

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO - PUC
COORDENADORIA GERAL DE ESPECIALIZAÇÃO, APERFEIÇOAMENTO E
EXTENSÃO – COGEAE

ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO DE PROJETOS SOCIAIS EM ORGANIZAÇÕES
DO TERCEIRO SETOR

VINICIUS DE OLIVEIRA NEVES

TERRA DE NINGUÉM: ENTRE A “LOUCURA” E O ABRIGO, HÁ UM SER
HUMANO

SÃO PAULO

2012

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO - PUC
COORDENADORIA GERAL DE ESPECIALIZAÇÃO, APERFEIÇOAMENTO E
EXTENSÃO – COGEAE

ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO DE PROJETOS SOCIAIS EM ORGANIZAÇÕES
DO TERCEIRO SETOR

VINICIUS DE OLIVEIRA NEVES

TERRA DE NINGUÉM: ENTRE A “LOUCURA” E O ABRIGO, HÁ UM SER
HUMANO

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – PUC, como requisito para a obtenção do título de Especialista em Gestão de Projetos Sociais em Organizações do Terceiro Setor.

Orientadora: Prof. ^a Ms. Stella Camlot Reicher

SÃO PAULO

2012

Vinicius de Oliveira Neves

Terra de ninguém: entre a “loucura” e o abrigo, há um ser humano

Objetivo: Estudar o que foi, o que é e o que poderia ser os abrigos no Brasil, com propositura à melhor convivência familiar e comunitária da criança com transtorno mental e as demais pessoas envolvidas no trabalho social.

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO - PUC
COORDENADORIA GERAL DE ESPECIALIZAÇÃO, APERFEIÇOAMENTO E
EXTENSÃO – COGEAE

Curso de Especialização em Gestão de Projetos Sociais em Organizações do
Terceiro Setor

Data de aprovação: ____ de _____ de 2012.

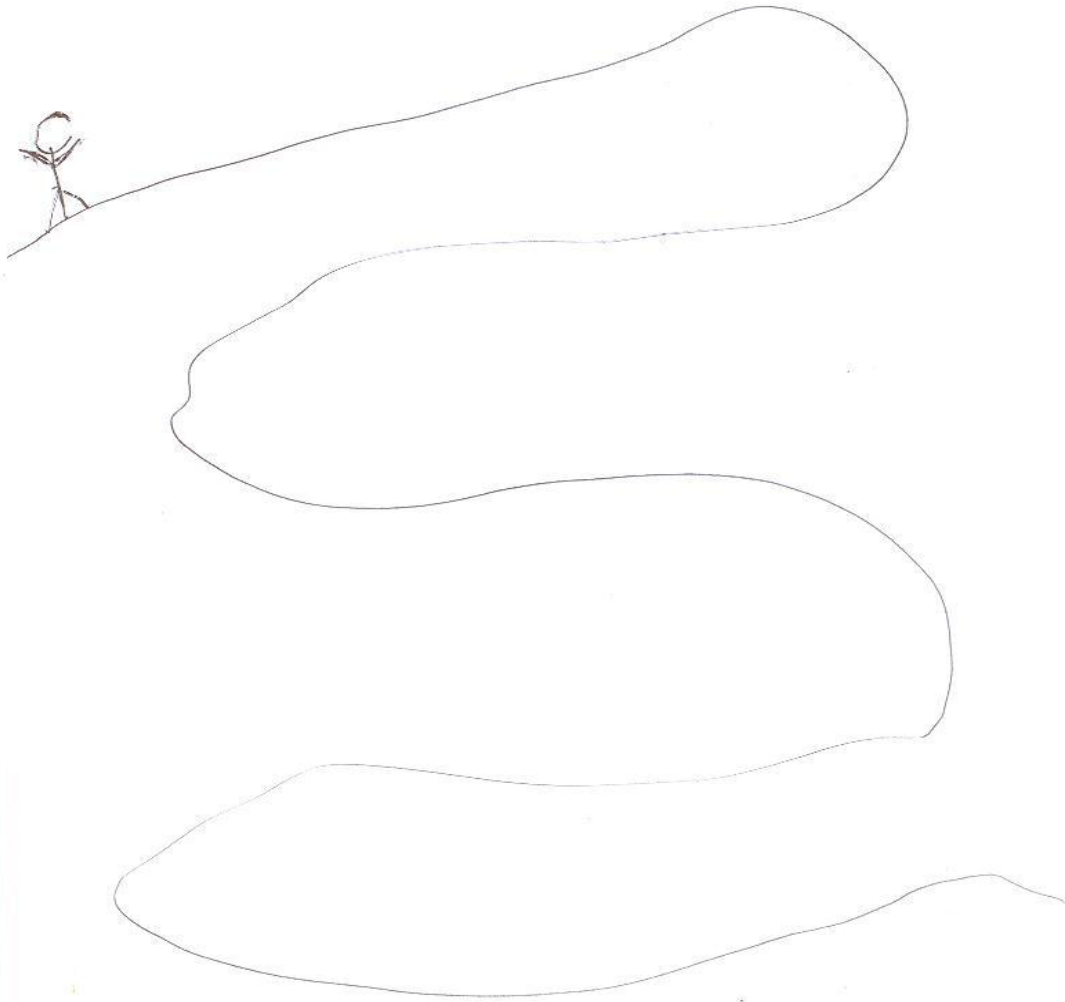
Banca Examinadora:

Orientadora

Examinador:
Titulação:

Examinador:
Titulação:

Minha vida é uma estrada sem fim
quanto mais eu ando mais obstáculo tem.



Dedico este trabalho às crianças e adolescentes institucionalizados que na saúde ou na doença estão juntos e ligados pela ausência de adultos que passaram pelas suas vidas sem dar importância à infância.

MEUS SINCEROS AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por me dar alento e a oportunidade de chegar a este momento da minha vida com lucidez para continuar aprendendo com estas crianças.

Aos pequenos, porém fortes que insistem em lutar pela vida.

À minha família que me deste a vida e possibilitou chegar a caminhos dantes imaginados.

Aos meus sobrinhos gêmeos que estão a caminho.

À Diretoria da Associação Recanto São Francisco que de forma perspicaz me aguçou o desejo de continuar e aos colegas profissionais que lutam dia a dia com esta realidade marcada pela exclusão.

À estimada Profª Stella Camlot Reicher pela sua sutileza em tratar assuntos tão complexos e dignos da nossa reverência - “Direitos Humanos”

Aos Professores da Pós-Graduação: Edson Sadao, Maria Inojosa, Paula Storto, Ladislau Dowbor, Antonio Carlos Malheiros, Laís Figueiredo, Maria Alexandre, Aureo, Luciano Junqueira, Mirian Ferrari, Alice DÍanezi, Marcia Mousalen, Heloíze Helena, Sídneia, Sineval, Rogério Silva.

Aos amigos de curso que estiveram sempre presentes e unidos numa só harmonia - Paula Lusa, Andrea Portella, Emanuel Xavier, Myrian Varallo, Janaina Lacerda, Irmã Sonia, Ana Carolina, Karina Nogueira, Camila Coelho, Sandra Magalhães e àqueles que não puderam chegar ao término do curso.

Em especial à minha amada, Luana Fernandes de Moraes que sempre me fortaleceu com suas palavras de aconchego.

RESUMO

A história da institucionalização de crianças em abrigos no Brasil perpassa séculos. Apesar dos avanços conquistados, ainda há muito a ser feito. Com a finalidade de problematizar sobre a vida de crianças abrigadas mais especificamente sobre aquelas que tem algum transtorno mental, o presente trabalho buscou delinear, a partir da forma como estas crianças vivem e convivem, caminhos sobre a institucionalização e suas interlocuções com a luta anti-manicomial em prol da infância

Palavras-chaves: abrigo, saúde mental infanto-juvenil, crianças/adolescentes, luta anti-manicomial.

ABSTRACT

The history of the institutionalization of children in shelters in Brazil runs through centuries. Despite the progress made, much remains to be done. In order to discuss the lives of children in shelters, more specifically about those who have some kind of mental disorder, this paper seek to outline, from the way these children live and live, ways of institutionalize and the discussion of the anti-asylum movement for children.

Keywords: shelter, mental health, juvenile, child / adolescent, anti-asylums.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	9
1. HISTÓRICO SOCIAL DA INFÂNCIA INSTITUCIONALIZADA	12
1.1 INSTITUCIONALIZAÇÃO DE CRIANÇAS NO BRASIL	12
1.2 A LEGISLAÇÃO E SUAS NOVAS PERSPECTIVAS PARA A INFÂNCIA – “ CORRETIVO AO EDUCATIVO”	27
1.3 PROTEÇÃO INTEGRAL E A SITUAÇÃO DE ABRIGAMENTO NO BRASIL.....	34
2. LUTA ANTIMANICOMIAL E A INFÂNCIA NESSA HISTÓRIA.....	42
2.1 CONTEXTO HISTÓRICO DO PROCESSO DE LUTA ANTI-MANICOMIAL E SUAS FACES COM A INFÂNCIA.....	42
2.2 REGRAMENTO DO DIREITO À SAÚDE NO ESTATUTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE (“ECA”)	48
2.3 REGRAMENTO DO TRATAMENTO DE TRANSTORNOS MENTAIS.....	51
3. UM NOVO OLHAR PARA OS ABRIGOS FRENTE AO TRANSTORNO MENTAL	56
3.1 OBJETIVOS E MÉTODOS	56
3.2 ANÁLISE DE DADOS.....	59
3.3 NOVOS OLHARES PELA INCLUSÃO	59
CONSIDERAÇÕES FINAIS	69
REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA.....	72
ANEXO	76

INTRODUÇÃO

A pesquisa em tela relaciona-se de forma ampla com a atuação profissional do autor, que no espaço temporal de sua realização se valeu de pressupostos de sua experiência como assistente social adquirida entre 2010 e 2012, intervalo no qual esteve envolvido diretamente na relação com crianças e adolescentes institucionalizados.

O entendimento da necessidade de realizar uma pesquisa vinculada ao tema - *Terra de Ninguém: entre a “loucura” e o abrigo, há um ser humano* - é algo que desde muito cedo aguçou o autor a estudar, uma vez que é perceptível aos olhos dos trabalhadores dos abrigos o sofrimento das crianças com transtorno mental e dos demais envolvidos diretamente no seu atendimento. Fatos sensivelmente compartilhados a seguir, evidenciam que as respostas não estão nas estruturas institucionais dos abrigos, mas, compartilhado que a “deficiência é um conceito em evolução e que a deficiência resulta da interação entre pessoas com deficiência e as barreiras devidas às atitudes e ao ambiente que impedem a plena e efetiva participação dessas pessoas na sociedade em igualdade de oportunidades com as demais pessoas”, dessa forma gerando limitações no efetivo cumprimento das políticas públicas para a população infanto-juvenil.

Os números são expressivos quando se fala em crianças e adolescentes com transtorno mental. Segundo o Ministério da Saúde (2005, p.5) “estima-se que de 10% a 20% da população de crianças e adolescentes sofram de transtornos mentais. Desse total, de 3% a 4% necessitam de tratamento intensivo. Entre os males mais frequentes estão a deficiência mental, o autismo, a psicose infantil, os transtornos de ansiedade”.

Diante de tal envergadura, imagine como é estar institucionalizado durante muito tempo, com diferentes pessoas e cada um com suas particularidades, sejam elas de natureza, social, educacional ou de saúde mental.

O abrigo é um campo heterogêneo e que necessita de visibilidade para que haja a integralidade de todos aqueles que estão desprovidos de proteção. Assim a pesquisa representa, além da construção de uma história de uma institucionalização que data o período da colonização do Brasil, passando pela construção de saberes

na direção que a Política Nacional de Saúde Mental e a Política Nacional de Assistência Social precisam avançar para atender crianças e adolescentes que estejam desprovidos de amparo jurídico, social, emocional frente à deficiência mental e/ou transtorno mental que desenvolveram.

A pesquisa teve como objetivo geral efetuar um resgate histórico da questão da institucionalização de crianças e adolescentes com transtorno mental no Brasil, os avanços alcançados e a realidade vivenciada nos abrigos, com foco na relação do público estudado com outras crianças que *não* apresentam transtorno mental.

O trabalho está dividido em três momentos. O capítulo 1 aborda a história da institucionalização, como era a assistência à infância e de que forma influenciou as políticas da atualidade e o novo formato de atendimento às crianças e adolescentes.

No capítulo 2 procuramos referenciar os direitos à infância no que diz respeito à criança com transtorno mental e sua relação com a história da luta-anti-manicomial.

O capítulo 3 aborda o universo da pesquisa, a metodologia utilizada e uma visão prática da realidade da realidade dos abrigos construída a partir de entrevistas, realizadas com adolescentes em entidade localizada no Município de Extrema. Os resultados foram configurados a partir de opiniões que jovens expressaram a respeito de crianças e adolescentes institucionalizados e o que propõem para ajudá-los.

Diante da problemática levantada é importante deixar claro que as entidades são fundamentais na construção da inclusão das crianças com transtorno mental e na transformação da cultura institucionalizante. As entidades não podem se dar ao luxo de criar guetos “manicomiais” ou espaços que estas pessoas permanecem durante a maior ou toda a sua vida.

Dados que dão suporte a esta pesquisa e que apresentamos ao longo do trabalho são retratados no projeto intitulado “De volta para a cidadania – proposta para uma nova política de inclusão social dos portadores de deficiência em situação de abrigo” que foi desenvolvido pela Funlar¹ em parceria com o Instituto Franco

¹ Fundação Municipal Lar Escola Francisco de Paula – Órgão da Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social – Rio de Janeiro.

Basaglia² (1998), com a finalidade de ser um dispositivo técnico de intervenção em aparatos manicomiais destinados a pessoas com deficiência.

Outra pesquisa que forneceu subsídios para a funcionalidade do objetivo final foi o Levantamento Nacional de Abrigos para Crianças e Adolescentes da rede SAC (2003).

Assim, a pesquisa procurou maximizar as reflexões sobre as pessoas com deficiência na relação com a institucionalização em abrigos.

² IFB – organização da sociedade civil, sem fins lucrativos, de defesa dos direitos dos pacientes psiquiátricos.

1. HISTÓRICO SOCIAL DA INFÂNCIA INSTITUCIONALIZADA

1.1 INSTITUCIONALIZAÇÃO DE CRIANÇAS NO BRASIL

Contextualizar a institucionalização da infância brasileira remonta pensarmos na formação da sociedade colonial bem como a família em formação é vista e entendida na época, no qual até os anos que perpassam o século XVII as crianças eram entendidas como algo menosprezível com pouca importância para a própria família.

No Brasil a institucionalização de crianças - tem início desde a formação da sociedade brasileira, com a vinda dos europeus, e a separação dos nativos, que, quando não eram massacrados na captura, sem distinção de idade, passavam a ser utilizados de forma estratégica na ocupação e colonização do país.

“O povo brasileiro, a formação e o sentido do Brasil” (1997), Darcy Ribeiro expõe que o período Colonial é retratado pela captura e domesticação dos indígenas, com um objetivo bem delineado - o acesso às riquezas naturais do Brasil colônia.

Já de acordo com Rizzini, Irene & Rizzini, Irma (2004) o primeiro formato implantado de instituição para educação dos índios foi através do processo educacional jesuíta, caracterizado por escolas consideradas elementares que tinham por finalidade oferecer o ensino da leitura e da escrita.

Um dos acontecimentos relevantes ocorridos na missão proposta pelos jesuítas foi a troca de objetivos e, a transição do seu papel de amansadores para protetores dos índios, sendo almas imaculadas para o reino dos céus e um exército de crianças indígenas. Entre os anos de 1550 e 1553 através dos jesuítas surgiram as primeiras entidades de cunho asilar, denominadas “Casa dos Muchachos”, espaços custeados pela Coroa portuguesa, por meio das quais as crianças indígenas eram afastadas com violência do seio familiar e, num momento posterior, para onde as crianças órfãs eram trazidas de Portugal. Importante lembrar que a finalidade legítima dessas casas era a transmissão de valores civilizatórios do povo europeu.

Retratado na literatura específica que os mamelucos originários do processo de miscigenação não foram bem vindos às casas, visto que o propósito destas era a aculturação dos índios aos valores cristãos e a conversão para a propagação de valores cristãos. Com uma pedagogia caracterizada pela autoridade e por disciplinar comportamentos, essas casas garantiram ótimos resultados, tais como o desenvolvimento de boas maneiras, disciplina e o respeito a um código de ética por todos os que por ali passavam.

Outra realidade implantada pelos jesuítas durante a permanência no país foram as Confrarias do Menino Jesus, colégios e seminários distribuídos nas diferentes regiões do país com finalidade similar a Casa dos Muchachos, que atendia aos meninos índios, aos órfãos legítimos e posteriormente aos filhos luso-brasileiros das elites coloniais.

Contudo, as crianças passavam a viver distantes dos pais, ora mortos em conflitos, ora aprisionados pelo escravagismo, tanto os filhos dos índios como os filhos súditos (serviçais) em condição de pobreza.

