



Universidade Nova de Lisboa
Faculdade de Ciências Médicas

**DETERMINANTES DA INSTITUCIONALIZAÇÃO DE
CRIANÇAS E ADOLESCENTES EM TEMPOS DA
DOCTRINA DA PROTEÇÃO INTEGRAL**

Isadora Simões de Souza

Dissertação de Mestrado em Saúde Mental Internacional

Orientador: Prof. Dr. Benedetto Saraceno

Coorientadora: Prof^ª. Dr^ª. Maria Cristina Ventura Couto (Universidade
Federal do Rio de Janeiro-Brasil)

2017

ISADORA SIMÕES DE SOUZA

**DETERMINANTES DA INSTITUCIONALIZAÇÃO DE
CRIANÇAS E ADOLESCENTES EM TEMPOS DA
DOCTRINA DA PROTEÇÃO INTEGRAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde Mental Internacional (International Master in Mental Health Policy and Services).

Orientador: Prof. Dr. Benedetto Saraceno

Co-orientadora: Prof^a. Dr^a. Maria Cristina Ventura Couto (Universidade Federal do Rio de Janeiro-Brasil)

2017

DEDICATÓRIA

A todas as crianças e adolescentes que me acompanharam nesses anos. Em especial para as crianças e adolescentes do Pátio da Paim, que hoje são jovens, que me apresentaram o caminho que segui até os dias de hoje.

AGRADECIMENTOS

A minha querida orientadora Maria Cristina Ventura Couto, a quem agradeço e dedico de forma muito especial esse trabalho. Por ter me orientado de forma cuidadosa, ética e atenta. Agradeço pela presença inspiradora em minha formação, não só no campo da infância e da adolescência, mas pelos importantes ensinamentos sobre a reforma psiquiátrica. Obrigada por me auxiliar a pensar/fazer/agir com toda a sua “radicalidade”. Posso dizer que este estudo não teria sido possível sem a sua presença. Sorte a minha em te encontrar e hoje contar com esse bonito laço de amizade.

Ao meu amado e admirado pai, Júlio, pelo amor incondicional, pelos tantos ensinamentos para compreender a vida, dentre eles sobre a delicadeza de cuidar do outro. Agradeço em especial, pela possibilidade de vivermos as coisas mais impressionantes e raras nos últimos anos. Tua força e forma de reinventar a vida me impulsionam a seguir a minha nesses últimos anos, meu amor por ti é imenso.

A minha mãe, Marise, que mesmo entre tantas diferenças, reafirmamos nosso amor e carinho mútuos ao longo dos anos, em especial nesses últimos tempos, que a vida nos deu mais maturidade com tudo que vivemos. Obrigada por andar perto, por sempre me dar colo e proteção, amo-te.

Ao meu orientador Benedetto Saraceno, por quem eu tenho profunda admiração e com quem aprendi muito sobre a reforma psiquiátrica, obrigada pela atenção e apontamentos para a realização desta pesquisa.

A June Scafuto, minha amada amiga, parceira nesse mestrado no além mar, quem esteve comigo em todos os momentos difíceis e felizes de cursar esse trajeto, me incentivando a seguir, me orientando com sua sabedoria. Sem ela esse mestrado não teria sido possível. Agradeço muito especialmente, por ter sido tão cuidadosa e atenta, na dedicada revisão que fez do meu texto.

Ao professor Pedro Gabriel Delgado que durante as orientações foi fundamental em seus apontamentos, auxiliando na construção de caminhos precisos para esta pesquisa.

Ao Exmo Juiz da Vara da Infância e da Adolescência, Paulo Fadigas, que de forma muito gentil e comprometida com o sistema de garantia de direitos da infância e da adolescência, autorizou a realização desta pesquisa na Vara da Infância e da Juventude da Penha, obrigada pela atenção, escuta e pela disponibilidade.

Aos grandes parceiros de CEDECA e de luta por um sistema de garantia de direitos para a infância e adolescência efetivo, Denise Campos, minha grande amiga, de luta, de confidências, que me incentiva e a ser uma mulher forte; Ao Renato Roseno, com quem aprendi muito do que sei hoje, obrigada pelos importantes e éticos ensinamentos. Ao Daniel Adolpho, por quem tenho profundo carinho e amizade, parceiro na luta pelos direitos da infância e da adolescência, que a vida me presenteou reencontrar anos depois, na luta por uma sociedade sem manicômios. Te agradeço de forma muito especial, por ter me ajudado em um momento muito difícil na escrita, tuas contribuições foram centrais para a conclusão deste trabalho.

