por ter ficado muito triste com essa desistência, decidiu ligar para a mãe 15 dias depois para saber como estava o processo de mudança. A mãe lhe disse que não ia mais se mudar. A discente, então, perguntou se ela não queria rever a sua posição de não participar da pesquisa, ao que

a mãe respondeu: “sabe o que é... é que eu passei para mamadeira...”. Esta fala nos fez ver o quanto é difícil para uma mãe tomar a decisão de não amamentar, principalmente diante de profissionais que ela sabe que são favoráveis à amamentação. Isso faz com que a mãe esconda a decisão de não amamentar – ou, o que é mais complicado, a reprima –, podendo, em alguns casos, levar a situações graves de desnutrição e infecção na criança, pois as mães não são devidamente orientadas para utilizar outros alimentos e utensílios, uma vez que, dentro da política de incentivo à amamentação, todas as outras possibilidades são enfática e terminantemente condenadas e abolidas. Em muitos casos de conduta inadequada dos profissionais durante orientações à mãe, esta se sente constrangida e coagida a amamentar.

Alguns trabalhos, com o objetivo de desviar o tema de um reducionismo biológico, em que a amamentação é considerada natural e instintiva, discutem o teor político, econômico, social e cultural que subjazem aos programas e políticas de incentivo à amamentação. Entre esses, Almeida e Gomes (1998) afirmam que,

[...] apesar de se observar um esforço para tratar a amamentação de forma holística e inteiriça, isto nunca passa de retórica, estratégia textual, contextualização ou semiótica, pois em verdade não se consegue conectar, ao mesmo tempo, o biológico ao social, sem reduzir-se nem a uma coisa nem a outra. (p. 74)

Na educação, também, deparamos com pais que literalmente fogem do contato com a escola e com os educadores. Muitas vezes, esse comportamento é compreendido pelos educadores como falta de valorização da escola por parte dos pais, irresponsabilidade, negligência, entre outras compreensões. Todos esses motivos podem existir, contudo, não raras vezes, esses pais estão mesmo fugindo do contato com uma cobrança que não sabem ou não têm recursos de um si-mesmo integrado para atender.

Essa dificuldade não é percebida somente nos pais. No cuidado da criança, na escola, observamos, durante os nossos projetos de extensão, que muitas situações exigem manejos bastante sutis, que não conseguem ser exercidos por parte dos educadores, porque

a estes também falta um amadurecimento pessoal que lhes permita identificar e atender as necessidades da criança. Isso é algo que não pode ser obtido em uma formação acadêmica. Situações que se estabelecem em razão de um ciúme da relação da professora com outros colegas, da inveja da condição mais favorável de outra criança – tanto de aprendizagem como da capacidade de socializar-se –, de um olhar mais carinhoso ou de aprovação da professora para outro colega, podem gerar comportamentos agressivos (chutes, beliscões, mordidas, destruição de materiais) em uma criança que tem uma história singular e que, se não forem compreendidos em suas reais motivações, pela professora, passam a ser entendidos apenas como comportamentos modelados no e pelo ambiente familiar, ou como maldade pura e simples da criança. A falta de um olhar mais apurado para as relações que se estabelecem no grupo ou com ela própria, geralmente conduz a falas como a de uma professora, ao expor a sua incompreensão diante da agressividade demonstrada por um de seus alunos: “Por que você está fazendo isso com sua coleguinha, ela não fez nada com você... ela está quietinha aqui...”. De fato, a criança vítima pode nunca ter feito nada ao agressor, mas ela *é* e *representa* algo, com o qual a criança agressora não está podendo lidar e cabe ao cuidador entender isso e encontrar meios de auxiliá-la.