Durante o período jesuíta, que teve seus tentáculos educacionais no país até 1759, quando expulsos pelo Marquês de Pompal, as crianças desamparadas e marginalizadas não foram “agraciadas” pela igreja, mas eram responsabilidade das Câmaras Municipais, que tinham como principal aliada as Santas Casas de Misericórdia. O que era comum entre as famílias em formação no período colonial foi caracterizado pela insignificância destes pequenos seres que estavam distantes de uma memória sensível de seus familiares. Segundo as autoras Martins e Szymanski, 2004, p. 3:

Como não havia, até meados do século XVII, um sentimento de infância semelhante ao contemporâneo entre as famílias, as crianças eram rejeitadas ou abandonadas aos montes. O abandono acontecia das mais variadas maneiras e contava cada vez mais com novos adeptos. As crianças representavam para as famílias um grande sacrifício e, “ existia e ainda existe uma gama de soluções para esse problema, que vai do abandono físico ao abandono moral da criança. Do infanticídio à indiferença.

Outro apontamento sobre a realidade das famílias marginalizadas e exploradas, foi o modelo familiar imposto pelos europeus, devendo ser

monogâmicas, sacramentada e indissolúvel, e tão ou mais importante, o culto da Igreja Católica à virgindade da mulher pertencente a classe alta e de seus familiares, entendimento este ambíguo à realidade acalentada pela sociedade moderna, onde a família da elite abandonava seus filhos com “bilhetes em suas vestes, dizendo particularidades de sua existência [...]”. Outras eram acompanhadas por enxovais luxuosos, que lhes permitiam identificar sua origem social. (Martins, Szymanski, 2004, p. 3)

De acordo com Darcy Ribeiro (1997), diante do intenso tráfico de negros africanos no Brasil, que se destinava ao trabalho nas atividades econômicas da época, e em virtude da ausência de mão-de-obra, os filhos de escravos também eram utilizados no trabalho, o que não chamou a atenção dos jesuítas, pois estes eram propriedades de seus senhores.

Em 1554, Manoel da Nóbrega funda em São Vicente um colégio para catecúmenos, que foi destinado ao amparo de crianças desvalidas e órfãs, ou seja, para aqueles que vieram de Portugal e mestiços.

A partir do século XVIII com o advento do cristianismo valores éticos, tais como a preservação da vida, foram cultivados e, padrões rígidos foram arraigados à sociedade brasileira - as famílias não deveriam ser promíscuas e os filhos de relacionamentos havidos fora do casamento não poderiam ficar em evidência, sendo, pois o abandono o único destino que poderia dar a essas crianças.

Nesse período, ficou em evidência a modalidade de atendimento a bebês abandonados através do sistema da casa dos expostos ou roda dos expostos, instituído pelas Santas Casas de Misericórdia foi difundido até meados do século XIX, chegando a atingir inúmeras unidades em todo o país. O movimento deliberado em 14 de fevereiro de 1726 e primeiramente implantado na Bahia no mesmo ano, Rio de Janeiro (1738) e Recife (1789), foi mais uma tentativa de impedir o infanticídio e o aborto no Brasil.

Roda dos Expostos



Fonte: http://pt.wikipedia.org/wiki/Roda_dos_expostos. Acesso em: 24 jan. 2012

A criação das Rodas de Expostos evitou que bebês fossem abandonados nas ruas e nas portas das igrejas por mães que buscavam ocultar a desonra de gerar um filho ilegítimo ou que não tinham condições de criá-lo (RIZZINI, IRENE; RIZZINI, IRMA, 2004, p.24). Em virtude do número expressivo de crianças nesta situação [...] foram sendo criados os grandes orfanatos, patronatos e seminários, mantidos, sobretudo, por irmandades religiosas, onde as crianças eram atendidas coletivamente (MARCILIO, 1986 apud MARTINS, SZYMANSKI, 2004, p.178), sem qualquer interferência legislativa do Estado.

As rodas era um modo de abandonar crianças sem se ter conhecimento da identidade de quem as abandonava. Criado na Europa medieval, esse sistema funcionava através de um cilindro de madeira que girava e a criança era recolhida por alguém na instituição. Assim, o seu uso foi retratado até o início da república, momento no qual não havia mais capacidade de se atender um grande número de rejeitados e quando são criados os grandes modelos de orfanato. Conforme Izar, 2011, p. 29:

Após os três anos de idade, caso a criança sobrevivesse, ela era novamente trazida para a Santa Casa e encaminhada para um espaço denominado como Casa dos Expostos, no qual recebia os cuidados e educação até aproximadamente os sete anos de idade.

Ao final do período de acolhimento os meninos eram encaminhados ao ofício de aprendiz e as meninas eram designadas à Casa de Recolhimento, com finalidade de receber dotes para o casamento ou onde, em troca do sustento, realizavam tarefas domésticas. Quando não eram encaminhados ao ofício os meninos permaneciam na casa até encontrar alguma família que fizesse uma troca, um lar pelo trabalho. Apenas no final do século XVIII é que a questão foi reavaliada e surgiram os colégios internos com o nome de seminários tem sido, o primeiro criado em Salvador, em 1799, denominado Casa Pia ou Seminário de São Joaquim; em 1824 ocorre a criação do Seminário no Rio de Janeiro e, em 1831, na cidade de São Paulo.

De acordo com Rizzini, Irene, Rizzini, Irma (2004), o século XIX ficou conhecido como “século das luzes”, por motivos de influência da Revolução Francesa, assim teve início uma gradativa mudança nos rumos da educação do povo e conseqüentemente as instituições de crianças pobres começam a sofrer influência, evidentemente quanto à secularização da educação religiosa, que deixou de ter o papel central das atividades das instituições de atendimento e passaram a ministrar um ensino útil a si e à pátria, segundo os ideais de progresso e civilidade da nação que se constituía.

O atendimento assistencial proposto, e de maneira independente de Portugal, deu seus primeiros passos timidamente rumo à educação do povo, através de escolas públicas primárias e internatos de formação profissional às crianças pobres, mediante a regulamentação do ato adicional (Lei nº 16 de 12/08/1834) que estruturava o ensino para os filhos do povo para os quais deveria ser ministrada a instrução primária, musical, religiosa e os ofícios mecânicos, tais como marceneiro, alfaiate, carpinteiro entre outros.

Enquanto isso, o governo imperial tratou da educação da Corte e das necessidades de suas instituições, Marinha e Exército, criando instituições voltadas para as atividades de guerra, tais como Companhias de Aprendizes de Marinheiros

e Escolas/ Companhias de Aprendizes dos Arsenais dos Arsenais de guerra, as quais recebiam os meninos dos colégios de órfãos e das casas de educando³, bem como aqueles recolhidos nas ruas pelas polícias das capitais brasileiras, para os quais se destinavam atividades nas companhias imperiais aos navios de guerra.

Como destacam Rizzini, Irene, Rizzini, Irma (2004), se para os meninos havia instituições públicas e privadas, para as meninas órfãs e desvalidas foram mantidas as mesmas instituições religiosas de recolhimentos, criadas no século passado, com a peculiaridade de que, no período imperial, a prática foi difundida, com a criação de novas unidades em várias capitais, as quais passaram a atentar para a especificidade dos novos grupos étnicos de meninas que foram agregadas, dessa forma além do divisor social, teve o racial, como as indígenas (geralmente capturadas pelas missões religiosas), as indigentes (filhas naturais de mães pobres), as “órfãs brancas” e as “meninas de cor”, cada qual para entidade distintas. A educação era direcionada ao papel social reservado para elas na rígida hierarquia social da época, quase sempre voltadas para atividades subalternas.

Em toda extensão do século XIX, uma expressão da liberdade trazida pela Coroa, foi a abolição da Escravatura. Em 1871, a Lei do Ventre Livre permitiu aos filhos das escravas à liberdade e em 1885 a Lei dos Sexagenários que tinha por finalidade proteger os escravos velhos. Mais tarde, em 1888 foi declarada a Lei Aurea, que aboliu toda forma de trabalho escravo. Todavia, não aconteceu uma política que apoiasse a inserção ao trabalho e meios de apoio econômico o que acarretou outras formas de humilhação e exploração, sendo obrigados a serem identificados pela miséria e pela falta de acesso às riquezas socialmente produzidas, fatos estes que geraram um dos primeiros bolsões de pobreza.

Ao longo do século XIX e XX a pobreza foi entendida como natural, e que combater era em vão. O Estado por sua vez era omissos em não trabalhar os problemas sociais decorrentes da pobreza, restando à família separar-se da criança. Em determinadas situações os espaços entre crianças vitimizadas e autores de violência era comum o que proporcionou aos vitimizados apreender a prática violenta. As crianças e adolescentes pobres estavam desprovidas de educação e

³ Instituído pela lei 16 de 12/08/1834 as províncias brasileiras ficaram conhecidas como Casas de Educandos Artífices

saúde, de fato a própria família encaminhavam seus filhos aos internatos, na perspectiva de oferecer educação e proteção; para uns como abrigo e para outros uma forma de reabilitar o filho “delinquente”.

Em virtude do aumento de crianças abandonadas, preponderantemente após Lei do Ventre Livre (Visconde do Rio Branco, 28/09/1871), passou a proteger os chamados ingênuos (filhos de escravos), visto que a legislação permitia que os seus senhores os mantivessem como escravos até completar vinte um anos, uma vez que os tivessem criados até oito anos de idade. Esse cenário agravou-se com a abolição da escravidão e a formação do capitalismo industrial brasileiro, que não se capacitou a absorver essa mão de obra. (SIMÕES, 2011, p.223).

O governo imperial subvencionou colônias agrícolas e institutos profissionais para acolher os meninos livres desvalidos. No entanto, esta modalidade se revelou pouco atraente, pois [...] somente 113 filhos de escravas haviam sido entregues ao governo até 1885, alguns dos quais foram atendidos em instituições para desvalidos, como no Asilo de Meninos Desvalidos no Rio de Janeiro e outros na Colônia Orfanológica Isabel em Pernambuco. (RIZZINI, IRENE; RIZZINI, IRMA, 2004, p.28).

Em razão das alternativas encontradas para a infância no período colonial (de 1500 a 1889) e do advento das transformações sociopolíticas/ econômicas ocorridas no século XIX, como [...] *abolição da escravidão, queda da Monarquia, separação da Igreja e do Estado, implementação da ordem econômica industrial capitalista, imigração, êxodo rural, inserção da mulher no mercado de trabalho, crescimento demográfico* (IZAR, 2011, p. 33), muitas crianças ficaram desamparadas nas cidades, o que colocou em evidência a questão do menor e a politização da questão relacionada à infância. No século XX o crescimento da industrialização e por consequência a urbanização do país permitiu que a população rural procurasse os centros urbanos, assim, devido à precariedade em que viviam a regra era o assistencialismo das elites na medida em que as cidades eram transformadas sem a instituição de políticas públicas.

O modelo de política aos pobres na área da infância foi caracterizado pela benemerência social, [...] muitas vezes, apenas camuflavam mecanismos de formação de mão de obra barata e de prevenção contra a prostituição feminina, que então se alastrava e afrontava a paisagem urbana (higiene social) (SIMÕES, 2011,

p.224). A característica das obras assistenciais voltadas para a infância e a prática assistencial foram duramente criticadas e, aos poucos, se transformando em um modelo filantrópico-científico.

A discussão neste período [...] centrou-se na identificação e no estudo das categorias necessitadas de proteção e reforma, visando ao melhor aparelhamento institucional capaz de “salvar” a infância brasileira no século XX (RIZZINI, IRENE; RIZZINI, IRMA, 2004, p.28).

Neste cenário as ciências médica e jurídica trabalharam no campo da assistência ao menor, que tornou-se caso de polícia para os juristas e objeto de ideias higienistas para os profissionais da saúde. Referidas iniciativas tomaram força e, com respaldo nos princípios higienistas e disciplinares, profissionais da área jurídica e de saúde criaram um projeto de prisão modelo fundamentado na recuperação através da educação, trabalho e disciplina.

Os debates sobre o tema tomam conta do cenário da assistência no país, escorados na meta da nação republicana e subsidiadas pelas resoluções dos congressos internacionais sobre assistência social, médico-higienista e jurídica à já consolidada em relação a já consolidada categoria dos Menores. (RIZZINI, IRENE; RIZZINI, IRMA, 2004, p.28-29).

Frente à delinquência juvenil decorrente da relação infância pobre versus criminalidade e ao governo repressivo da época, instaurou-se um modelo que tinha como mote a apreensão do menor em razão da orfandade e da pobreza. Nesse período, não faltaram críticas ao sistema de assistência herdado do Império para a República, nas vozes de Ataulpho de Paiva, Moncorvo Filho, Franco Vaz e André Rebouças, que intensamente requisitaram a centralização da assistência – à época tida como uma forma de caridade regulamentada, sem uma orientação geral e moldada pelos avanços da ciência.

É a partir desse cenário ou dessa realidade histórica que se amoldam os conceitos de menor e “menor abandonado” – que se define tanto pela ausência dos pais quanto da incapacidade da família oferecer condições apropriadas de vida à sua prole.

É importante pontuar que nesse momento a resposta do Estado à situação da infância é a culpabilização da família. Conforme Glens (2010, p. 24), as discussões em torno das práticas de institucionalização e do abandono de filhos estavam intrinsecamente associadas ao debate a respeito dos direitos reprodutivos e das concepções construídas historicamente sobre a família. Portanto, os filhos gerados fora dos padrões da moralidade eram condenados, restando apenas a internação para corrigir o desvio moral realizado em sua história estigmatizada.

No âmbito da legislação, o “menor” ainda era tratado pelo Código Criminal. Somente com o advento da Declaração dos Direitos da Criança de Genebra, em 1923, é que foi articulado na capital do País, Rio de Janeiro, o Juízo de Menores, [...] para o qual foi nomeado como juiz o sr. Mello Mattos, responsável pela criação do primeiro Código de Menores (1927) que definiu a idade de dezoito anos como limite para a inimputabilidade. (IZAR, 2011, p.37).

Com a aprovação do Código de Menor criou-se mais uma instância jurídica que denegria as famílias pobres e também se instaurou um sistema de assistência e proteção às crianças abandonadas. Uma relação ambígua refletiu o tratamento dado às crianças ricas e pobres, sendo distinguido pelo Código Civil e a outros o Código de Menores.

Elaborado minuciosamente, contando com 231 artigos, o Código de Menores de 1927 procurou abranger todas as ações protetivas e assistenciais voltadas para a infância e juventude, ultrapassando as fronteiras do jurídico. De acordo com Rizzini, “o que o impulsionava era resolver o problema dos menores, prevendo todos os possíveis detalhes e exercendo firme controle sobre os menores, através de mecanismos de tutela, guarda, vigilância, educação, preservação e reforma”.(IZAR, 2011, p.37)

De acordo com Rizzini (2002), as ideias que sustentavam o novel Direito do Menor, surgido nos Estados Unidos no final do século XIX, passaram a influenciar a os intelectuais do Brasil, que, cada vez mais, centrava suas análises na carência e delinquência e procurava incessantemente abordar a problemática da infância pobre sob a visão da cientificidade, até mesmo como forma de eliminar as barbáries e promiscuidades geradas pelo modelo anterior. Para isso, os estudos e análises

partiram para a busca de novas categorias e classificações, de modo a permitir a prevenção e a regeneração da criança pobre, conforme a sua nova condição social e jurídica com resgate dos ideais republicanos de ordem e progresso. Nessa nova fase do pensamento assistencial brasileiro sobre a infância, além da aprovação do Código de Menores houve a desativação das Casas dos Expostos, a criação do Juizado dos Menores e a imputação ao Estado da tutela da criança marginalizada.

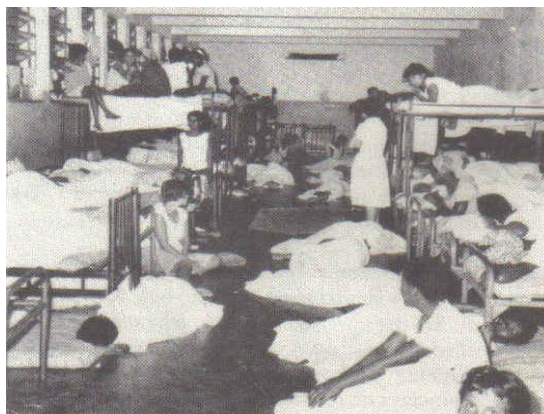
Todavia, em poucos anos, esse sistema saturou-se, pois não chegou a dar conta da demanda que ele próprio criou. (RIZZINI & RIZZINI, 2004, p. 30). Os juízes se limitaram diante da crescente demanda e não mais conseguiam internar todos que “precisavam”.

Presenciava-se um binômio de criminalidade e abandono, onde o abandonado, já estava condenado pelo pensamento moral, era tido como um perigo social em potencial, ou seja, um futuro problema – delinquente. Assim, para os juristas, a infância era um caso de polícia e repressão nas cidades.

Contudo, no Governo de Getúlio Vargas (1930), não só a criança tem atenção, mas também a família, através das legislações que caracterizaram o período, refletindo políticas assistencialistas/paternalistas. Nesse período foram criados: o Conselho Nacional de Serviço Social (Decreto-Lei N. 525/38); o Departamento Nacional da Criança – DNCr (1940); Serviço de Assistência ao Menor – SAM (Decreto-Lei N. 3799/41); a Legião Brasileira de Assistência – LBA (Ato do Governo Federal N. 6013/42); dispositivos relacionados ao trabalho e à sua proteção legal, como a Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT) (Decreto N. 5542/43) e o estabelecimento do Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial e Industrial (SENAC e SENAI).