A Fernanda Nicácio, grande mestre da reforma psiquiátrica, com quem aprendi muito sobre os processos de desinstitucionalização e sobre a importância da radicalidade da

democracia, aprendizado que fica ainda mais forte nos tempos difíceis que vivemos no Brasil.

As minhas irmãs e amigas do coração Ana Paula Chuy, Jandora Marques e Marina Mattos. Ana Paula pela infância e vida maravilhosa que vivemos juntas, e pela sorte e presente que é ter o Valentin como afilhado, ele sempre poderá contar comigo na vida. A Jandora, que a mais de 15 anos está ao meu lado, com seu coração e amizade imensos, a quem não tenho palavras para agradecer o amor, o cuidado, a presença, não só comigo, mas com minha família, tenha certeza que eu não teria conseguido passar pelos últimos anos e acontecimentos de minha vida sem o teu apoio central, obrigada por tudo minha amada amiga. A Marina, amiga de uma vida, sempre atenta e cuidadosa aos meus processos. Amigas, obrigada por me acompanharem tão atentamente mesmo distante, sabemos o quão forte nossa amizade, meu amor por vocês é imenso.

Eduardo Althaus e Sabrina Souza e a pequena Isis, meus grandes amigos, com quem tive a sorte de trabalhar no Sul, e aprender tanto sobre infância e adolescência, obrigada por estarem tão próximos, mesmo com a distância geográfica que nos separa.

A Cristina Lima amiga que me ensinou tanto nessa minha trajetória, a quem devo a discussão e aprofundamento sobre o que é promoção de vida nos territórios onde passei, obrigada pela presença e amizade.

Aos meus amados amigos de faculdade, Carolina Fischer, amiga e afilhada, que vibra e me acompanha em todos os momentos da vida, por quem eu tenho profunda admiração e amor; Mariana Schorn por ser tão presente e atenta em minha vida, compartilhando caminhos no Sul, e por ter sido uma das pessoas que me levou para o Cerrado, para viver uma das experiências mais transformadora de minha vida, obrigada Mari; a Laura Macedo, amiga querida, com quem a vida sempre me permite reencontrar na fronteira, obrigada por todo apoio e incentivo, ao Guilherme de Andrade, amigo e parceiro tão grande e amado, que eu sinto intensas saudades de nossa vida e convivência, obrigada por tudo, sempre!

A Marcia Innocêncio, sábia amiga, com quem tenho a sorte de aprender diariamente sobre a saúde mental infantojuvenil, obrigada por toda a acolhida, São Paulo ficou mais possível com o teu cuidado. A Janaina Diogo, querida amiga e colega, que me acolheu com toda delicadeza, esse cuidado favoreceu meu processo de escrita e chegada em São Paulo.

Ao Marcel Carvalho, amigo grande e amado que sinto saudades cotidianas dos abraços matinais apertados, que fez Brasília ficar mais bonita, que tem um dos corações mais lindos que eu já vi. Obrigada por tudo, em especial por todo o auxílio e organização do meu texto, tua contribuição foi fundamental, amo-te.

A querida Anissa, que no início desse percurso teve participação muito especial, me auxiliando com o inglês, para que eu pudesse iniciar as aulas do mestrado, obrigada.

A minha amada Adélia, a quem agradeço pela forte presença em minha vida, por compartilharmos o desejo e a luta por uma sociedade sem manicômios, por formas mais dignas e bonitas de vida, por me apoiar nos meus processos, por andar perto. Sinto tua falta todos os dias.

Ao meu querido Pedro Macdowell, amigo tão amado e presente na minha vida, obrigada pela poesia, pela música, pela animação, colorido e disposição para o encontro e articulação de tantos outros. Andar nessa vida perto de ti, faz eu apostar na alegria!

Ao meu amado irmão Denis Recco, pelo colo e abraço sempre abertos, por me confrontar em processos importantes, por me incentivar a seguir e arriscar nessa vida. Sou mais feliz por te ter perto de mim em São Paulo.

Ao Enrique Bessoni, amigo amado, que foi minha segurança em Brasília, que me cuidou, guiou e escutou, e que hoje, mesmo longe, cumpre essa função na minha vida. Não tenho como te agradecer todo o cuidado, amizade. Te amo imensamente.

Ao Pedro Henrique Carneiro, por nossa amizade tão delicada e respeitosa, pelos ensinamentos transamazônicos, pela parceria de aventuras no Norte desse Brasil, pelo cuidado musical na minha vida, tua amizade é um presente.