A criança insegura reage com agressividade excessiva em muitos momentos. A insegurança não decorre apenas de não ter uma família, ou de viver em um lugar marcado por condições adversas, como pobreza extrema e violência. A criança insegura pode vir de um ambiente que não se fez confiável, que não se apresentou quando foi necessitado por ela desde o início da vida, que não a segurou fisicamente bem – sentido que pode ser ampliado para outras formas que não a física, à medida que a criança se desenvolve. De acordo com Winnicott (1987a/1999), pelo fato de terem sido bem segurados quando bebês, as pessoas “adquirem confiança em um mundo amigável” e “tornam-se capazes de atravessar bem todas as fases de seu desenvolvimento emocional” (p. 54).

Em vários dos encontros com os educadores, havia filhos destes em sala, em razão de o encontro ocorrer no final do dia de trabalho e de os filhos, por estudarem na mesma escola, precisarem aguardar os pais para irem embora. Em um desses encontros, uma professora me questionou sobre o fato de sua filha, de quatro anos, demorar muito para se

deitar à noite. Conversando com a professora, tentei lhe mostrar como era difícil para uma criança pequena entender e dar conta de se perceber separada dos pais. A criança bem menor pode viver o sono como um “inimigo”, que a separa da convivência com os pais, ainda mais quando estes, por não compreenderem a situação, muitas vezes saem para trabalhar enquanto a criança está dormindo, acreditando estarem poupando-a do sofrimento da separação, mas, na verdade, estão poupando a si mesmos de vê-la chorar com sua partida. À criança, continuamente, fica faltando uma fala reasseguradora por parte dos pais, de que eles vão voltar e de que não vão esquecê-la. Nesse momento, a filha de outra professora, de cerca de cinco anos de idade, que se encontrava em um canto da sala desenhando, me interrompeu e disse, apontando para a mãe: “Mas ela esquece de mim... eu já falei pra ela que ela esquece de mim...”. Afora os risos que se seguiram, esse momento foi naturalmente propiciador de um entendimento por parte de todos os presentes – educadores, professores e extensionistas – das angústias vividas pelas crianças pequenas e que, não raramente, estão na base de seus comportamentos resistentes e agressivos.

A possibilidade de diálogo nessas atividades foi extremamente rica e nos permitiu entender que a maior dificuldade no alcance dos objetivos das ações de cuidado, tanto na área da educação quanto na área da saúde, se encontra ao se instituírem que, nestas, as ações devem ser realizadas por agentes específicos e detentores de um saber alheio à comunidade. Para Lasch (1991), isso tem tornado as pessoas cada vez mais dependentes de *experts* e de agências governamentais, atrofiando sua capacidade de encontrar soluções criativas para suas necessidades e desejos. Principalmente no que tange à saúde, percebemos uma generalização de informações, imputadas à população, que, segundo Chammé (2002), “sendo valores que vêm de fora” e não sendo “partes originais das ações cotidianamente vivenciadas pelo agrupamento social, instalam-se nele, no geral pela via normativa e impositiva, e, em vez de se tornarem uma forma de aprendizado útil e consciente, reduzem-se ao mero cumprimento de tarefas impostas pelas regras, concretizando-se como mero comportamento imitativo sem qualquer referencial de originalidade” (p. 7). Levar as crianças à pesagem, nas unidades de saúde, pode ser um exemplo disso. As mães o fazem, mas a maioria assim procede não porque entenda a

importância dessa ação, ou consiga dimensionar as consequências da não ação, e, muito mais que do que uma simples imitação, tem a ver com uma barganha instituída pelo governo, pois, se não o fizerem, perdem a Bolsa Família.¹ Além do que expôs Chammé (2002) sobre a exclusão das pessoas da construção do saber e da saúde, entendemos que não lhes são dadas condições de desenvolverem a responsabilidade inerente ao cuidado amoroso.

No Brasil, constatamos que há muito pouco tempo vem ocorrendo um investimento maior e mais direcionado à educação e à saúde. Até 1953, existia apenas um Ministério, o da Educação e Saúde. Embora saúde e educação andem sempre juntas, separar os ministérios possibilitou implementar políticas mais específicas, mesmo que, até o final dos anos 80, as ações principalmente em relação à saúde estivessem ligadas ao capital privado. Com a regulamentação do SUS em 1990, o acesso à saúde passou a ser gratuito e universal (Souza, 2002). Entretanto, em ambas as áreas, os decretos e regulamentações encontram inúmeras dificuldades de serem executados, principalmente no que tange à qualidade e à regularidade de suas ações.