Em meio aos aparatos para implementação de políticas assistencialistas construídos no período getulista, o SAM – Serviço de Assistência a Menores foi uma resposta de assistência aos desamparados. Estava vinculado ao Ministério da Justiça, era um órgão equivalente ao sistema prisional e que atendia distintamente os “delinquentes” e o “menor” carente/abandonado.

O malfadado SAM – Serviço de Assistência a Menores



SAM - Dormitório – Pavilhão Anchieta – Quintino, RJ, 1964 (data provável)

Revista Funabem Espaço – vol I, nº 42 – dez/1983, p.17

Cabe pontuar que a procura de soluções para a questão social até o momento é uma busca no infinito, sempre constituída de atenção aos delinquentes. As dificuldades de viabilizar as propostas educacionais do Serviço são depositadas no assistido, considerado “incapaz”, “sub-normal de inteligência e de afetividade”, e sua “agressividade”, superestimada”. (RIZZINI & RIZZINI, 2004, p. 33), atributos que ainda hoje estão distantes de serem afastados da figura da criança ou do jovem em situação de abandono.

No ano de 1944 a abrangência de atuação da assistência atingia 33 educandários. Após uma década esse número cresceu substancialmente, passando a 300 estabelecimentos, com funcionários trabalhando de forma irregular, pois não havia vínculo contratual.

Longe de ser o ideal para a infância é no imaginário das pessoas e nos acontecimentos deflagrados pelas instituições que os chamados transviados, que o SAM fez fama ao criar “criminosos”.

No imaginário popular, o SAM acaba por ser transformado em uma instituição para prisão de menores transviados e em uma escola do crime. A passagem pelo SAM tornava o rapaz temido e indelevelmente marcado. A imprensa teve papel relevante na construção desta imagem, pois ao mesmo tempo em que denunciava os abusos contra os internados, ressaltava o grau de

periculosidade dos “bandidos” que passaram por suas instituições de reforma. (RIZZINI & RIZZINI, 2004, p. 34)

A forma como o SAM ficou conhecido, através da violência empregada no processo educacional, lhe rendeu diferentes adjetivos, mas a tônica mais gritante é a forma como o Estado – espaço político onde pessoas dotadas de conhecimento e poder para organizar mudanças - percebe este elo frágil da sociedade, assim:

Ao escolher políticas de internação para crianças e adolescentes abandonadas e infratoras, o Estado escolhe educar pelo medo. Absolutiza a autoridade de seus funcionários, vigia comportamentos a partir de uma idealização de atitudes, cria a impessoalidade para a criança e o jovem vestindo-o uniformemente e estabelece rígidas rotinas de atividades, higiene, alimentação, vestuário, ofício, lazer e repouso. Mas neste elogio à disciplina nada funciona primorosamente. Antes mesmo do dia terminar, todo o proibido já está em funcionamento articulando internos entre si, internos e seus superiores, superiores e familiares dos prisioneiros numa engenhosa economia da ilegalidade pela qual circulam mercadorias roubadas, corpos, drogas e lucros. (PASSETTI, 2008, p. 356 apud GLEN, 2010, p 31)

Contudo, em pouco tempo, o que era considerado solução para o problema do menor transformou-se em uma questão ainda maior e os adjetivos não paravam de circular no imaginário do povo visto que os maus tratos eram intensos – Sem Amor ao Menor como verdadeiras sucursais do inferno, Escola do Crime, Fábrica de Criminosos, Sucursal do Inferno, Fábrica de Monstros Morais

O descontentamento desde meados dos 50 fez com que surgisse em 1964 a Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor – FUNABEM, órgão normativo sobre a Política do Bem-Estar do Menor (lei nº 4.513/64), que também criou as FEBEMs no nível estadual e o espírito da Doutrina da Segurança Nacional que tomou conta da área da infância e juventude. A FUNABEM teve em seu alicerce parâmetros positivos, e que, mais tarde, repercutiram no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). A tônica era a da valorização da vida familiar e da “integração do menor na comunidade”. O mote “internar em último caso” figuraria com insistência na produção discursiva da instituição. (RIZZINI & RIZZINI, 2004, p. 36).

Embora esse fosse o discurso, na prática continuou o imperativo de recolher para proteger, pois em tempos de ditadura não deveria se dar chance aos pequenos “subversivos”. Entre [...] 1967 até junho de 1972, havia recolhido cerca de 53 mil crianças, a maioria procedente das favelas cariocas, dos estados do Rio de Janeiro, Minas Gerais, Espírito Santo. Todos vendiam esmolas, roubavam, vendiam bugigangas para sobreviver. (RIZZINI & RIZZINI, 2004, p. 37)

Os meandros delineados pela Política Nacional de Bem-Estar do Menor previam, além da segurança nacional, com seus conteúdos repressivos, uma transição para um modelo assistencialista, ou seja, onde a ameaça é substituída pela carência. Dessa forma, a noção de periculosidade abre portas na estratégia de atendimento para o conhecimento de privação.

O que desencadeou o descontentamento estatal frente à internação foi cada vez mais, “a culpabilização da família pelo “estado de abandono do menor”, que, não foi uma criação da Política Nacional de Bem-Estar do Menor [...]. “A idéia de proteção à infância era antes de tudo proteção contra a família” (RIZZINI & RIZZINI, 2004, p. 39). O reconhecimento de que, a falta de recursos é um dos elementos determinantes das internações” não impediu a disseminação da concepção de que os pais queriam se ver livres dos filhos” (RIZZINI & RIZZINI, 2004, p. 41).

Todavia, a FUNABEM, inspirada na Declaração dos Direitos da Criança (1959), com a finalidade de prevenir ou corrigir o “desajustamento” a [...] Fundação considerava residir o bem-estar do menor no atendimento de uma série de necessidades básicas [...] trazendo a família novamente para o centro das ações de suas estratégias políticas. (IZAR, 2011, p.43)

Constata-se que o discurso era cada vez mais voltado a ascensão da família e à integração do menor a sociedade, meios os quais tinham a finalidade de interromper o “ciclo vicioso” e a marginalização ocasionado pela pobreza da população, devendo a internação apenas ocorrer em último caso.

No entanto, pelo emprego de estratégia única para solucionar problemas diversos em todo o território nacional, sustentada pela ideologia da segurança nacional, em que se avalia o discurso e objetivo do PNBEM (Política Nacional do Bem Estar do Menor) pela não-internação, na realidade, foi restaurada e

intensificada a antiga prática do recolhimento de crianças nas ruas, independente de terem ou não cometido algum ato criminoso, acrescido da prática do exílio a que eram submetidas, pois geralmente eram retidas e afastadas de seu meio social e recolhidas em estabelecimentos distantes de suas famílias.

A legitimação da prática da internação remonta a construção da infância no Brasil. Era comum entre as autoridades a visão negativa e estigmatizante da família, entendida como desorganizada e incapaz de legitimar seu papel de primeiro cuidador. Visão sempre reforçada pelos estudos da composição familiar, bem como pela produção legislativa vigente. Como retratado, a ordem era a seguinte: quando considerada uma situação irregular⁴, as políticas de assistência ao menor evidenciavam uma prática repressiva e assistencialista, onde a institucionalização trabalhava contra a ação preventiva.

O colapso do modelo de assistência até então proposto passou a ser discutido no meio político e o Congresso Nacional, em 1976, instaurou Comissão Parlamentar de Inquérito - CPI do Menor, cujas conclusões não diferiam dos maus tratos e negligências apresentados no modelo SAM. Nesse período foi proposto ao governo federal a criação de um Ministério Extraordinário, que coordenasse todos os demais organismos envolvidos. No entanto sua meta prioritária seria a Operação Sobrevivência, através da qual seria reiterada a prática do recolhimento dos menores abandonados que perambulavam pelas ruas das nossas principais cidades - principalmente nas regiões metropolitanas, densas de marginalização social.

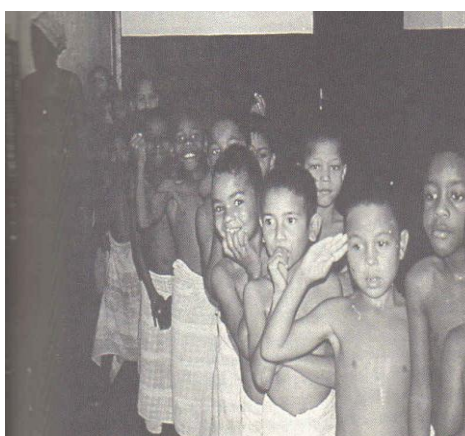
Diante das situações envolvendo a realidade de maus tratos a única solução efetivada foi a transferência da FUNABEM para o Ministério da Previdência e Assistência Social, no qual ficou locado até a extinção desse serviço, entretanto no plano legal iniciou-se através do juristas do Rio de Janeiro e de São Paulo um debate sobre necessita imediata de uma reforma da legislação menorista, que teve seu estopim por meio de seminários e congressos durante a década de 1970. Enquanto os juristas cariocas tinham como principal argumento a adoção das bases

⁴ Por situação irregular compreendia-se a privação das condições de subsistência, de saúde e de instrução, por omissão dos pais ou responsáveis, além da situação de maus-tratos e castigos, de perigo moral, de falta de assistência legal, de desvio de conduta por desadaptação familiar ou comunitária, e de autoria de infração penal. A pobreza era, assim, situação irregular, ou seja uma exceção. (FALEIROS, 2005, p.2)

do chamado Direito Menorista, com destaque no Código Mello Mattos os paulistas propunham a interferência numa perspectiva social e humanitária, conforme a Declaração Universal dos Direitos da Criança da ONU (1959). Não obstante, o projeto de lei apresentado encontrou restrições perante o Congresso Nacional, todavia os juízes foram mais ágeis no movimento em prol da aprovação.

Em 1979 foi instituído o Código de Menores, que criou/instituiu a categoria de “Menor em Situação Irregular” que não diferia da concepção do Código de 1927 que [...] expunha as famílias populares à intervenção do Estado, por sua condição de pobreza. (RIZZINI & RIZZINI, 2004, p.41). Conforme Nogueira (1988, p. 13), a situação irregular poderia ser definida como circunstâncias de perigo que poderão levar o menor a uma marginalização mais ampla, pois o abandono material ou moral é um passo para a criminalidade, ou seja, os menores são frutos da situação irregular da família.

Conclui-se, a institucionalização da infância neste momento foi uma política apenas para os pobres, sendo misturados nas instituições todos aqueles considerados em situação irregular, ou seja, crianças e adolescentes envolvidos em atos delituosos e/ou abandonados, sendo de competência, a responsabilidade em julgar os fatos o Juiz de Menores, podendo até determinar a privação da liberdade, sem qualquer limitação de tempo.



Nos internatos, desde muito cedo, as crianças eram treinadas a formar filas para o exercício das atividades cotidianas. (RIZZINI, IRENE; RIZZINI, IRMA, 2004, p.41).

1.2 A LEGISLAÇÃO E SUAS NOVAS PERSPECTIVAS PARA A INFÂNCIA – “CORRETIVO AO EDUCATIVO”

As novas perspectivas para a infância, começam a tomar forma no início da década de 1980⁵, no contexto em que o país transitava entre a ditadura e os movimentos reivindicatórios. Com a abertura política, inicia-se o processo de redemocratização. A cultura da institucionalização, bem como a categorização “de menor” são arduamente criticada e a busca em defesa da concepção de integralidade e universalidade da criança e do adolescente como sujeitos de direitos é priorizada.

As entidades filantrópicas e governamentais deram início a questionamentos até então abafados, através de estudos científicos, seminários e congressos.

A cultura de institucionalização da infância estava em ruínas, como demonstram algumas que tiveram sua criação à época: 1) FINSOCIAL (1982) – uma espécie de imposto debitado do faturamento das empresas para a ampliação dos recursos do Estado; 2) Secretaria de Ação Comunitária – que desenvolve um programa de distribuição de leite à população carente; 3) Programa de alimentação escolar, extremamente criticado pela sua descontinuidade; 4) Casas-lares, nos moldes da organização internacional Aldeias S.O.S. e regulamentação da atividade de mãe social (Lei N^o. 7644, de 18 de dezembro de 1987); 5) Programa Bom Menino – que propõe a inserção do menor assistido entre 12 e 18 anos no mercado de trabalho, com jornada máxima de 4 horas de trabalho e bolsa-auxílio de meio salário mínimo, sem geração de encargos previdenciários, vínculo empregatício ou FGTS para o empregador; 6) Programa RECRIANÇA – que estimula a recreação e a iniciação ao trabalho, por meio de oficinas profissionalizantes voltadas para o artesanato.

⁵ Rizzin i& Rizzini (2004) afirmam que ao final da década de 1980, atendendo à reestruturação e à mudança de imagem da instituição, a FUNABEM transforma-se no Centro Brasileiro para a Infância e a Adolescência (CBIA), assumindo a missão de apoiar a implementação da nova legislação no país.

Essas ações acompanharam as tendências de mudanças e foram a mola propulsora que contribuiu para que fosse assimilada a “[...] inclusão do artigo 227, sobre os direitos da criança, na Constituição Federal de 1988. Mas o maior destaque da época foi, sem dúvida, o amplo processo de discussão e de redação da lei que viria substituir o Código de Menores (1927,1979); o Estatuto da Criança e do Adolescente (1990) (RIZZINI, IRENE; RIZZINI, IRMA, 2004, p.47).

O que fica evidente com o pensamento de mudança em busca de dignidade à população infantil é traduzido através da mudança de paradigmas, onde as grandes instituições asilares começam a dar espaço às intervenções nas famílias e nas ruas. Dessa forma,

Crescia o entendimento de que o tema era cercado de mitos, como o de que as crianças denominadas de menores – institucionalizados ou nas ruas – eram abandonadas; o mito de que se encontravam em “situação irregular” (Código de Menores, 1979), ou de que a grande maioria fosse composta por delinquentes (RIZZINI & RIZZINI, 1991). E tomava corpo a compreensão de que o foco deveria recair sobre as causas estruturais ligadas às raízes históricas do processo de desenvolvimento político-econômico do país, tais como a má distribuição de renda e a desigualdade social. (RIZZINI & RIZZINI, 2004, p. 47)

A nova concepção tinha por fundamento a preservação da criança junto a família, devendo minimizar o afastamento da família, “ganhando força à percepção de que o foco principal de intervenção deveria ser o enfrentamento das causas estruturais”, ou seja, a questão da infância e adolescência em situação de vulnerabilidade social deixava “de ser vista como uma questão de filantropia benemérita, de higienização médica, de assistencialismo ou de segurança nacional, para passar a ser vista e enfocada como uma, questão social (SILVA, 1997, p. 47 apud GLENS, 2010, p. 37).

Assim sendo, a problemática da institucionalização passa a ser outra, trabalhar a criança dentro da matriciliade familiar, até então a ordem era isolar para “proteger”, porém, não repercutia como a melhor alternativa, contudo “a pressão pelo fechamento dos grandes internatos aumentou, acompanhando tardiamente o movimento internacional de revisão das políticas de atendimento

baseadas nas instituições totais como os internatos para crianças e adolescentes e os manicômios. (RIZZINI & RIZZINI, 2004, p. 47).

Atrelado às novas concepções, a política até então prevalecida, FUNABEM e a PNBEM, diante das novas ideologias propôs “O Projeto Diagnostico Integrado para uma “Nova Política do Bem-Estar do Menor (1987)”, que tinha por finalidade reavaliar a política e afirmar o comprometimento do Estado, sendo a centralização da política versus descentralização da execução.

Entretanto os anos que precedem determinado diagnóstico foi marcado pelas manifestações em prol de um novo olhar.

Em 1984 realizou-se, em Brasília, o I Seminário Latino-Americano de Alternativas Comunitárias de Atendimento a Meninos (as) de Rua e, em 1985, foi eleita a Coordenação Nacional do Movimento dos (as) Meninos (as) de Rua. Em 1985, o governo da denominada Nova República anunciou programas de prioridade da criança, na faixa de até seis anos de idade, a serem efetivados pela Legião Brasileira de Assistência no ano seguinte, a Portaria interministerial n. 449 criou a Comissão Nacional Crianças e Constituinte (Educação, Saúde, Previdência e Assistência Social, Justiça, Trabalho e Planejamento). Organizou-se o Movimento Criança- Prioridade Nacional e o Fórum Nacional Permanente de Entidades Não Governamentais em Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente. (SIMÕES, 2011, p. 226).

Em 1987 a Comissão Nacional da Criança e Constituinte, através da elaboração de uma lista de recomendações propôs uma Assembleia Nacional Constituinte em favor dos direitos da criança e do adolescente, o que resultou em alterações secundárias, nos atuais artigos 227 e 228 da Constituição Federal de 1988.

Art. 227. É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança e ao adolescente, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à , à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda a forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão.

Art.228: São penalmente imputáveis os menores de dezoito anos, sujeitos às normas da legislação.