As minhas grandes amigas Karine Dutra, Luciana Surjus, Milena Pacheco e Rubia Persequini, minhas amadas amigas, que levo no coração e na vida, obrigada por todo o apoio e amor.

A querida Barbara Coelho por ter sido tão atenta e disponível em auxiliar durante todo esse trajeto.

Ao Luiz Felipe Zago, Janaina Barreto, Taia, Thais e Jaqueline, obrigada pela amizade, carinho e incentivo que vocês me dão na vida.

A Juli Dale por ser filme e poesia, por sua presença eletrizante em minha vida no cerrado, e por compartilharmos hoje o desejo de ser feliz no Sudeste, agradeço por seguirmos partilhando um tanto de coisas juntas nessa vida.

A linda e sábia Laura Boeira, que com toda sua ética me empresta um tanto de desejo para apostar em diferentes caminhos. Tenha certeza que sou marcada por ensinamentos teus, que me fazem uma mulher mais forte! Obrigada por tudo, em especial pela leitura e revisão desse trabalho.

A Paloma Gomes, a quem agradeço de forma muito especial por existir em minha vida. Obrigada por tudo, pela intensidade de nossos afetos, por tudo que passamos juntas, e por me mostrar que é o amor que nos faz seguir em frente. Obrigada pela amizade, companheirismo e por me apresentar a tantos outros amores.

Ao Patrick Mariano, querido amigo, com quem tive a alegria de vivenciar tantas coisas lindas. Obrigada por cotidianamente nos brindar com sua delicadeza e poesia.

A Ellen Ramos, Angélica, Adriano, Heloisa, Carla, Fabi Favero, Rafael Bruno e Teresa Maia por colorirem essa São Paulo desde que cheguei.

A querida Débora Lessa obrigada pela amizade, acolhimento, escuta e carinho. Desde que nos conhecemos te tenho como uma grande amiga, tua presença é fundamental em minha vida.

A minha querida e amada Ana Gebrim, amiga sábia e tão cuidadosa, que marca fortemente minha vida desde que entrou nela. Obrigada por me guiar e cuidar, nessa intensidade que é viver São Paulo. Sou grata pela tua presença em minha vida, pelo incentivo, aposta e pela forte alegria que sinto, em te ter por perto, obrigada por tudo, amo-te.

A Giane, amiga de coração tão imenso, que desde o início do nosso encontro nutrimos um amor tão grande. Obrigada por tudo que fazes por mim, pelos tantos colos, carinhos,

comidas, atenção, em todos os tempos da minha vida. Te amo muito! Ao Mauro, pela sua grandeza e delicadeza, obrigada por todo o incentivo para que eu me fortaleça e continue, obrigada por junto da Gi serem a minha família em São Paulo.

E por fim, agradeço e também dedico este trabalho ao querido Roberto Tykanori, por ter um significado imensurável em minha vida, por quem tenho profunda admiração, amizade, carinho e respeito. Trabalhar contigo nos últimos anos foi uma das minhas maiores sortes. Teus ensinamentos na luta insaciável por formas mais dignas de vida, sem dúvidas, foram nesses últimos anos, a experiência mais alegre, potente e transformadora na minha vida. Obrigada por tudo Tyka!

Resumo

SOUZA, I.S. **Determinantes da Institucionalização de Crianças e Adolescentes em Tempos de Doutrina da Proteção Integral**. 2017. 125 f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa, Lisboa, 2017.

A história da institucionalização de crianças e adolescentes no Brasil, nos séculos XIX e XX, revelou que as crianças nascidas em situação de pobreza e/ou em famílias com dificuldades de criarem seus filhos tinham um destino quase certo quando buscavam apoio do Estado: o de serem encaminhadas para instituições totais, como abrigos ou educandários. Essa história tem repercussões importantes até os dias de hoje, não sendo possível afirmar que a prática da institucionalização tenha sido superada, mesmo na vigência do marco jurídico da proteção integral, no qual se baseia o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA).

No Brasil, os marcos legais no campo da infância e da adolescência, que antecederam o Estatuto da Criança e da Adolescência - o Código de Menores Mello Mattos, de 1927, e o Código de Menores de 1979-inscreveram caminhos com critérios mais rígidos para a prática da institucionalização.

Foi somente após a promulgação da Constituição Federal de 1988, marcando o início da tentativa de restabelecer um Estado Democrático de Direito no Brasil, em 1990, que entrou em vigor o Estatuto da Criança e do Adolescente- ECA, instituído pela Lei Federal nº 8069, de 13 de Julho de 1990. O ECA estabelece que crianças e adolescentes são sujeitos de direitos e afirma que a proteção somente será efetiva através da implantação de políticas públicas voltadas à cidadania plena.