Toda relação inicial é muito sensível e, portanto, passível de não se estabelecer satisfatoriamente. E não seria diferente no tocante à relação do indivíduo com o poder público e suas ações. Da mesma forma que o bebê, no início, precisa da presença e continuidade dos cuidados da mãe para que esta se torne confiável, o indivíduo – e seu conjunto, a coletividade – necessita de ações contínuas e regulares de órgãos públicos para que possa construir a sua confiança nestes. Não se pode, por exemplo, depender de um medicamento fornecido por um programa e, de repente, ficar sem este porque houve um atraso na licitação e o medicamento está em falta. Assim, a baixa qualidade e irregularidade das ações estão justamente na base da desconfiança da população em tudo o que é público.

¹ Programa instituído pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS – Brasil), que transfere diretamente uma renda com condicionalidades para beneficiar famílias em situação de pobreza e de extrema pobreza. Recuperado de <http://www.mds.gov.br/bolsafamilia> em 17 de fevereiro de 2012.

As pessoas se espantam quando encontram uma lei que é efetivamente cumprida ou um programa que é executado e se sobressai por sua qualidade. Por que se faz tanto alvoroço quando se encontra, em uma região fora dos grandes centros e dos Estados mais abastados do País, uma escola pública que consegue levar adiante programas e projetos de educação com qualidade? Pois o que deveria ser regular é uma exceção.

Temos, por exemplo, as políticas de inclusão de pessoas com necessidades especiais na escola. Quando deixamos a comunidade escolar se expressar livremente a respeito, ouvimos muitos desabafos. Os mais comuns referem-se à falta de preparo da escola e dos profissionais para receber esses alunos e à falta do apoio necessário por parte das secretarias de educação, gerando interpretações, tais como a de que essas políticas são feitas por teóricos que nunca pisaram em uma sala de aula e, portanto, não sabem o que é ter quatro a cinco crianças com diferentes necessidades especiais, em uma sala com 30 alunos, com vários currículos diferentes, e sem auxílio de monitores.

Quando estudamos os vários processos de inclusão, observamos que eles podem se iniciar de duas maneiras. A primeira, pelo convívio com as pessoas com necessidades especiais e, a partir desse convívio, os profissionais vão se preparando para ensiná-las e conviver com elas. A segunda, pelo preparo dos profissionais para recebê-las, o que pode se arrastar no tempo, se os profissionais nunca se sentirem suficientemente preparados (Ignarra et al., 2009). Em nossa realidade, verificamos que os processos têm se iniciado pelo convívio, e, por isso, a comunidade escolar precisa então buscar conhecimento para adequar-se a uma população que já se encontra sob os seus cuidados. Os subsídios para essa preparação chegam de forma muito lenta – quando chegam –, o que esgota a boa vontade daqueles que se conscientizam da importância desses processos inclusivos.

Contudo, os problemas não ocorrem somente pela lentidão do preparo e do apoio aos profissionais por uma questão socioeconômica. Vários problemas surgem em virtude de as pessoas não terem maturidade emocional suficiente para a conscientização necessária desses processos. Embora não seja a totalidade, encontramos pessoas imaturas entre aquelas que estão nos cargos que gerenciam os recursos para tais programas, inviabilizando-os, como também na comunidade escolar composta pelos profissionais, que

não têm criatividade para descobrir soluções para as dificuldades, e pelos pais dos alunos sem necessidades especiais, que sentem seus filhos prejudicados pela presença daqueles que precisam de mais atenção.