Todavia, a declaração de um texto legal não faria por si só as alterações mudanças necessárias. Para, uma mudança efetiva do curso da história, exigiam-se mecanismos voltados à consolidação de um modelo novo de assistência – de base comunitária e não mais institucionalizante (Proteção Social Básica – Centro de Referência de Assistência Social).

Este arranjo, de forma precursora, incorporou antecipadamente as regras da Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos da Criança, promulgada em 20 de novembro de 1989, que, priorizando a internação familiar, inspirou a elaboração e a publicação do Estatuto da Criança e do Adolescente.

O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) (1990) deu abertura ao pensamento assistencial brasileiro e, a Doutrina da Proteção Integral que trouxe estampada em seu texto novos parâmetros à política correcional-repressivo outrora adotada.

Interessante pontuar que a promoção da Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, como instância que regulamenta a Carta Magna (1988) no que diz respeito aos direitos sociais de crianças/adolescentes, reflete uma mudança cultural internacional, na medida em que incorpora princípios e preceitos fundamentais inclusos na Declaração dos Direitos Humanos (1948), na Convenção Internacional dos Direitos da Criança (1989) e na Doutrina das Nações Unidas para a Proteção Integral da Criança⁶.

As semelhanças entre os referidos documentos e o ECA é destaque na implementação de mecanismos jurídicos capazes de garantir que crianças e adolescentes, na posição de sujeitos, em condição peculiar de desenvolvimento intelectual, moral e social, tenham seus direitos fundamentais efetivados, filosofia esta que ficou conhecida por Doutrina da Proteção Integral.

⁶ http://portal.mj.gov.br/sedh/ct/legis_intern/ddh_bib_inter_universal.htm. Acesso em 25 abril de 2012

O Estatuto da Criança e do Adolescente deu abertura ao pensamento da assistência, conhecido por alguns pela fase da desinstitucionalização, que por meio de dispositivos legais na proteção ao cidadão às negligências do Estado, sendo abarcado tanto as crianças em situação de risco social, bem como todas as pessoas em fase de desenvolvimento.

Durante os anos 90 a infância passa a ser destaque, com a promulgação da Lei nº 8.742 de 07 de dezembro de 1993, conhecida como Lei Orgânica da Assistência Social – LOAS, a maior diretriz do trabalho foram os esforços para implantar uma nova estrutura prevista no ECA, nas três esferas de governo, especialmente no âmbito municipal, em face da adoção do princípio da municipalização das políticas de atendimento à infância e juventude (artigo 88, da municipalização do atendimento) de acordo com a política de seguridade social prevista na Constituição Federal de 1988, nos seguintes artigos:

Art.195. A seguridade social será financiada por toda a sociedade, de forma direta e indireta, nos termos da lei, mediante recursos provenientes dos orçamentos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, e das seguintes contribuições sociais:
(...)

§10 A lei definirá os critérios de transferências de recursos para o sistema único de saúde e ações de assistência social da União para os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, e dos Estados para os Municípios, observada a respectiva contrapartida de recursos.

Art. 204. As ações governamentais na área da assistência social serão realizadas com recursos do orçamento da seguridade social, previstos no art. 195, além de outras fontes, e organizadas com base nas seguintes diretrizes:

I - descentralização político-administrativa, cabendo a coordenação e as normas gerais à esfera federal e a coordenação e a execução dos respectivos programas às esferas estadual e municipal, bem como a entidades beneficentes e de assistência social;

II- participação da população, por meio de organizações representativas, na formulação das políticas [...].

Vale ressaltar que o ECA tem por premissa reordenar as responsabilidades entre sociedade civil (Conselho Tutelar) e Poder Judiciário (Varas Especializadas). Dessa forma, coube aos estados e aos municípios implementar a política, por meio dos Conselhos de Direitos da Criança e do Adolescente sendo de forma

descentralizada, conforme preconizado no art. 88⁷, como órgãos definidores da política a ser instituída em cada nível - e dos Conselhos Tutelares a nível municipal, como órgãos de defesa a nível municipal dos direitos das crianças e dos adolescentes com competências regulamentadas no art.136 do ECA.

No processo de descentralização político administrativa, da União para os Estados e Municípios, tanto para a coordenação quanto para a execução dos programas de proteção “[...] foram instituídas mudanças na lei em relação à questão da internação, dependendo da natureza da medida aplicada: abrigo como uma medida de caráter provisório e excepcional de proteção para crianças em situações consideradas de risco pessoal e social; internação de adolescentes em instituições, como medida sócio-educativa de privação de liberdade. (RIZZINI, IRENE; RIZZINI, IRMA, 2004, p.48) – é plausível destacar que em ambos os casos a lei procurou atender e garantir mecanismos na defesa dos direitos da criança/adolescente. Conforme previsto no art. 90, do ECA:

Art.90. As entidades de atendimento são responsáveis pela manutenção das próprias unidades, assim como pelo planejamento e execução de programas de proteção e sócio-educativos destinados a crianças e adolescentes, em regime de: I – orientação e apoio sócio-familiar; II – apoio sócio-educativo em meio aberto; III – colocação familiar; IV – acolhimento institucional; V - liberdade assistida; VI – semi-liberdade; VII – internação;

Como se observa, a legislação brasileira avançou muito em seus efeitos e pela primeira vez na história da infância brasileira aconteceu a divisão dos programas de atendimento, que tem por princípio o atendimento em unidades distintas.

No ano de 1995 o Centro Brasileiro para Infância e Adolescência - CIBIA e a Legião Brasileira de Assistência – LBA foram extintos e suas competências foram assumidas por outro órgão do Governo Federal denominado Ministério da Previdência e Assistência Social.

⁷ Estatuto da Criança e do Adolescente. Art. 88, II – criação de conselhos municipais, estaduais e nacionais dos direitos da criança e do adolescente, órgãos deliberativos e controladores das ações em todos os níveis, assegurados a participação popular paritária [...]

Em 2003 é criado o Ministério da Assistência e Promoção Social cujo comando é delegado à ex-governadora do Rio de Janeiro, Benedita da Silva. Este foi um ano de profundos retrocessos na política. A gestão foi marcada por inúmeros problemas administrativos e o próprio Partido dos Trabalhadores - PT exigiu mudanças radicais no referido Ministério, que acabou sendo extinto em janeiro de 2004.

Em 2004 foi também criado o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Fome – MDS (através da Medida Provisória nº 163, de 23 janeiro 2004) e instituído a Política Nacional de Assistência Social (PNAS) que tinha por finalidade direcionar a proteção social em articulação entre as instituições e as políticas sociais direcionadas à garantia de direitos e dignidade da vida.

E recentemente o ECA teve algumas alterações trazidas pela Lei nº 12.010/09, e ficou conhecida como “ Lei de Adoção”. A referida lei traz como destaque a importância da família e anunciou visivelmente o objetivo de garantir o direito de convivência familiar e comunitária de crianças e adolescentes, mediante fortalecimento da família de origem como prioridade absoluta. Mais uma vez a lei reafirmou o acolhimento familiar ou institucional como exceção e provisório.

1.3 PROTEÇÃO INTEGRAL E A SITUAÇÃO DE ABRIGAMENTO NO BRASIL

No tópico anterior pudemos observar os fundamentos que influenciaram a situação irregular, sendo tentativas incompatíveis com a necessidade do ser humano em desenvolvimento - à infância, no contraponto a Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948) deu abertura a uma nova concepção no qual afirma (i) são direitos universais, pois se referem a todas as crianças e adolescentes, sem exceção alguma, (ii) são direitos indivisíveis, pois não podem ser aplicados de forma parcial. Diante do fundamento jurídico respaldado na Declaração Universal dos Direitos Humanos surgiu a Doutrina da Proteção Integral, uma vez que houve o rompimento com a Doutrina da Situação Irregular posteriormente. Veja que

[...] até então admitida pelo Código de Menores (Lei 6.697, de 10.10.79), e estabelecer como diretriz básica e única no atendimento de crianças e adolescentes a Doutrina da Proteção Integral, o legislador pátrio agiu de forma coerente com o texto constitucional de 1988 e com documentos internacionais aprovados com amplo consenso da comunidade das nações. (COSTA, 2004, p.27)

O arcabouço jurídico na Doutrina de Proteção Integral, como já argumentado anteriormente, influenciou a Carta Magna de 1988, que no seu artigo 227, sinaliza a prioridade absoluta aos direitos da Criança e do Adolescente.

Dessa forma, a Doutrina da Proteção Integral é alicerçada em três pilares de acordo com a Convenção dos Direitos da Criança, aprovada em novembro de 1989:

1. O reconhecimento da peculiar condição da criança e do jovem como pessoa em desenvolvimento, titular de proteção especial.
2. Crianças e jovens têm direitos à convivência familiar.
3. As Nações subscritoras obrigam-se a assegurar os direitos insculpidos na Convenção, com absoluta prioridade.

Observa-se que, com a promulgação do ECA foi, explicitado o compromisso assumido pelo Estado brasileiro com os dispositivos intrínsecos às convenções

internacionais, tendo seu no artigo 1º expressamente previsto que a referida “[...] a lei dispõe sobre a proteção integral à criança e ao adolescente”.

Além disso, o Direito à Proteção Integral fica explícito na lei 8.069/90 no artigo 3º, que ressalta o fato de que toda criança e adolescente gozam de todos direitos fundamentais inerentes à pessoa humana [...]. Assim, aqueles outrora considerados objetos de direito, hoje são sujeitos de direitos.

As mudanças idealizadas nos marcos legais referidos, ou seja, a Carta Magna e ECA, são ações que se materializam na atuação profissional de todos, ao passo que indicam um movimento constante e intenso para a superação de uma cultura que valoriza a [...] institucionalização de crianças, com altos e baixos, mantida, revista e revigorada por uma cultura que valoriza a educação da criança por terceiros – cultura que permeia amplos setores da sociedade, desde planejadores até os grupos sociais de onde saem os internos (RIZZINI, IRENE; RIZZINI, IRMA, 2004, p.22)

É claro que olhares para o horizonte fizera com que o legislador abordasse no ECA, mais precisamente no artigo 101, ações que priorizassem o direito à convivência familiar e comunitária antes de qualquer medida que visasse institucionalizar a criança. O ECA, portanto, determina a aplicação de medidas que visam proteger tanto a criança como a família, e, em último, caso o abrigo seja necessário, este deverá ser provisório e excepcional.

Assim, para que se tenha clareza sobre o trâmite para a criança ser abrigada detalhamos abaixo os papéis dos órgãos responsáveis em encaminhá-la ao abrigo, que por sua vez tem por finalidade protegê-la até a superação de uma condição desfavorável na família.

O atendimento à criança em situação de abrigo, como já relatado, é realizado por entidades governamentais ou não governamentais, fiscalizadas pelo Judiciário, pelo Ministério Público e pelos Conselhos Tutelares, com respaldo no ECA (artigo 95) e cujo Presidente é, ainda que temporariamente, equiparado à figura do guardião, devendo responsabilizar-se pelos cuidados integrais de todos aqueles que estejam sob sua custódia.

O caminho que a criança percorre para chegar ao abrigo é reflexo de uma ameaça ou violação de seus direitos (violência física, sexual psicológica ou negligência) sofrida de forma abrupta, e de uma situação onde, ainda que momentaneamente, nenhum familiar ou uma família substituta possa acolher.

Dessa forma, diante da situação de risco à segurança e à integridade criança, o Conselho Tutelar fará uma sinalização ao judiciário que por sua vez na lei 12.010 artigo 101, inciso IX parágrafo § 2º.

Sem prejuízo da tomada de medidas emergenciais para proteção de vítimas de violência ou abuso sexual e das providências a que alude o art. 130 desta Lei, o afastamento da criança ou adolescente do convívio familiar é de competência exclusiva da autoridade judiciária e importará na deflagração, a pedido do Ministério Público ou de quem tenha legítimo interesse, de procedimento judicial contencioso, no qual se garanta aos pais ou ao responsável legal o exercício do contraditório e da ampla defesa.

Vale ressaltar que a Lei nº 12.010, no artigo 98, dispõe sobre medidas protetivas, onde e como serão aplicadas quando os direitos da criança/adolescente forem ameaçados ou violados, por si, pelo estado ou pelos pais. O artigo 101 determina que nas hipóteses relatadas no artigo 98, caberá à autoridade competente aplicar outras medidas, tais como: I – encaminhamento aos pais ou responsável, mediante termo de responsabilidade; II – orientação, apoio e acompanhamento temporários; III – matrícula e frequência obrigatórias em estabelecimento oficial de ensino fundamental; IV – inclusão em programa comunitário ou oficial de auxílio à família, à criança e ao adolescente; V – requisição de tratamento médico, psicológico ou psiquiátrico, em regime hospitalar ou ambulatorial; **VII - acolhimento institucional**⁸; VIII - inclusão em programa de acolhimento familiar; IX - colocação em família substituta. Por fim, dispõe em seu Parágrafo Primeiro: O acolhimento institucional e o acolhimento familiar são medidas provisórias e excepcionais, utilizáveis como forma de transição para reintegração familiar ou, não sendo esta possível, para colocação em família substituta, não implicando privação de liberdade.

⁸ Grifo nosso – alteração dos incisos pela lei 12.010

Diante do exposto percebe-se que há um imperativo para que a medida de abrigo seja o antepenúltimo recurso, ou seja, trata-se medida que deve ser utilizada única e exclusivamente como última alternativa. Assim sendo, em todo e qualquer caso de violência contra crianças e adolescentes, deverá ser articulada toda a rede para atender, proteger e fortalecer a criança dentro do núcleo familiar. Nessa direção, portanto, é plausível pontuar que a atuação em rede é a resposta para proporcionar à infância dignidade sem que seja isolada da família.

Como tudo é gradativo os municípios aos poucos estão tomando consciência que é mais rentável prevenir que abrigar. Todavia, em casos mais graves nos quais se verifica a inviabilidade do retorno à família em virtude da violência gerada à criança, a resposta continua sendo o abrigo, mesmo que excepcional e provisório.

Vale ressaltar que a nomenclatura abrigo tem definição clara, de acordo com as “Orientações Técnicas para Serviço de Acolhimento elaborada pela Secretaria Nacional de Assistência Social”.

Serviço que oferece acolhimento, cuidado e espaço de desenvolvimento para grupos de crianças e adolescentes em situação de abandono ou cujas famílias ou responsáveis encontram-se temporariamente impossibilitados de cumprir sua função de cuidado e proteção. Oferece atendimento especializado e condições institucionais para acolhimento em padrões de dignidade funcionando como moradia provisória até que seja viabilizado o retorno à família de origem ou, na sua impossibilidade, o encaminhamento para a família substituta.” (2008, p.29)

Para que a criança seja encaminhada ao serviço de acolhimento, os seguintes passos devem ser seguidos: o Conselho Tutelar deverá fazer o acompanhamento de situações que coloquem a criança em risco: constatada a violação de direitos, o conselheiro fará uma representação ao Ministério Público, o que, por sua vez gerará um processo, que tem por resultado aplicar uma medida de proteção, sendo a antepenúltima, prevista dentre nove, o abrigo.

Portanto, entende-se que na impossibilidade momentânea da família exercer o papel de cuidador deverá ser aplicada uma medida protetiva cabendo ao abrigo, assumir essa responsabilidade quando acionado.

É lúcido entender que as limitações das entidades em prover um ambiente que satisfaça as necessidades das crianças e adolescentes abrigados, de acordo com as denúncias ocorridas em 2002 na Secretaria de Direitos Humanos e consolidada na pesquisa IPEA (2003), desencadeou uma discussão em nível Federal, na Assembleia Legislativa, no intuito de conhecer e combater práticas que ferem a dignidade do ser humano.

Vejam que a clareza dos ganhos que a criança tem ao estar junto a uma família é importante, dessa forma a pesquisa do IPEA (2003) dividiu em quatro setores de análise ao demonstrar as diferenças ente a instituição e o lar substituto, Características no Atendimento – 1) Socialização, 2) Emocional, 3) Tratamento, 4) Desenvolvimento Infantil. Observem nas tabelas abaixo.

TABELA 01
Características do atendimento - socialização

INSTITUIÇÃO	LAR SUBSTITUTO (OU ACOLHEDOR)
1. Admissão - "Ansiedade de separação" (Estágios de Bowlby), protesto, desespero e desapego;	1. Admissão - adaptação rápida;
2. Dificil Identificação (rotatividade de funcionários);	2. Identificação - membros da família;
3. Distribuição por faixa etária - dificulta contato entre irmãos;	3. Convivência - grupo de irmãos;
4. Afastamento da vivência em ambiente familiar e comunitário;	4. Vivência num ambiente familiar e comunitário.

TABELA 02
Características do atendimento - emocional

INSTITUIÇÃO	LAR SUBSTITUTO (OU ACOLHEDOR)
1. Carência afetiva;	1. Recebem afeto;
2. Baixa auto-estima;	2. Elevada auto-estima;
3. Semblante triste, olhar perdido;	3. Mudança no humor, brilho nos olhos, sorriso;
4. Desejo de sair e ter uma família;	4. Medo de retornar ao abrigo (institucional).