Na gestão de programas e projetos, especificamente, notamos que, se a entregamos a pessoas imaturas, após um tempo observamos desvios de verbas, escolas sucateadas, atrasos em processos licitatórios, equipamentos sem infraestrutura para funcionar, profissionais que não se envolvem e não assumem a responsabilidade inerente ao seu ofício, entre outros. Vemos iniciar, então, outro movimento que paralisa as ações: o julgamento, a “caça” e a punição aos responsáveis, e todos nós somos responsáveis em certa medida. Será que essas políticas são realmente impraticáveis como muitos alegam, construídas teoricamente e com fins eleitoreiros, ou temos à frente daquelas ações que não obtêm sucesso pessoas imaturas que não conseguem conduzi-las?

Na saúde, não é diferente. Em recente ocasião, estive reunida com uma equipe tratando de projetos de humanização de procedimentos no hospital. A discussão era sobre quem é visita e quem é acompanhante das crianças internadas, entre outros assuntos. Em dado momento, perguntei por que o adulto não podia ter acompanhante, pois enquanto paciente, embora seja uma pessoa adulta, ela se encontra fragilizada e sozinha em sua dor. Ouvi de um dos participantes a seguinte resposta: “Porque o adulto não tem estatuto”.

Os estatutos, de fato, são grandes conquistas sociais, mas, quando estes se tornam a única alternativa para que o necessário aconteça, quando estes se tornam o único meio de fazer com que um ser humano olhe, respeite e cuide do outro, estamos diante da completa falência da capacidade de *ser, criar e deixar ser*. Quanto mais leis, estatutos, decretos e protocolos produzimos, mais nos organizamos socialmente, porém, por outro lado, mais assinalamos nossa imaturidade, tornando-nos todos dependentes de que algo maior e externo a nós dirija nossas ações.

As políticas públicas se fazem necessárias e surgem em meio a isso, e sua elaboração não é difícil, é trabalhosa, uma vez que exige negociações, mobilizações de vários setores da coletividade, sofre pressões, faz alianças ou coalizões de interesse. Precisa ser sustentável, democrática, eficaz, transparente, ter a participação de vários setores e

promover qualidade de vida a uma coletividade (Teixeira, 2002). O difícil é implementar suas ações, uma vez que isso depende de indivíduos conscientes da importância dessas ações para a coletividade, para realizá-las, mantê-las e geri-las. Sendo assim, para que tenhamos uma sociedade democrática e solidária, precisamos que estes indivíduos tenham tido a possibilidade de se constituírem em pessoas responsáveis, amadurecidas, capazes de, em todos os setores de atuação, integrar esses elementos citados, capazes de administrar seus próprios impulsos, renunciando a ganhos e prazeres individuais, capazes de, segundo Winnicott, “carregar as personalidades não-integradas, que não podem contribuir”, para que a sociedade não se degenere em sua democracia, naquilo que o uso do termo democracia tem relação com maturidade (1965/1980, p. 62).

3. Considerações finais

No mundo globalizado, tecnológico e tecnicista, a “mãe suficientemente boa”, pensada por Winnicott (1988/1990), tem perdido espaço e possibilidades em sua tarefa de se adequar às necessidades de seu próprio bebê por meio da identificação e de sua capacidade intuitiva e criativa. Tem sido substituída por uma mãe padronizada, repleta de instruções a serem seguidas, que ignora individualidades e subjetividades. Sequer a cultura em que se insere é respeitada.

Essa situação tem possibilitado, há alguns anos, encontrar crianças rotineiramente estimuladas e obrigadas a dar conta do que não conseguem entender, ou que não conseguem dar um único sentido sequer, fomentando a criação de novos diagnósticos psiquiátricos, que abarquem sua desorganização. Por conseguinte, os pais e os educadores, enquanto crianças que, muitas vezes, cresceram sob esse tipo de pressão, se veem agora pressionados a cuidar/educar, sem uma base na qual possam se sentir seguramente apoiados. As reações de negatividade não são incomuns e os cuidados, que poderiam ser naturalmente intuídos a partir de uma sustentação emocional adequada, não são realizados e são compreendidos sob os rótulos de recusa, negligência ou indiferença. Diante desse

quadro, profissionais responsáveis pela “educação em saúde”, ou pela “educação continuada”, se perguntam por que os pais não realizam as orientações dadas e aprendidas.