TABELA 03*Características do atendimento - tratamento*

INSTITUIÇÃO	LAR SUBSTITUTO (OU ACOLHEDOR)
1. Ambiente grande, frio;	1. Ambiente familiar, aconchegante;
2. Coletivo - massificante;	2. Individualizado - personalizado;
3. Horários estabelecidos, rígidos;	3. Horários flexíveis, respeito ao ritmo da criança;
4. Vestuário coletivo e padronizado;	4. Vestuário individualizado, apropriado;
5. Sem direito a escolhas, gostos, querer.	5. Respeito aos gostos, escolhas e desejos.

TABELA 04*Características do atendimento - desenvolvimento infantil*

INSTITUIÇÃO	LAR SUBSTITUTO (OU ACOLHEDOR)
1. Atraso no desenvolvimento biopsicomotor;	1. Bom desenvolvimento;
2. Saúde fragilizada;	2. Melhora do quadro de saúde;
3. Dificuldade de ganhar peso;	3. Aumento do peso;
4. Linguagem reduzida;	4. Aumento do vocabulário;
5. Dificuldade de compreender as coisas comuns do cotidiano.	5. Riqueza nas experiências do cotidiano.

Assim, com respaldo na pesquisa elaborada pelo IPEA (2003) e pela elaboração do documento Diretrizes das Nações Unidas sobre o Uso e Condições Apropriadas para Cuidados Alternativos com Crianças (MDS, 2006), que deve nortear as ações de atenção à infância em âmbito mundial nasceu o Plano Nacional de Promoção, Proteção e Defesa do Direito de Crianças e Adolescentes à Convivência Familiar e Comunitária (MDS, 2007), que apresentou princípios e orientações metodológicas e operacionais de como formular políticas públicas para fins de proteção integral das crianças e adolescentes junto às suas famílias. Referida política foi criada sob, a premissa de estabelecer o papel dos serviços de acolhimento na luta de manter os vínculos familiares e comunitários:

Os espaços e as instituições sociais são, portanto, mediadores das relações que as crianças e os adolescentes estabelecem, contribuindo para a construção de relações afetivas e de suas identidades individual e coletiva. Nessa direção, se o afastamento do convívio familiar for necessário, as crianças e adolescentes devem, na medida do possível, permanecer no contexto social que lhes é familiar. Além de muito importante para o desenvolvimento pessoal, a

convivência comunitária favorável contribui para o fortalecimento dos vínculos familiares e a inserção social da família. (PNCFC, 2006, p.33)

Com as mudanças expostas na resolução que qualifica o PNCFC, isso fez que os abrigos fizessem o seu “reordenamento”, uma vez que para o funcionamento, as entidades deverão acatar as resoluções do Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente, conforme a lei nº 12.010 de 03 de agosto de 2009, explicita em seu no artigo 90, parágrafo terceiro, inciso I - o efetivo respeito às regras e princípios desta Lei, bem como às resoluções relativas à modalidade de atendimento prestado expedidas pelos Conselhos de Direitos da Criança e do Adolescente, em todos os níveis.

O Plano apresentou um novo modelo de concepção filosófica e operacional do abrigamento.

[...] um marco nas políticas públicas no Brasil, ao romper com a cultura da institucionalização de crianças e adolescentes e ao fortalecer o paradigma da proteção integral e da preservação dos vínculos familiares e comunitários preconizados pelo Estatuto da Criança e do Adolescente. A manutenção dos vínculos familiares e comunitários – fundamentais para a estruturação das crianças e adolescentes como sujeitos e cidadãos – está diretamente relacionada ao investimento nas políticas públicas de atenção à família. (PNCFC, 2006, p.14)

Dessa forma o trabalho em rede deve ser priorizado e tem por premissa trabalhar as famílias, organizações da sociedade civil, Conselhos de Direitos, Conselhos Tutelares, Secretarias do Município para dar funcionalidade ao Sistema de Garantia de Direitos.

As mudanças na busca do aperfeiçoamento dos dispositivos legais para a infância estão cada vez mais atrelados. Em 03 de agosto de 2009 foi promulgada a lei nº 12.010, conhecida como “Nova Lei de Adoção” e que trouxe novamente ao centro da questão a importância da família. Referida normativa apresenta o direito a convivência familiar e comunitária de crianças e adolescentes que permanecem em situação de privação e institucionalização, ou seja, mediante orientação e promoção da família de origem e sempre obedecendo o princípio da prioridade absoluta.

A lei supra salienta que o acolhimento familiar ou institucional deverá ser excepcional e de caráter provisório, devendo obedecer e priorizar a colocação em família substituta quando esgotadas as tentativas de reinserção na família de origem.

Até o momento da referida normativa a nomenclatura utilizada era “abrigo”. Com a nova legislação, a terminologia foi alterada para “instituição de acolhimento e abrigamento por acolhimento institucional”.

Em 2010 surgiram, como fruto de uma provocação aos Magistrados dentro do Conselho Nacional de Justiça, onde se questionava a eficiência do judiciário em agilizar o processo da infância institucionalizada no Brasil, as chamadas audiências concentradas, que tem por fim escutar as crianças e adolescentes institucionalizados, envolvendo no processo de escuta a família, advogados, assistentes sociais e psicólogos.

A partir da análise histórica e evolutiva da legislação nacional sobre o tema verifica-se, portanto, a gradativa superação da cultura menorista impregnada na práxis profissional e herdada da doutrina da situação irregular. Essa visão da infância é algo que deverá ser suplantado pela adoção de procedimentos claros, que visem os princípios do contraditório e da ampla defesa da infância, com vistas ao direito à convivência familiar e comunitária.

2. LUTA ANTIMANICOMIAL E A INFÂNCIA NESSA HISTÓRIA

2.1 CONTEXTO HISTÓRICO DO PROCESSO DE LUTA ANTI-MANICOMIAL E SUAS FACES COM A INFÂNCIA

Segundo Bobbio a efetivação de uma maior proteção aos direitos dos homens está ligada ao desenvolvimento global da civilização humana. É um problema que não pode ser isolado, sob pena, não digo de não resolvê-lo, mas de sequer compreendê-lo em sua real dimensão. Quem o isola já o perdeu (BOBBIO, 1992, p. 45 apud Almeida, 2005, p.41)

A luta anti-manicomial no Brasil surgiu na década de 1970 com os trabalhadores que prestavam serviços na área de saúde mental, movimento conhecido como MTSM – Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental. É plausível entender que a efervescência da ditadura foi o palco de transformações, inclusive para o surgimento do movimento de reforma psiquiátrica. “É a carência que define a coletividade possível, dentro da qual se constitui a coletividade efetiva dos participantes do movimento”. (Scarelli, 1998, p 7).

A reforma psiquiátrica foi pautada no contra hegemônico das relações de poder, visto que a tendência do governo militar era sobrepor o econômico acima do social. Exemplo emblemático foi a política privatizante, o que facilitou o aumento de hospitais psiquiátricos privados, tendo um aumento gradativo ao longo dos anos, em 1961 havia 135 hospitais, em 1971, 341 e em 1981, 430.

No caso da atenção psiquiátrica, a política privatizante da Previdência facilitou a construção e ampliação de um grande número de hospitais psiquiátricos privados, fato que contrariava as recomendações da Organização Mundial de Saúde, que preconizava a concentração da assistência psiquiátrica no nível ambulatorial. Havia no Brasil no ano de 1961, 135 hospitais psiquiátricos; em 1971, 341; e em 1981, 430.

Nesse cenário em destaque buscamos apresentar o processo inerente à psiquiatria infantil e seus sustentáculos junto à história da institucionalização das crianças recolhidas, ora internadas, ora sem tratamento digno.

Como já expresse outrora que o amplo movimento pela redemocratização do Brasil, na década de 1970, fez que com as questões estruturais tivessem visibilidade. Na década de 1980, ainda assim não “superadas”, tais questões serviram como propostas norteadoras na Constituição Cidadã (1988) e fundamentais para a garantia de direitos da população infanto-juvenil, a quem foi assegurando o “direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, bem como o direito de ser colocado de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão”, conforme descrito no artigo 227 da Carta Constitucional.

Esse movimento mais tarde culminou a promulgação da Lei n.º 8.069/90, ou seja, Estatuto da Criança e do Adolescente.

Diante de tais legislações é evidente que um novo modelo de assistência menos institucionalizante foi proposto, fundamentado com base na convivência comunitária, e que tornou as crianças e adolescentes sujeitos de direitos.

É evidente que a política de saúde mental precisou ser redesenhada e configurou-se nas leis supracitadas, dessa forma o debate constitucional e posteriormente o ECA estiveram cercados pelas discussões que [...] queriam expurgar os malefícios do asilamento e que, por força do Movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira, viu-se obrigado a redesenhar suas diretrizes, a base de seu modelo assistencial e o objeto de sua intervenção. (BRASILIA, 2005, p.9).

Através das novas fundamentações que influenciaram as ideologias no país alterou-se a gestão em saúde mental, e, promoveram-se mudanças no sentido de substituir o modelo asilar vigente por ações na comunidade.

Algumas referências são importantes para se entender que essas mudanças estão acontecendo ainda lentamente. A 1ª Conferência Nacional de Saúde Mental aconteceu em 1987, que tinha por pressupostos a criação de tratamentos extra-hospitalares e multiprofissionais em oposição ao modelo centrado no Hospital Psiquiátrico. Na 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental (1992) apontou-se os efeitos danosos da institucionalização de crianças e jovens e concluiu-se, ser importante e [...] imperativo efetuar a desinstitucionalização de todas as instâncias com características manicomiais, tais como: asilo para idosos, instituições para menores, classes especiais e instituições penais, entre outras. (BRASILIA, 1992, p. 7).

A 3ª Conferência Nacional de Saúde Mental (2001), que teve com o tema “Cuidar, sim. Excluir, não. – Efetivando a Reforma Psiquiátrica com acesso, qualidade, humanização e controle social.” foi redundante em determinar que não fossem poupadas as ações político-assistenciais necessárias para que um novo tempo se instaurasse no que diz respeito ao cuidado e tratamento da população infanto-juvenil⁹.

Após quatro anos foi instituído o **Fórum Nacional de Saúde Mental Infanto-Juvenil**, através da Portaria GM 1608 de 03/08/2004, que, respaldado nas diretrizes para o processo de desinstitucionalização de crianças e adolescentes em território nacional, propôs a intersectorialidade e a constituição de redes de atenção e expediu a **Recomendação nº 01/2005** com o intuito de dar funcionalidade às suas deliberações.

A 4ª Conferência Nacional de Saúde Mental aconteceu entre os dias 27 de junho a 01 de julho de 2010 e pela primeira vez nos moldes intersectoriais, com a participação dos usuários, trabalhadores e gestores do campo da saúde e de outros

⁹ A lei n.º 10.216/01. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtorno mental e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. No campo específico da Saúde Mental Infanto-Juvenil, essa prioridade se materializou na instituição do Fórum Nacional de Saúde Mental Infanto-Juvenil, que teve sua implantação concretizada graças ao esforço de representantes de diferentes setores, do âmbito governamental e não-governamental, garantindo que este se fortaleça a cada dia como um importante espaço de diálogo e construção de consensos possíveis sobre o tema, consolidando as redes de serviços, de forma que possam fazer frente aos diferentes problemas apresentados pelas crianças e pelos adolescentes portadores de transtornos mentais. (BRASILIA, 2005,p.9)

setores. Com a finalidade de aperfeiçoar as diretrizes em saúde mental foram estabelecidos diferentes mecanismos para organização e consolidação da rede de atendimento à infância, dentre os quais destacamos o item 2.5 que aborda a “Desinstitucionalização, inclusão e proteção social: Residências Terapêuticas, Programa de Volta para Casa e Articulação intersetorial no território”.

Em virtude da complexidade existente na área da saúde mental é plausível pontuar que a 4ª Conferência (2010) reafirmou que este é um campo multidimensional, interdisciplinar, interprofissional e intersetorial e que é fundamental a construção de uma rede substitutiva diversificada, e garantia dos direitos de cidadania das pessoas com transtorno mental.

Dentro da perspectiva de integração definiu-se pela implantação e implementação de serviços de saúde mental com atendimento integral da criança ao idoso, ampliando o número de residências terapêuticas, pela implantação de CAPS¹⁰ e a obrigatoriedade de leitos psiquiátricos em Hospitais, com a finalidade de atender crianças, adolescentes e adultos, em razão de tais mecanismos fica cada vez mais transparente o efetivo cumprimento da lei 10.216/2001 na substituição dos leitos psiquiátricos permanentes.

Importante salientar que a aprovação da lei 10.216/01 foi fruto de um processo de discussão a nível social e político, e, que é decorrente de diferentes manifestações, principalmente do Projeto de Lei 3.657 de 1989 do Deputado Federal Paulo Delgado, no qual propunha a extinção progressiva dos manicômios e sua troca por recursos assistenciais e também regulamentava a internação psiquiátrica compulsória. O que tangeu o referido processo está intrínseco a Reforma Psiquiátrica e tem por finalidade superar modelo a assistencial hospitalar que por sua vez é prejudicial, uma vez que tira do ser humano a liberdade e sua individualidade.

¹⁰ **Centros de Atenção Psicossocial – CAPS** Seu objetivo é oferecer atendimento à população, realizar o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários. Disponível http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=29797&janela. Acesso em 29 de junho de 2012.

Na perspectiva em que estava calcado o projeto de lei do Dep. Federal Paulo Delgado, não obteve êxito visto que havia forte interesse de empresários na permanência da clientela internada, dessa forma houve discórdia, logo a proposta foi substituída com algumas alterações do Deputado Federal Sebastião Rocha cujo não previa a extinção dos manicômios, mas propõe uma regulamentação das internações.

As considerações referentes à regulamentação de recursos indicadas pela Conferência salientam a importância de se considerar a heterogeneidade existente no Brasil, de forma a entender situações múltiplas e desenvolver estratégias de redução de danos e programas de prevenção e tratamento de usuários, inclusive para crianças e jovens em situação de drogadição. Em cidades com população inferior a 20.000 mil habitantes a rede serviços de saúde mental deve ser estruturada de acordo com suas realidades e necessidades, sempre relevando a atenção básica como princípio de tudo no atendimento de saúde mental.

Nas diferentes unidades de saúde existentes no município dever-se-á proporcionar a capacitação e educação permanente em saúde mental para profissionais da atenção primária, com destaque ao sofrimento psíquico de crianças e adolescentes e, garantir leitos no período noturno, finais de semana e feriados, sempre observando o atendimento da criança e do idoso.

Outro tópico abordado e muito bem pontuado ao longo da 4^o Conferência diz respeito à “Saúde Mental na infância, adolescência e juventude: uma agenda prioritária para a atenção integral e intersetorialidade” que:

[...] ratifica a necessidade de assegurar, em todo o território nacional, o acesso e o tratamento para crianças, adolescentes e jovens com sofrimento psíquico, atarves da montagem de uma rede pública ampliada de atenção em saúde mental – de base comunitária e fundamento intersetorial -, em consonância com as necessidades, os recursos e as particularidades de cada localidade, e sob a égide das determinações do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), da Lei 10.216, dos princípios da reforma psiquiátrica e dos fundamentos da Política Pública de Saúde Mental no SUS. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010, p. 92)

Vale destacar ainda que a 4ª Conferência Nacional de Saúde Mental apontou na direção da desinstitucionalização de crianças e jovens, tendo definido como meta:

- a) expansão e qualificação das estratégias de desinstitucionalização para crianças e adolescentes;
- b) fortalecimento de políticas intersetoriais orientadas para a promoção de saúde mental e para a atenção integral;
- c) efetivação de articulações intersetoriais, particularmente com a atenção básica e hospital geral;
- d) consolidação do fundamento intersetorial na montagem da rede de cuidados, especialmente com os setores da educação, assistência social, justiça/direitos;
- e) destinação financeira compatível com as exigências da atenção psicossocial para infância e adolescência;

Não obstante a redundância do Relatório Final da 4ª Conferência Nacional de Saúde Mental em afirmar a importância da desinstitucionalização, o mesmo documento apontou os direcionamentos feitos à população institucionalizada em Serviço de Acolhimento, diante dos quais as entidades deverão implantar dispositivos de convivência familiar e comunitária para crianças e adolescentes em situação de ameaça, violação de direitos ou com sofrimento psíquico de acordo com a Política Nacional de Assistência Social (PNAS), sendo possível o uso de recurso da saúde mental do território.

Conclui-se, pois, que é na busca de novas perspectivas de convivência social com a doença mental, por meio de iniciativas desinstitucionalizantes, nas áreas da assistência, no imaginário cultural e nas legislações que a luta anti-manicomial tem se constituído e apresentado o seu maior desafio na ruptura com o paradigma da privação da liberdade do acesso ao direito à vida comunitária.

2.2 REGRAMENTO DO DIREITO À SAÚDE NO ESTATUTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE (“ECA”)

Para compreender o conceito de saúde e a forma pela qual encontra-se retratado no Estatuto da Criança e do Adolescente faz-se necessário uma referência histórica, ao ano de 1946, no prelúdio da Constituição da Organização Mundial de Saúde (OMS), no qual ficou determinado o referencial teórico do conceito de saúde, assim caracterizada pelo completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas como a ausência de doenças.

Tal conceito foi absorvido pela Carta Magna (1988), cujo artigo 196 determina que a saúde, direito de todos, é “dever do Estado, garantindo mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e o acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”, e exaustivamente, apontado na legislação infraconstitucional, em específico na Lei Orgânica da Saúde¹¹.

A Constituição também elencou dentre os seus fundamentos, o princípio da dignidade humana, reconhecendo a intangibilidade da vida como um valor absoluto e fundamental de todo indivíduo, ou seja, é a qualidade natural e irrenunciável de toda pessoa. Dessa forma a saúde é um direito público subjetivo do cidadão e dever do Estado conforme previsto no art. 198, II, CF/1988, artigo 7º, inciso XII e 43, da Lei 8.080/1990, bem como a adequado fornecimento de remédios, conforme o art. 6º, inciso I, alínea d.

É plausível, pois, a partir do conteúdo das normas acima referidas, o entendimento de que a integralidade da assistência terapêutica deve ser global, preventiva e/ou curativa, implicando em atenção individualizada de acordo com o tratamento prescrito pelo médico, em todos os níveis de complexidade do sistema. Assim, a saúde vista sob a ótica ampliada não é apenas uma contraprestação de serviços devida pelo Estado, mas um direito fundamental do todo o ser humano.

No que se refere a crianças e adolescentes, referida perspectiva de atendimento à saúde de forma global encontra respaldo no art. 227 da Constituição

¹¹ Lei Federal nº 8080/1990: Art. 2º – A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

Federal e no art. 3º do ECA, segundo o qual “toda criança e adolescente goza de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral de que trata a referida”, e implica, em última análise, no reconhecimento de que esse público tem direito à prioridade absoluta no atendimento.

Já o artigo 4º, do ECA, reafirma o conteúdo do art. 227 da Constituição Federal, que por sua vez definiu que prioridade absoluta importa receber proteção e socorro, em quaisquer circunstâncias, precedência no atendimento nos serviços públicos, bem como preferência na formulação e na execução das políticas públicas sociais e destinação privilegiada de recursos nas áreas relacionadas com a proteção da infância.

Especificamente no que diz respeito à saúde, dispõe o Estatuto que, a criança e o adolescente têm direito a proteção à saúde, mediante a efetivação de políticas sociais públicas que permitam o seu desenvolvimento sadio e harmonioso (art. 7º)¹². A lei ainda lhes assegura o atendimento integral por intermédio do SUS e, para aqueles que tenham alguma deficiência, o atendimento especializado, garantindo-se, em todas as situações, o fornecimento gratuito de medicamentos e outros recursos relativos ao tratamento, habilitação e reabilitação (art. 11)¹³.

O que ECA prevê as chamadas medidas de proteção à criança e ao adolescente, que são aplicáveis sempre que os direitos nele reconhecidos no ECA forem ameaçados ou violados em razão da conduta do próprio indivíduo (art. 98, inciso III), fixando que, nessas situações, a autoridade competente poderá requisitar tratamento médico, psicológico ou psiquiátrico, em regime hospitalar ou ambulatorial (art. 101, inciso V).

¹² Lei 8.069/90 - Art. 7. A criança e o adolescente têm direito a proteção à vida e à saúde, mediante a efetivação de políticas sociais públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso, em condições dignas de existência.

¹³ Lei 8.069 - Art. 11. É assegurado atendimento integral À saúde da criança e do adolescente, por intermédio do Sistema Único de Saúde, garantido o acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde. Parágrafo 1º. A criança e o adolescente portadores de deficiência receberão atendimento especializado. Parágrafo 2º Incumbe ao Poder Público fornecer gratuitamente àqueles que necessitam os medicamentos, próteses e outros recursos relativos ao tratamento, habilitação ou reabilitação.

Além disso, dentro das estruturas de proteção, dispõe o ECA que incumbe ao Conselho Tutelar atender as crianças nas situações do acima citado artigo 98, aplicando as medidas previstas no também citado artigo 101 que, como dissemos, inclui a requisição de serviços públicos na área de saúde (art. 136, III a).

Já admissão de crianças e adolescentes por entidades de atendimento em regime de abrigo depende da prévia inscrição de programa compatível da entidade junto ao Conselho Municipal de Direitos da Criança e do Adolescente, onde esteja especificado o seu regime de atendimento (art. 90).

Mais especificamente sobre a forma de atuação das entidades que desenvolvam programas de acolhimento familiar ou institucional, dispõe o ECA em seu artigo 92, sobre os princípios que estas deverão adotar na condução do seu trabalho:

1. Preservação dos vínculos familiares e promoção da reintegração familiar;
2. Integração em família substituta, quando esgotados os recursos de manutenção na família natural ou extensa;
3. Atendimento personalizado e em pequenos grupos;
4. Desenvolvimento de atividades em regime de coeducação;
5. Não desmembramento de grupos de irmãos;
6. Evitar, sempre que possível, a transferência para outras entidades de crianças e adolescentes abrigados;
7. Participação na vida da comunidade local;
8. Preparação gradativa para o desligamento;
9. Participação de pessoas da comunidade no processo educativo.

Quando abordado determinado assunto procuramos direcionar o paralelo entre a determinação legal para que a criança tenha seus direitos efetivados na saúde bem como o serviço de acolhimento como sistema de proteção às crianças que por circunstâncias da vida familiar.

O que intriga e que é plausível pontuar neste cenário desolador das crianças e adolescentes institucionalizados diz respeito a invisibilidade dos mesmos frente a necessidade de um atendimento digno em saúde versus às políticas públicas existentes.

Até onde a necessidade de recorrer ao judiciário para a garantia dos direitos é necessária para que a vitimização não seja maior. Não basta estar abrigada, a violência perdura no acesso à saúde.

2.3 REGRAMENTO DO TRATAMENTO DE TRANSTORNOS MENTAIS

Segundo dados do Ministério da Saúde “estima-se que de 10% a 20% da população de crianças e adolescentes sofram de transtornos mentais. Desse total, de 3% a 4% necessitam de tratamento intensivo. Entre os males mais frequentes estão a deficiência mental, o autismo, a psicose infantil, os transtornos de ansiedade¹⁴. (BRASILIA, 2005, p. 5)

Frente aos números acima apontados e das limitações das instituições de acolhimento, bem como das famílias, em proporcionar um tratamento digno [...] compreendemos que há um caminho longo a ser percorrido em busca de diagnóstico e do tratamento para crianças e adolescentes com transtorno mental e/ou deficiência mental (RIZZINI, 2010).

Dessa forma é importante compreender que existe respaldo jurídico para amparar estas pessoas e que poderão ser assistidos pelo SUS, uma vez que tem por princípios a universalidade de acesso, integralidade de assistência, igualdade da assistência à saúde, descentralização político-administrativa com direção única em cada esfera de governo, bem como a participação popular.

¹⁴ Atrelado ao levantamento desses dados foi instituído o Fórum Nacional de Saúde Mental Infanto-Juvenil, instituído pela Portaria GM 1608 de 03 de agosto de 2004, que teve por finalidade traçar as diretrizes do processo de desinstitucionalização de crianças e adolescentes em todo o país, e que na contra mão da cultura institucionalizante traçou ações no campo da saúde mental, da assistência social, da educação e da justiça para que a população infanto-juvenil tivessem acesso ao tratamento em base território e comunitário, podemos citar algumas referências conhecidas como práticas antimanicomiais, tais como Caps i, ambulatórios ampliados, residências terapêuticas, moradias assistidas, casas-lares e outros equipamentos que tem por base o território.

A proteção e os direitos de pessoas com transtornos mentais foram regulados pela Lei 10.216/2001, marco da Reforma Psiquiátrica, que fixou, dentre outros, o direito de:

1. Ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;
2. Ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;
3. Ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;
4. Receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;
5. Ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;
6. Ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.

De acordo com citada lei, é responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde às pessoas com transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde às pessoas com transtornos mentais (art. 3º).

Merece destaque, nos termos da mesma normativa a proibição de internação de pessoas com transtornos mentais em instituições com características asilares (longa permanência), ou seja, aquelas desprovidas de serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros (art. 4º).

A internação psiquiátrica pode ser **voluntária** (aquela que se dá pela própria pessoa ou com o consentimento do usuário), **involuntária** (aquela que se dá pela família ou guardião, sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro) ou compulsória (determinada pelo Judiciário com base em laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos). A internação compulsória é determinada pelo juiz competente, que levará em conta as condições de segurança do estabelecimento, quanto à salvaguarda do paciente, dos demais internados e funcionários (art. 6º e 9º).

Especificamente em Minas Gerais, a Lei Estadual nº 11.802/95 fixou as regras de tratamento de pessoas com transtornos mentais. Enfatizando a busca da substituição da internação em hospitais psiquiátricos, a lei determinou que os poderes públicos estadual e municipais, em seus níveis de atribuição, estabelecerão a planificação necessária para a instalação e o funcionamento de recursos alternativos que garantam a manutenção de pessoa com sofrimento mental no tratamento e sua inserção na família, no trabalho e na comunidade, tais como: 1. Ambulatórios; 2. Serviços de emergência psiquiátrica em prontos-socorros gerais e centros de referência; 3. Leitos ou unidades de internação psiquiátrica em hospitais gerais; 4. Serviços especializados em regime de hospital-dia e hospital-noite; 5. Centros de referência em saúde mental (unidade regional de funcionamento permanente de atendimento ao paciente em crise); 6. Centros de conveniência; 7. Lares e pensões protegidas.

Explicito entender que o cuidado mental de crianças e adolescentes constitui-se em direito à saúde de forma fundamental e sua proteção está vinculado a condição peculiar de desenvolvimento e sua condição de proteção envolve uma vigilância integral do Sistema de Garantia de Direitos.

Não obstante, sendo necessária, a internação de menores idade em hospital psiquiátrico, mas será caracterizada pelo médico autor do laudo como internação involuntária (art. 11).

Nota-se que muito embora a expressão 'lares e pensões protegidas' constante na Lei 11.802/95 seja um tanto vaga, a leitura de outras disposições da mesma lei (arts. 17 a 19) permite que possamos compreender tais locais como

aqueles estabelecimentos localizados fora dos limites físicos do hospital psiquiátrico, dedicados a pessoas desinternadas de estabelecimentos médicos que perderam o vínculo com o grupo familiar e se encontram em situação de desamparo social.

Ou seja, a legislação vigente estimula o comportamento no que diz respeito ao tratamento que deve ser oferecido a pessoas com transtornos mentais, inclusive a crianças e adolescentes, dessa forma a construção de residências terapêuticas e a volta para casa através de projetos, cuja finalidade é a reintegração social de pessoas com transtorno mental egressos de entidades de longas internações.

Todavia, muito embora a legislação nacional privilegie a prestação de atendimento em instituições abertas com vistas à maior interação com a realidade comunitária e familiar, ainda assim as transformações na sociedade brasileira é diversa e necessidade de consolidar práticas que proporcione o protagonismo das pessoas com transtorno mental.

É evidente que [...] a lacuna existente no setor público favoreceu a criação e o fortalecimento de instituições totais, cujo modelo de atenção não focaliza ações e propostas terapêuticas que visem a uma atenção integral, voltada para a reinserção familiar, social e cultural. (BRASILIA, 2005, p. 10).

Na ausência de atendimento à infância com transtorno mental e na escassez de diretrizes é que são fortalecidas as instituições que, sendo em sua maioria privada e filantrópica, apresentam-se como a única opção de “cuidado”.

Porém, esforços vem sendo empreendidos no sentido de mudar essa realidade. Direcionando sua forma de atuação para um novo modelo de atendimento, algumas instituições já fortaleceram um formato de se contrapor à cultura institucionalizante e apontam para necessidade [...] de ter uma rede ampliada de atenção em saúde mental para criança e adolescente, sendo fundamental que essa rede seja pautada na **intersectorialidade e na co-responsabilidade**¹⁵. (BRASILIA, 2005, p.10).

¹⁵ Grifo nosso

Nesse intuito é necessário respeitar a subjetividade de cada indivíduo e delinear caminhos para a essa população com métodos menos invasivos possíveis e com vistas ao atendimento extra-hospitalar.

Conforme exposto no relatório do Ministério da Saúde (2005, p.14) – “Caminhos para uma Política de Saúde Mental Infanto-Juvenil, o processo de desinstitucionalização [...] baseia-se no princípio de que a pessoa portadora de sofrimento mental, de alguma deficiência e sua família devem ser protagonistas do seu processo de emancipação, devendo assumir os seus lugares na vida de sua cidade. Em síntese os serviços direcionados à infância deve transcender o fazer meramente técnico do cuidado e proporcionar ações emancipatórias, considerando o indivíduo um ser total com direitos de estar incluso na comunidade.

Pode se concluir que a Política de Assistência em Saúde Mental sinaliza para a necessidade de dissolverem as instituições de referência de cuidado e assistência, uma vez que aponta para o fim dessas instituições que excluem e isolam. À luz dessa mesma política, a cidadania é elevada ao patamar de direito e a esfera pública como meios de amparar a pessoa com transtorno mental, assim socializa-los e protege-los das situações de risco que estão expostos.

3. UM NOVO OLHAR PARA OS ABRIGOS FRENTE AO TRANSTORNO MENTAL

3.1 OBJETIVOS E MÉTODOS

Durante a pesquisa acima descrita pode se observar as diferentes formas de institucionalização de crianças e como isso aconteceu no decorrer dos anos. Dentre as situações que sempre instigou o autor foi relacionar e entender a situação da criança e adolescente com algum transtorno mental na convivência com grupo institucionalizado.

Assim, o princípio da presente pesquisa aconteceu através da análise da bibliografia que sucedeu por meio de livros, artigos, filme, relatórios das conferências de saúde mental infanto-juvenil, sites e pesquisas acadêmicas relacionadas. Dessa forma foi essencial para entender e trilhar algumas ideias, visto que o tema é pouco desenvolvido no meio acadêmico.

Ao passo que o tema foi aprofundado observou-se que os serviços de acolhimento institucional para crianças e adolescentes bem como os hospitais psiquiátricos (manicômios, hospícios outrora denominados) não compreendem uma estrutura capaz de atender as necessidades das crianças institucionalizadas, sendo que, tanto precisam de um ambiente que lhes ofereçam dignidade, amor e respeito.

A pesquisa teve como objetivo analisar a questão da institucionalização de crianças e adolescentes com transtorno mental - acolhidos na Associação Recanto São Francisco, na perspectiva dos demais adolescentes abrigados.

Para compreensão do tema foi fundamental ter a vivência enquanto Assistente Social, visto que há quatro anos existe uma relação diária entre pesquisador e o campo de pesquisa. E que apesar das diferentes mecanismos impostos através de resoluções e leis, em termos legais são suficientes, por outro lado as dificuldades em ter acesso ao tratamento são infindáveis. Assim, o vácuo existente na falta de articulação da política pública repercute de forma danosa na vida dessas pessoas, ou seja, a ineficácia de uma política de saúde mental voltada a infância traz consequências, tratamento ausente ou inadequado.

Acontece que diante da problemática que cerca estas crianças na ausência de um tratamento, as consequências são fatalistas frente ao retorno à família de origem, à família substituta e à adoção, assim a criança se torna adulta e mais um nó é feito numa estrutura tão complexa que se tornou a sua vida.

Contudo, crianças/adolescentes que têm comportamentos atípicos, que choram, gritam, agridem, quebram, têm vinculado a si rótulos, “loucos”, “malucos”, “esquisitos”, “débeis mentais”. A problemática levantada é, como conviver com pessoas com transtorno mental num ambiente marcado pela heterogeneidade de complexidades? Quais são os limites dos profissionais diante da realidade marcada pela “loucura, na perspectiva de crianças abrigadas? O que pensam e como convivem com esta realidade? Assim, a abordagem escolhida foi qualitativa, na qual busca-se no universo dos significados, das motivações e das crenças a interpretação da realidade, assim por meio da pesquisa de campo tem por escopo conseguir informações e/ou conhecimentos acerca de um problema. (LAKATOS, MARCONI, 2005).

Nesse sentido, e tendo como cenário a perspectiva da criança e do adolescente acolhido, procuramos identificar qual é a visão frente às crianças/adolescentes com transtorno mental. Dessa forma elencamos 04 (quatro) eixos estruturantes para a discussão junto a um grupo de adolescentes institucionalizados na Associação Recanto São Francisco¹⁶.

A coleta dos dados aconteceu mediante perguntas abertas e, [...] também chamadas livres ou não limitadas, que são as que permitem ao informante responder livremente, usando linguagem própria, e emitir opiniões. (LAKATOS, MARCONI, 2005, p. 206). Os quatro elementos estruturantes na perspectiva do entrevistado subdivide-se em: (1) o que são os abrigos?; (2) como é visto a criança/adolescente com transtorno mental? (3) como conviver com pessoas com transtorno mental?; (4) Como deveriam ser os abrigos?