Podemos entender, a partir disso, a origem e o vulto de ações que têm emergido norteadas por várias políticas públicas, que, apesar de não serem ideais, podem atender minimamente as exigências das crianças e de suas famílias. Contudo, não podemos ter a ilusão de que as necessidades para o alcance de um amadurecimento psicossomático estejam sendo atendidas por meio de cuidados técnicos e impessoais. Em outras palavras, não podemos nos iludir de que as necessidades para o alcance de um amadurecimento em que soma e psique se inter-relacionem, possibilitando a constituição de um si-mesmo integrado em uma unidade capaz de contribuir para o seu grupo social, estejam sendo satisfeitas, uma vez que os cuidadores estão com dificuldades de *ser* e de *deixar ser*. Para tal, é preciso a presença de alguém, desde o início da vida do indivíduo, que esteja física e emocionalmente bem, “vivo”, capaz de ver e ouvir o bebê como uma pessoa que tem necessidades próprias e preferências, podendo atendê-las; e não é raro o fato de que esse alguém não seja a própria mãe, até porque a esta podem estar faltando o apoio e a sustentação emocional essenciais a um cuidador. O cuidado essencial não pode ser automático ou mecânico e, como bem disse Winnicott (1988/1999), pode até ter falhas.

Segundo esse autor, em qualquer cultura, a mãe que consegue fornecer o cuidado adequado propicia uma base positiva da qual

[...] o indivíduo tem, com o passar do tempo, uma oportunidade de lançar-se no mundo de uma forma criativa, e de desfrutar e usar tudo aquilo que o mundo tem a lhe oferecer, inclusive o legado cultural. Infelizmente é uma grande verdade que, se uma criança não começar bem, então poderá não desfrutar do legado cultural e a beleza do mundo não passará de um colorido torturante, impossível de desfrutar. Assim, portanto, existem “os que têm” e “os que não têm” e isso nada tem a ver com finanças; tem a ver com aqueles que começaram bem suas vidas, e com aqueles que não tiveram a mesma sorte. (Winnicott, 1987a/1999, pp. 20-21)

Assim, ressalto a importância da qualidade da atenção que devemos oferecer às pessoas em seu curso de vida, ao cuidado ético, que produz pessoalidade, solidariedade, criatividade, enfim, amadurecimento, para que essas pessoas possam fazer a diferença, sendo capazes de criar e implementar políticas realmente públicas, que atendam ao coletivo.

Referências

- Almeida, J. A. G. de & Gomes, R. (1998). Amamentação: um híbrido natureza-cultura. *Revista latino-americana de enfermagem*, 6(3), 71-76.
- Chammé, S. J. (2002). Corpo e saúde: inclusão e exclusão social. *Saúde e sociedade*, 11(2), 3-17.
- Erikson, E. H. (1950). *Childhood and Society*. New York: Norton.
- Ignarra, C., Contri, T. & Bathe, R. (2009). *Inclusão: conceitos, histórias e talentos das pessoas com deficiência*. Rio de Janeiro: Qualitymark.
- Kupfer, M. C. (2007). A subversão psicanalítica do debate indivíduo-cultura: consequências para as psicologias. In M. H. S. Patto & J. Frayze-Pereira, *Pensamento cruel: humanidades e ciências humanas: há lugar para a Psicologia?* São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Lasch, C. (1991). *Refúgio num mundo sem coração: a família, santuário ou instituição sitiada?* São Paulo: Paz e Terra.
- Lemaire, J. G. (2003). Les transmissions psychiques dans Le couple et La famille: L’Intrapsíquico, l’intersubjectif et Le transpsíquico. Dialogue n. 160, *Recherches Cliniques et sociologiques sur le Couple et la Famille*, “Comment ça se passé Les voies de la transmission psíquico inconsciente. Revue Trimestrielle. 3.º trimestre (sep.). Ramonville Saint-Abne: Editiond Érès.
- Loparic, Z. (2006). Heidegger e Winnicott. *Winnicott e-Prints*, 1(2), série 2, 7-23.
- Loparic, Z. (2007). Origem em Heidegger e Winnicott. *Winnicott e-Prints*, 2(1), série 2, 28-44.
- Motta, S. (2011). Ética do cuidado: formulações do outro. In S. M. A. Zornig & R. Aragão, O. (Org.) *Nascimento: antes e depois – cuidados em rede*. Curitiba: Honoris Causa.
- Robert, P. (2003). La transmission psychique au Carrefour de l’individuel et du groupal. Dialogue, 160, *Recherches Cliniques et Sociologiques sur le Couple et la Famille*, “Comment ça se passe? Les voies de la transmission psychique inconsciente. Revue trimestrielle. 3.º trimestre (sept.). Ramonville Saint-Agne: Éditions Érès.