A pesquisa procurou identificar, através dos discursos dos adolescentes envolvidos, que em determinado momento do abrigamento tiveram a convivência com crianças e adolescentes com algum transtorno mental, os limites institucionais

¹⁶ Entidade filantrópica fundada em 1991 pelo sr. Oscar Hugo Aloysius Maria Brenninkmeijer

ao trabalhar com uma realidade heterogênea e de que forma criar propostas solúveis para a vida das crianças abrigada.

Assim, o grupo de pesquisados foi escolhido de maneira intencional, sendo composto de quatro adolescentes, sendo dois meninos e duas meninas, com idades distintas, e pré-exigido que tivessem um senso crítico mais aguçado, ou seja, foram selecionados aqueles mais questionadores em assuntos diversos e/ou pessoais dentro do universo de 30 crianças/adolescentes abrigados.

Durante a pesquisa, o assistente social e a psicóloga institucional, foram observadores participantes, o que [...] consiste na participação real do pesquisador com a comunidade e ou grupo. Ele se incorpora ao grupo, confunde-se com ele. Fica tão próximo quanto um membro do grupo que está estudando. (LAKATOS, MARCONI, 2005, p. 196)

Para a coleta de dados foi utilizada uma sala na sede da entidade na qual, em nenhum momento, houve interferência externa. No início das entrevistas foram apresentados os motivos pelos quais estavam presentes e solicitado a cada um que escolhesse um nome fictício, bem como que informasse a idade e o tempo de institucionalização.

Dados sobre as crianças/adolescentes participantes:

Nome	Idade	Tempo de abrigamento
Gilberto Junior	17 anos	7 anos
João Vitor	14 anos	05 anos
Ana Clara	15 anos	07 anos
Raissa	16 anos	10 anos

3.2 ANÁLISE DE DADOS

As reflexões a seguir falam sobre a vivência diária com a realidade, a partir da experiência com crianças e adolescentes institucionalizadas e com os colegas profissionais.

Repensar as particularidades existentes nas complexidades existentes dentro do Serviço de Acolhimento é imprescindível para que os diferentes possam viver sem “sofrimento”. Diante dos dados coletados, apresentamos algumas reflexões extraídas dos discursos dos adolescentes e traçando um paralelo ao que está em evidência da política de assistência à infância em abrigos.

Importante frisar que durante a pesquisa, em nenhum momento foram direcionadas perguntas de cunho assertivo, cada um apresentou aquilo que vivência e da forma como percebe o mundo a sua volta. Assim, os adolescentes pesquisados trouxeram as suas percepções elementos essenciais para entendermos que a mudança de paradigma tem que ser no todo, pois é evidente que a recuperação da pessoa com transtorno mental é lenta, gradativa e o abrigo deve trabalhar de forma inclusiva.

3.3 NOVOS OLHARES PELA INCLUSÃO

Difícil síntese a nossa em acreditar que a inclusão será total e que vai acontecer em todos os seguimentos da nossa sociedade num estralar de dedos, que a consciência individual e coletiva superará os paradigmas impostos ao longo de anos de constituição da nação chamada Brasil.

Todavia é irrecusável ficar apático numa posição conservadorista, além, a quem do que possa mudar o “imutável”, portanto neste tópico do trabalho apresentamos um elo “frágil”, porém forte e que insiste em viver com dignidade.

Dessa forma, apresentamos como síntese final desse trabalho alguns dados relevantes, tanto da pesquisa em tela como da pesquisa realizada na bibliografia¹⁷.

¹⁷ O levantamento nacional realizado em 2003 pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada - IPEA traçou um perfil dos abrigos para infância e adolescência beneficiados

No Brasil a fonte mais relevante que provê dados sobre o acolhimento institucional de crianças e adolescentes na atualidade é o “Levantamento Nacional dos Abrigos para Crianças e Adolescentes da Rede de Serviços de Ação Continuada (SAC)” realizado pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) e proposto pela Secretaria Especial dos Direitos Humanos (SEDH).

Este foi o primeiro passo para que as instituições percebessem os resultados dos primeiros ensaios da Caravana da Comissão dos Direitos Humanos da Câmara Deputados, realizada de setembro a dezembro de 2001, e que percorreu 08 (oito) estados brasileiros com o intuito de levantar a verdadeira situação da criança institucionalizada.

Extraímos da pesquisa os dados relevantes para arguir sobre o tema em tela, assim, segue a tabela dos abrigos no Brasil/grandes regiões: distribuição dos abrigos da Rede SAC com atendimento exclusivo, segundo especialidade (%)

Especialidade	Regiões brasileiras					BRASIL
	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste	
Abrigos com atendimento exclusivo	24,0	22,3	6,9	12,3	12,2	12,1
Abrigo para crianças e adolescentes em situação de rua	83,3	52,0	50,0	60,0	0,0	52,1
Abrigo para portadores de necessidades especiais	16,7	44,0	25,0	40,0	40,0	35,2
Abrigo para crianças e adolescentes com doenças infecto-contagiosas	0,0	4,0	15,0	6,7	20,0	8,5
Abrigo para crianças e adolescentes com câncer	0,0	0,0	5,0	0,0	0,0	1,4
Outros tipos de especialidade	0,0	8,0	5,0	0,0	40,0*	7,0
Não há exclusividade no atendimento	76,0	77,7	90,7	85,2	82,9	85,9
Não respondeu	0,0	0,0	2,4	2,5	4,9	2,0
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: IPEA/DISOC (2003). *Levantamento Nacional de Abrigos para Crianças e Adolescentes da Rede Sac.*

com recursos do Governo Federal, repassados por meio da Rede de Serviços de Ação Continuada do Ministério do Desenvolvimento Social.

Conforme a pesquisa qualitativa realizada, alternadamente apresentaremos os resultados que estão divididos em quatro perguntas fundamentais para entender algumas hipóteses levantadas. A primeira questão foi abordar o entendimento dos participantes sobre o que são os abrigos, algo que está intrínseco às suas vidas por mais de quatro anos.

Pesquisador – O que são os abrigos?

Raissa – É UM ORFANATO !!! “Então eu não sei se respondi certo, pra mim abrigo é muito além de um lar, é uma família, onde aprendemos a conviver em equipe, com lealdade, educação e respeito. Que todas as crianças são como meus irmãos e um ajuda o outro”

Ana Clara - “Abrigo é um lar aonde recebe crianças que a família não tem condições de cuidar.”

João Vitor - Abrigo é um lugar onde você mora independente de onde e o com quem. Abrigo é um aconchego que as pessoas te acolhem de bom grado e te trata com carinho.

Gilberto Junior - Abrigos são supostos lugares que tentam sanar o afeto familiar e as necessidades básicas, mas no meu ponto de percepção o afeto familiar nunca será alcançado, pois conviver com tantas pessoas distintas (diferentes), há muitas pessoas que transmitem falsa personalidade.

Observa-se nos discursos, que a provisoriedade não existiu e que os três primeiros entrevistados identificam o abrigo como um local de permanência, exceto para Gilberto Junior que mesmo diante do questionamento tem clareza da sua realidade, porém não pode fazer nada para alterar o passado e ter novamente o convívio com a família de origem. A permanência na entidade fortaleceu os vínculos institucionais e afastou-o da vida familiar. De acordo com o Estatuto da Criança e do Adolescente o abrigamento em entidade é definido como uma medida de proteção excepcional e provisória.

Abster-se é negar, e negar é excluir. É evidente que na pesquisa desenvolvida pelo IPEA (2003), a maioria dos abrigos, ou seja, 85,9% não oferecem qualquer especialização no atendimento, dessa forma independente da situação que se encontra a criança em situação de risco social ou pessoal é atendida.

A interpretação estrita dessa definição conduz ao raciocínio de que as instituições que oferecem programas de abrigo atendem crianças e adolescentes que tenham seus direitos violados e que, em razão disso e pela especificidade do caso, necessitem ser temporariamente afastados da convivência com suas famílias. Funcionam, assim, como moradia alternativa até o retorno à família de origem ou até a colocação em família substituta. (IPEA, 2003, p.35)

A moradia alternativa deveria ser temporária, mas nem sempre é, como descrito na Tabela 1. As ações direcionadas para a convivência familiar e comunitária devem acontecer a todos, independente da situação em que se encontra a sua saúde mental, toda criança deve ser atendida nas necessidades mínimas até o seu retorno o mais breve possível à vida em família, seja ela de origem ou substituta.

A segregação é o melhor argumento achado pelas entidades para continuar a desenvolver o seu trabalho de não forma não inclusiva. A especialização dos abrigos para “melhor” atender, fica, pois, evidente na pesquisa nacional acima referida, uma vez que as entidades encontram-se divididas nas seguintes categorias de atendimento, segundo especialidade: 12,1% abrigos com atendimento exclusivo por especialidade; 52,1 % abrigos para crianças e adolescentes em situação de rua, 35,2 % abrigo para pessoas com deficiência; 8,5% abrigos para crianças e adolescentes com doenças infecto-contagiosas, 1,4 % abrigo para crianças e adolescentes com câncer; 7,0% para outros tipos de especialidade; e 2,0 % não respondeu.

Registra-se, ainda, que houve entidades que optaram por explicitar algum tipo de restrição no atendimento, ainda que esse aspecto não fosse objeto de nenhuma das questões aplicadas. Ou seja, são abrigos que atendem qualquer criança e adolescente, “**desde** que não sejam portadores de necessidades especiais, infratores (sic) ou usuários de substâncias tóxicas” (grifo nosso), por exemplo. (IPEA, 2003, p.91).

É visível que em sua grande maioria, os abrigos não oferecem especialização no atendimento, o que é importante para não distinguir pessoas com deficiências ou doenças infecto-contagiosas. Todavia, os dados não revelam números sobre restrições intrínsecas, pois na triagem para o acolhimento, a palavra de ordem é “[...] desde que não sejam portadores de necessidades especiais, infratores (sic) ou usuários de substâncias tóxicas” (IPEA, 2003), o que revela o caráter excludente embutido na máscara que revestem os abrigos.

A pesquisa realizada no abrigo Associação Recanto São Francisco revela que os adolescentes veem o outro com transtorno mental da seguinte forma.

Pesquisador - Como é visto a criança/adolescente com transtorno mental no Abrigo?

Raissa – Não soube responder

Ana Clara - Eu vejo assim, que essas pessoas que tem transtorno mental a relação tem que ser diferente, o modo de viver é diferente, e tem que haver um responsável com conhecimentos dessas pessoas para poder ajuda-los.

João Vitor - Eu enxergo essas pessoas, mesmo que de vez enquanto, me dá vontade de tratar como qualquer outra pessoa. Vejo que elas são felizes aqui dentro. Moro com um garotinho a quatro anos, ele também é uma pessoa especial. Percebo bem isso por conta das atitudes dele, quando está bravo ou quando quer alguma coisa. Quando eu o vi na cidade, percebi que as outras crianças tinha medo da forma como ele é. E ele na APAE é tratado de igual pra igual.

Gilberto Junior – Não soube responder

Entre os quatro entrevistados, dois responderam a pergunta e relataram que se deve ter compreensão diferente sobre a situação peculiar que envolve a saúde mental do próximo, mesmo em situações de impaciência em alguns momentos, compreendem que deve haver tolerância.

Observa-se que mesmo diante do contexto que estes jovens estão inseridos, que é de separação das diferenças, conforme pesquisa do IPEA (2003), o movimento legal é para que aceitem a diferença. Vejam que armadilhas estes jovens estão colocadas, ao passo que a intolerância se expressa em números pelo fato da

existência de abrigos que insistem na especialização do atendimento. Entretanto, diante da realidade em que estão apresentados, percebem que são iguais e que devem ter o companheirismo diante da mesma situação que culminou no abrigamento de todos, ou seja, a situação de risco ou ameaça social e pessoal que foram expostos. Seja em quais condições chegaram ou em quais condições se apresentam, do ponto de vista emocional, jurídico, social e/ou de saúde mental, o abrigo tem que ser para crianças e adolescentes o local onde os diferentes se encontram.

É pertinente ter claro que o abrigo é um lugar onde as complexidades (crianças ou adolescentes em situação rua, prostituição, pessoas com deficiência física/mental, usuários de drogas, vítimas de violência sexual, física e/ou psicológica), sempre estarão próximos, pois, afinal a sociedade é constituída pela diversidade e a intervenção dos profissionais deverá estar sempre calcada num referencial teórico/prático para oferecer alternativas às diferentes histórias de vida.

Quando há recursos humanos e financeiros para subsidiar todo e qualquer conflito existente na entidade a probabilidade de sanar os limites institucionais, e ser um campo construção de saberes é intangível, dessa forma não terá um trabalho direcionado à punição da criança, apenas direcionado para resolver as necessidades dos profissionais envolvidos ou até mesmo das respostas positivas esperadas pela sociedade.

A sociedade imediatista da atualidade não tem paciência para compreender que as crianças e adolescentes que foram expostos à violência durante anos estão vulneráveis a reproduzir o que aprendeu. O trabalho social que envolve crianças vitimizadas é o reflexo mais cruel da sociedade.

Dessa forma, o que cerca um campo tão sinuoso que são os abrigos é fato da Política de Assistência Social (2004) estar engatinhando numa proposta de superar a história de pobreza e exclusão ocorrida por anos no País. Ao contrário do que acontecia na cultura de institucionalização, hoje as diretrizes são outras, ou seja,

[...] devem ser evitadas especializações e atendimentos específicos, onde sejam atendidos exclusivamente, por exemplo, crianças e adolescentes com deficiência ou portadores de HIV. A atenção especializada, quando necessária, deverá ser proporcionada por

meio da articulação com a rede de serviços, a qual poderá contribuir, inclusive, na capacitação específica dos cuidadores. Todos os equipamentos da rede socioassistencial deverão respeitar as normas de acessibilidade, de maneira a possibilitar o atendimento integrado a usuários com deficiência. Em atenção ao princípio da não-discriminação, os serviços de acolhimento deverão buscar o crescente aprimoramento de estratégias voltadas à preservação da diversidade cultural, oportunizando acesso e a valorização das raízes e cultura de origem da criança e do adolescente. (OTSACA, 2008, p.8)

Entre as “diferenças” há uma forte tendência na inclusão, entretanto se observa que mais elucidativo não é a especialização, mas sim a recusa em atender determinados perfis. As orientações para a “não-especialização” no atendimento tem respaldo no ECA e em outras leis reguladoras que visam contribuir para a ruptura da história segregacionista, sendo destinados aos diferentes a clausura.

A nova tendência relacionada ao trabalho dos abrigos é de difícil execução, porém, [...] quando necessária, deveria ser proporcionada por meio da articulação com outros serviços públicos e, talvez, a partir de pequenas adaptações no espaço e na organização do abrigo, como aconteceria em uma residência comum. (SILVA & MELLO, 2003, p.86). O ponto que culmina a efetividade da proposta de inclusão é a corresponsabilidade de todos que deverá ser compartilhada entre Assistência Social, Saúde, Educação e Sociedade.

O terceiro ponto que merece destaque na pesquisa diz respeito à percepção de como ver o outro nas limitações, e dificuldades na alteração da sua saúde mental. Dessa forma, no âmbito da pesquisa, as crianças e adolescentes foram questionados sobre a convivência.

Pesquisador - Como conviver com pessoas com transtorno mental no Abrigo?

Raissa – Não é nada fácil, muitas vezes sofremos por não poder ajudar. A cada dia uma atitude nova, muitas vezes violenta e muitas vezes de sofrimento. Com isso ficou cada vez mais difícil de conviver. Com o tempo percebi que era eu que precisava mudar e não eles, pois eles já nasceram assim e então comecei a agir diferente, pensar diferente e aprendendo a conviver dia a dia.

Ana Clara - A convivência não é diferente das demais meninas, porem eles precisam de mais atenção, se não começam a ter

comportamentos agressivos: ficam nervosos, xingam, batem nas pessoas e quebram as coisas que estão ao seu redor

João Vitor - Moro em orfanato já há catorze anos e sou muito feliz porque mesmo eu não estando com a minha família verdadeira eu aprendi que família não é aquela que te põe no mundo mas sim aquela que te acolhe e te cria.

Escrevi essa minha história pensando em meu irmão caçula que também é um garoto especial que foi adotado quando bebê em um berçário de um hospital. Foi muito difícil pra ele porque além do problema mental ele também tinha uma doença (HIV), mas mesmo sabendo das dificuldades que teriam com a criança eles não abriram mão do garotinho e ainda hoje é uma família. Especial ou não ele sempre terá uma família. Quando a pessoa tem um transtorno mental temos que trata-la como um bebê, dando o máximo de atenção e ensinando a viver, independente do lugar que esteja.

Gilberto Junior – Há certos abrigos que não tem capacidade para abrigar crianças com transtorno mental, e a entidade que moro é uma delas, pois deveriam ter um psiquiatra e o essencial é um psicólogo capacitado (com experiência).

Para conviver com pessoas com transtorno mental deveríamos se colocar no lugar deles, porque se já é difícil para nós sem transtorno mental, como será para eles? Um grande exemplo de um abrigo não ser capacitado é a forma como essas são tratadas, pois são desrespeitadas, sofrem bullying. Quando uma criança surta, alguns riem, outros zombam e o profissional não tem paciência.

Como se extrai do próprio depoimento dos adolescentes que participaram da pesquisa, é necessário que os trabalhadores dos abrigos tenham a consciência e o respeito para com as demandas múltiplas existentes e para trabalhar para que este espaço não seja um gueto de preconceitos.

Em determinado momento o autor foi questionado por uma das crianças abrigadas sobre a necessidade de determinadas crianças terem um lugar diferente para morarem, sendo verbalizada a seguinte frase – *“é tiozão !!! lugar de jogador de futebol é no campo, médico no hospital e de louco é Juqueri”*. Tal colocação mostra a inconstância e os limites de conviver com pessoas que pouco estão preparadas para cuidar e como é difícil estar próximo dessa situação, pois as cenas tristes da vida insistem em permanecer.

Todavia os discursos dos entrevistados apresentam um elemento fundamental, qual seja, o fato de que todos entendem que são iguais quando permanecem abrigados e que, independente de sua situação de saúde, de educação, ou social, todos estão em condições de aprendizado.

O aprendizado que extrai dos depoimentos acima é que, mesmo diante da realidade que vivenciam e há respeito e há solidariedade, que em tempos de segregação, não existia. As crianças e adolescentes abrigados nos ensinam que, independente das suas condições de vida, aprenderam a respeitar o outro, entendendo que cabe aos adultos exercer o papel que lhes é esperado, de cuidar e proteger contra novas violações de direitos.

Diante do exposto resta claro que não basta o abrigo acolher. Tem que existir um programa de aperfeiçoamento para educadores, profissionais da área, que permita desenvolver ferramentas para trabalhar com este público. Caso contrário, existirá uma tendência natural do educador de utilizar-se de conteúdos apreendidos na sua história de vida e que, muitas vezes, está cercado de verbalizações preconceituosas e excludentes. Ainda em presença da realidade, é ilustrativa nas entrevistas a impotência dos profissionais diante da escassez de mão-de-obra qualificada, e que é reflexo da situação também da situação enfrentada na rede pública, em evidência, no que se refere à saúde.

O quarto questionamento objeto da pesquisa, buscou identificar a coerência entre o discurso dos entrevistados com os demais questionamentos feitos. Assim, não deixamos de apreender com os jovens entrevistados que tudo está na mesma linha e que o que realmente necessitam é um tratamento de saúde, já que as demais necessidades encontradas serão facilmente superadas a partir do momento em que o jovem tiver um profissional qualificado para dar o diagnóstico e o melhor tratamento a ser desenvolvido.

Pesquisador - Como deveriam ser os abrigos para que estas crianças pudessem conviver junto com os demais?

Raissa – Em minha opinião os monitores deveriam mudar suas atitudes com eles, participar mais, ensinar mais e dar mais atenção. Incluí-los nas atividades, tais como gincana, passeios, escola.

Ana Clara – não houve alteração

João Vitor - Eu acho que nosso abrigo é um bom lugar para todos. Eu só não acho que as pessoas que moram juntos fazem bem pra eles. Porque eu vejo que por conta dos problemas deles as pessoas não tem paciência para entendê-los e em vez de ajuda-los só pioram as coisas. E por isso o lugar passa a ser ruim pra eles.

Gilberto Junior – Deveria ser um lugar reservado para pessoas com transtorno, porem deveria ter convivência na sociedade. No meu ponto de vista acredito que eles se sentiriam melhor vivendo com pessoas que constataam a mesma patologia. No meu caso, não gostaria de viver num quartel com pessoas heterossexuais.

As opiniões que os adolescentes trouxeram à pesquisa é o retrato da realidade que os abrigos apresentam e dos seus problemas intrínsecos. Além disso, ilustra bem e que, independente da realidade que os cerca precisam permanecer sob os cuidados de terceiros até a decisão favorável para o retorno à família de origem.

Já dentre as limitações institucionais e governamentais existentes para que a criança e o adolescente tenha acesso ao melhor atendimento, elucidamos que alguns vácuos merecem atenção. Primeiramente damos destaque à impotência profissional dentro do abrigo no manejo e a ausência de profissionais na rede pública que ofereça um atendimento na área de saúde mental direcionado à infância. No aspecto educacional a única opção que ainda predomina é o atendimento especializado na APAE, fora disso, existe uma carência dos professores da rede pública no adequado atendimento deste público.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Certamente a história da institucionalização de crianças no Brasil está ligada às origens sociedade brasileira, em cada época existiu uma forma de “cuidar”, “amparar” a infância. Seja da forma como ocorreram, sempre existiram e ainda perduram as práticas segregacionistas. Todavia, a cultura institucionalizante, seja ela no acolhimento de crianças em instituições assistenciais ou “manicomiais” tem sido combatida e transformada através de práticas pautadas em bases legais.

De acordo com a legislação o abrigo tem o caráter emergencial de suprir as necessidades de crianças e adolescentes da forma como estejam, com problemas de saúde ou não.

Observamos através da pesquisa que os cuidados direcionados à infância estiveram ligados durante séculos dentro da lógica desigual, e com o passar do tempo tornou-se mais necessário, seja pelo caráter higienista ou pela benemerência ofertada as mazelas.

Conforme a evolução da legislação vigente, pautada nos direitos humanos fica evidente que a Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948), influenciou fortemente a Carta Magna (1988), que por sua vez, programou o Estatuto da Criança e do Adolescente, o qual, e diante de tal responsabilidade herdada, tem a obrigação de fazer do abrigo um ambiente seguro e provisório, com vistas à elevação de uma pessoa ao patamar de cidadão.

Mas, o que fica fragilizado em relação ao papel dos abrigos, é a ação do Estado frente à ausência de tratamento, de apoio educacional e às famílias, para que possam cuidar dessas crianças que apresentam algum transtorno mental. Percebe-se que, apesar dos avanços, a infância institucionalizada tem pouca visibilidade, ainda mais quando se refere às crianças e adolescentes que apresentam algum transtorno mental, permanecem expostas à violência dentro da família ou no próprio abrigo.

Desde as primeiras ações institucionalizantes realizadas pelos jesuítas, passando posteriormente a doutrina da situação irregular e por fim alcançando a chamada doutrina da proteção integral levou muito tempo e a infância não permite atitudes morosas.

Tanto a luta anti-manicomial como o reordenamento dos abrigos para adoção de um projeto político-pedagógico voltado à desinstitucionalização devem acontecer de forma imediata e com respaldo no direito à convivência familiar e comunitária, tendo a família e o território local como referência, através do fortalecimento da intersetorialidade das ações.

Em referência à pesquisa de campo, ficou ilustrado nos discursos que as crianças e adolescentes se mostraram solícitos e participativos no trabalho realizado.

Com respaldo na problemática levantada, procurou-se esclarecer alguns pontos relacionados como conviver com pessoas com transtorno mental num ambiente marcado pela heterogeneidade de complexidade. Restou, pois, evidenciado que crianças e adolescentes que têm comportamentos atípicos, que choram, gritam, agredem e quebram estão amparados pelas crianças e adolescentes que estão abrigadas e que entre eles existe uma compreensão pela realidade vivenciada, ou seja, a limitação em conviver é do adulto.

É elucidativo que as entidades ainda estão em processo de reordenamento e adequação para acolher toda e qualquer especialidade, mas isso não retira a responsabilidade do poder público de assegurar o “melhor tratamento” às crianças que estão amparados pela lei.

Ainda segundo a pesquisa realizada com os adolescentes, pode-se constatar que a maior dificuldade é ter pessoas qualificadas para ministrar os cuidados, bem como ter o acesso a um tratamento que seja condizente às necessidades individualizadas.

Além de promover a reflexão sobre o tema e sobre a necessidade de se respeitar as leis vigentes, proporcionar alternativas e outros caminhos que levem a uma mudança de comportamento em relação ao papel dos abrigos, em especial no que se refere ao atendimento prestado a crianças e adolescentes com transtornos mentais.

Espera-se que este estudo tenha sido relevante, e proporcione caminhos para uma maior conscientização acerca do direito ao acesso aos meios físico, social, econômico e cultural, à saúde, à educação, à convivência familiar e comunitária, à informação e comunicação, para as pessoas com deficiência tenham elementos para gozar de todos os direitos humanos e liberdades fundamentais, bem como contribua para amparar as deliberações do Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente do Município de Extrema, Minas Gerais e para direcionar a atuação do Poder Executivo Local em direção à implementação dos meios pelos quais a criança e o adolescente com transtorno mental tenham acesso ao “melhor tratamento”, outrora ausente ou ineficaz.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

ALMEIDA, Neli Maria Castro. **De volta à cidadania – proposta para uma nova política de inclusão social dos portadores de deficiência em situação de abrigo.** In Caminhos para uma política de Saúde Mental Infanto-Juvenil. Brasília: editora Ministério da Saúde, 2005.

BRANDÃO, Maira Edna. **Percepção do suporte familiar e autoconceito em crianças e adolescentes acolhidos institucionalizados e em família.** Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade São Francisco, Itatiba, 2011.

BRASILIA. **Caminhos para uma Política de Saúde Mental Infanto-Juvenil.** Brasília: editora Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. **Constituição da Republica Federativa do Brasil:** 1988 – texto constitucional de 05 de outubro de 1988, com alterações adotadas pelas Emendas Constitucionais de nº 1, de 1992, a 53, de 2006, e pelas Emendas Constitucionais de Revisão de nº 1 a 6, de 1994. – 27ª Ed. – Brasília: Câmara dos Deputados, Coordenação de Publicações, 2007.

BRASIL. **Decreto 6.949, 25 de agosto de 2009. Promulga a Convenção Internacional sobre os direitos das pessoas com deficiência.** http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2007-2010/2009/decreto/...htm. Acesso em: 26 jun. 2012.

BRASIL. **Lei 8.069/90. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente.** Disponível <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8069.htm>. Acesso em: 11 jun. 2009.

BRASIL. **Relatório Final da 1ª Conferência Nacional de Saúde Mental.** Brasília: editora Ministério da Saúde, 1987.

BRASIL. **Relatório Final da 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental.** Brasília: editora Ministério da Saúde, 1992.

BRASIL. **Relatório Final da 3ª Conferência Nacional de Saúde Mental.** Cuidar sim, excluir não. Brasília: editora Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. **Relatório Final 4ª Conferência Nacional de Saúde Mental Intersetorial..** Brasília: editora Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. **Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001.** Dispõe sobre proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. 2001.

BRASIL. **Orientações Técnicas:** Serviço de Acolhimento para Crianças e Adolescentes. Ministério de Desenvolvimento Social e Combate a Fome, Brasília, 2009.

BRASIL. **Política Nacional de Assistência Social.** 2004. Ministério de Desenvolvimento Social e Combate a Fome. Brasília, novembro de 2004.

BRASIL. **Plano Nacional de Promoção, Proteção e Defesa do Direito de Crianças e Adolescentes à Convivência Familiar e Comunitária.** Secretaria Especial dos Direitos Humanos, Ministério de Desenvolvimento Social e Combate a Fome. Brasília, 2006.

BRITO, Renata Correa. **A internação Psiquiátrica Involuntária e a Lei 10.216/01.** Reflexões acerca da garantia de proteção aos direitos da pessoa com transtorno mental. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2004.

CORAZZA, Sandra Mara. **História da infância sem fim.** Ijuí-RS: editora Unijui, 2000.

COSTA, Antônio Carlos Gomes. **Os Regimes de Atendimento no Estatuto da Criança e do Adolescente – Perspectivas e Desafios.** Brasília: Presidência da República/SDH/Subsecretaria dos Direitos da Criança e do Adolescente, 2004.

DALBÉRIO, Osvaldo; JOSÉ FILHO, Mário. **Pesquisa.** Franca: PROP/UNESP. 2006.

ELIA, Luciano. **A rede de atenção a Saúde Mental – articulações entre CAPS e ambulatórios.** In Caminhos para uma política de Saúde Mental Infanto-Juvenil. Brasília: editora Ministério da Saúde, 2005.

FALEIROS, Vicente de Paula. **Políticas para Infância e Adolescência e Desenvolvimento.** Disponível em: www.ipea.gov.br/sites/000/2/publicacoes/.../ENSAIO1_Vicente.pdf. Acesso em 13 de janeiro de 2012.

FÁVERO, Eunice Teresinha; VITALE, Maria Amália Faller; BAPTISTA, Myrian Veras (orgs.). **Famílias de Crianças e Adolescentes Abrigados**: Quem são, como vivem, o que pensam, o que desejam. São Paulo: editora Paulus, 2008.

GAMA, Alessandra de Saldanha, Estatuto da Criança e do Adolescente (esquemático). **Lei 8.069 de 13 de julho de 1990**. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente. Atualizado conforme a Lei Nacional de Adoção 12.010/09. Rio de Janeiro: editora Ferreira, 2010.

GLENS, Mathias. **Órfãos de pais vivos**: uma análise da política de abrigamento no Brasil. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – USP, São Paulo, 2010.

GOMES, Ana Ligia. **Comissão Intersetorial para promoção, defesa e garantia do direito de crianças e adolescentes à convivência familiar e comunitária**. In Caminhos para uma política de Saúde Mental Infanto-Juvenil. Brasília: editora Ministério da saúde, 2005.

IZAR, Juliana Gama. **A práxis pedagógica em abrigo**. Dissertação (Mestrado em Educação) – USP, São Paulo, 2009.

IPEA. **Levantamento nacional de abrigos para crianças e adolescentes da Rede SAC**. Brasília: 2003.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade. **Fundamentos de Metodologia Científica**. 6ª ed. São Paulo: editora Atlas, 2005.

MARTINS, Edna, SZYMANSKY, Heloisa. **Brincando de casinha: significado de família para crianças institucionalizadas**. Natal, UFRN, 2004.

MENEZES, Cristiane Diniz, RIZZINI, Irene. **Crianças e adolescentes institucionalizados com deficiência mental no Brasil**. Um panorama da literatura e dos dados demográficos. 1ª Ed. Rio de Janeiro: editora CIESPI, 2010.

MINAS GERAIS. **Lei nº 11.802, de 18 de janeiro de 1995**. Dispõe sobre a promoção da saúde e da reintegração social do portador de sofrimento mental.

NOGUEIRA, Paulo Lúcio. **Comentários ao código de menores**. São Paulo: editora Saraiva, 1988.

PINTO, Fernanda de Sousa e Castro Noya. **Grupo Mix: um campo de linguagem para a circulação da heterogeneidade**. Dissertação. São Paulo: USP. 2009.

RIBEIRO, Darcy, **O povo brasileiro, a formação e o sentido do Brasil**. 2ª Ed. São Paulo: editora Companhia das Letras, 1997.

Recomendação 01/2005 - Rio de Janeiro - Fórum Nacional de Saúde Mental Infanto-Juvenil. Tema: **Diretrizes para processo de desinstitucionalização de crianças e adolescentes em território nacional**-Disponível em http://www.mp.pr.gov.br/cpca/telas/ca_sd_mental_forum_nac_2.html. Acesso em 21 de novembro de 2007

RESENDE, Cibele Cristina Freitas. **Aspectos Legais da Internação Psiquiátrica de Crianças e Adolescentes Portadores de Transtornos Mentais**. Revista Igualdade XLI. Disponível em: http://www2.mp.pr.gov.br/cpca/telas/ca_igualdade_37_7.php. Acesso em 29 de março de 2012.

RIZZINI, Irene. A Criança e a Lei no Brasil. **Revisando a história (1822-2000)**. Rio de Janeiro: editora Edusu, 2002.

RIZZINI, Irene; RIZZINI, Irma. **A institucionalização de crianças no Brasil – percurso histórico e desafios do presente**. Rio de Janeiro: editora PUC, 2004.

RIZZINI, Irene. **Crianças e adolescentes com deficiência mental e/ou transtorno mental**: Entre as dimensões do confinamento e as lacunas dos dispositivos de cuidado. IV Conferência de Saúde Mental. 2010

_____. **Abordagem crítica da institucionalização infanto-juvenil no Brasil**. In Caminhos para uma política de Saúde Mental Infanto-Juvenil. Brasília: editora Ministério da Saúde, 2005.

SIMÕES, Carlos. **Curso de direito do serviço social** – 4 Ed. rev. e atual. – São Paulo: editora Cortez, 2011.

SHECHTMAN, Alfredo. **Exortação às mães: uma breve consideração histórica sobre saúde mental infantil no Brasil**. In Caminhos para uma política de Saúde Mental Infanto-Juvenil. Brasília: editora Ministério da Saúde, 2005.

ANEXO**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO****Comitê de Ética em Pesquisa – Pontifícia Universidade Católica****TERRA DE NINGUÉM: ENTRE A “LOUCURA” E O ABRIGO, HÁ UM SER HUMANO**

Eu, _____

RG _____, abaixo assinado, responsável legal de

_____ dou meu consentimento livre e esclarecido para que ele (a) participe como voluntário (a) pesquisa supracitado, sob responsabilidade do pesquisador Vinicius de Oliveira Neves, aluno do Programa de Pós-Graduação Latu Sensu em Gestão e Elaboração de Projetos Sociais em Organizações do Terceiro Setor.

Este Termo de Consentimento é feito em duas vias, sendo que uma permanecerá em meu poder e outra com o pesquisador responsável.

_____, ____ de maio de 2012.

Assinatura do responsável legal