- Serralha, C. A. (2007). *Uma abordagem teórica e clínica do ambiente a partir de Winnicott*. Tese de Doutorado, Pontifícia Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Shepherd, R., Johns, J., & Robinson, H. T. (Org.) (1997). *D. W. Winnicott: pensando sobre crianças*. (M. A. V. Veronesse, trad.). Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1996)
- Souza, R. R. (2002). O Sistema Público de Saúde no Brasil. *Seminário Internacional Tendências e Desafios dos Sistemas de Saúde nas Américas*. São Paulo, 11 a 14 de agosto. Recuperado de <http://www.opas.org.br/observatorio/arquivos/Sala299.pdf> em 14 de fevereiro de 2012.
- Suassuna, A. M. V. (2011) *De feto a herdeiro: a transmissão psíquica entre gerações e o psiquismo fetal*. Curitiba: Honoris Causa.
- Teixeira, E. C. (2002). O papel das políticas públicas no desenvolvimento local e na transformação da realidade. AATR-BA. Recuperado de http://www.fit.br/home/link/texto/politicas_publicas.pdf em 19 de fevereiro de 2012.
- Winnicott C., Shepherd, R. & Davis, M. (Orgs.) (1994). *Explorações psicanalíticas: D.W. Winnicott* (J. O. de A. Abreu, trad.). Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1989a)
- Winnicott, D. W. (1975). *O brincar e a realidade* (J. O. de A. Abreu e V. Nobre, trad.). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1971; respeitando-se a classificação de Huljmand temos 1971a)
- Winnicott, D. W. (1980). *A família e o desenvolvimento do indivíduo*. (J. Corrêa, trad.). Belo Horizonte: Interlivros. (Trabalho original publicado em 1965; respeitando-se a classificação de Huljmand temos 1965a)
- Winnicott, D. W. (1990). *O ambiente e os processos de maturação*. (I. C. S. Ortiz, trad.) Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1965; respeitando-se a classificação de Huljmand temos 1965b)
- Winnicott, D. W. (1990). *O gesto espontâneo*. (L. C. Borges, trad.) São Paulo: Martins

- Fontes. (Trabalho original publicado em 1987; respeitando-se a classificação de Huljmand temos 1987b)
- Winnicott, D. W. (1990). *Natureza humana*. (D. Bogomoletz, trad.). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1988; respeitando-se a classificação de Huljmand temos 1988)
- Winnicott, D. W. (1993). *Conversando com os pais*. (T. B. Brazelton, trad.). São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1993; respeitando-se a classificação de Huljmand temos 1993a)
- Winnicott, D. W. (1999). *Os bebês e suas mães*. (J. C. Camargo, trad.). São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1987; respeitando-se a classificação de Huljmand temos 1987a)
- Winnicott, D. W. (2000). *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas*. (D. Bogomoletz, trad.). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1958; respeitando-se a classificação de Huljmand temos 1958a)