O presente trabalho analisa os determinantes para a aplicabilidade da medida de acolhimento institucional às crianças e adolescentes, a partir da análise documental dos processos judiciais, e observação participante de audiências concentradas em uma região específica do município de São Paulo, Brasil. O estudo também analisou como vem se efetivando o processo de desinstitucionalização das crianças e adolescentes, buscando identificar quais são as estratégias desenvolvidas para garantir o retorno ao convívio familiar, comunitário, bem como demais estratégias de inclusão social.

Conclui-se que apesar do reconhecimento dos avanços no Sistema de Garantia de Direitos da Infância e da Adolescência, ainda são vigentes crenças e valores morais semelhantes aos presentes nos antigos códigos, subsidiando a aplicação de medidas. Este fator determina a necessidade de ampliar a discussão sobre ações de proteção, garantindo atuações éticas, efetiva proteção e o melhor interesse de crianças e adolescentes.

Palavras- Chave: Crianças e Adolescentes, Institucionalização, Atenção Psicossocial, Convivência Familiar e Comunitária, Proteção Integral.

ABSTRACT

SOUZA, I.S. **Children and Adolescents institutionalization determinants in Times of Integral Protection Doctrine.**2017. 125 f. Dissertation (Master degree) -Faculty of Medical Sciences, New University of Lisbon, Lisbon, 2017.

Brazilian history of children and adolescents institutionalization in the nineteenth and twentieth centuries revealed that children born in poverty and/or in families with difficulties to raise their children, when seeking state support, had an almost certain destiny: to be sent to total institutions such as shelters or boarding schools. This historical background has important repercussions to this day, and it is not possible to affirm that the practice of institutionalization have been overcome, even under the legal framework of integral protection, on which the Statute of the Child and Adolescent (ECA) is based.

In Brazil, legal frameworks regarding childhood and adolescence preceded the Statute of Children and Adolescents, as Mello Mattos Minors 'Code of 1927 and the Minors' Code of 1979, and set out stricter criteria for institutionalization practices.

Only after the promulgation of Federal Constitution at 1988, which determine the beginning to reestablish a Democratic State in Brazil, that came into force the Statute of Child and Adolescent - ECA, instituted by Federal Law nº 8069, July 13, 1990. ECA , sets the rights of children and adolescents and affirms that protection will only be effective through the implementation of public policies aiming full citizenship.

This paper analyzes the determinants used to enforce institutional reception measure to children and adolescents, based on documental analysis of judicial processes and participant observation of audiences concentrated in a specific region of the city of São Paulo, Brazil. The study also analyzed how the process of deinstitutionalization of children and adolescents has been carried out, trying to identify the strategies developed to guarantee the return to family and community life, as well as other strategies for social inclusion.

In the conclusions it was possible to verify in some situations that, in spite of the recognition of the advances in the System of Rights Guarantee of the Childhood and Adolescence, the beliefs and moral values placed in the technical reports that subsidize the application of measures were similar to those present at the old codes. This poses the need to broaden the discussion to guarantee ethical actions, effective protection and the best interest of children and adolescents.

Key words: Children and Adolescent, Institutionalization, Psychosocial Attention, Family and Community life, Integral Protection

RESUMEN

SOUZA, I.S. Determinantes de la Institucionalización de Niños y e Adolescentes en Los Tiempos de La Doutrina de Protección Integral. 2017. 125 f. Dissertación (Mestrado) –Facultad de Ciências Médicas, Universidad Nueva de Lisboa. Lisboa, 2017.

La historia de la institucionalización de los niños y adolescentes en Brasil en los siglos XIX y XX, reveló que los niños nacidos en la pobreza y/o en familias con dificultad de criar a sus hijos tenían un destino casi cierto cuando se busca el apoyo del Estado: el que se remiten a las instituciones totales como refugios o escuelas. Esta historia tiene implicaciones importantes hasta el día de hoy, no es posible decir que la práctica de institucionalización ha sido superada, incluso con el marco jurídico de la protección integral vigente, que se basa en el Estatuto del Niño y del Adolescente.

En Brasil, los marcos jurídicos en el ámbito de la infancia y la adolescência, que preceden el Estatuto de los Niños y adolescentes - el Código del Menor Mello Mattos, 1927, y el Código de la Infancia de 1979- han escrito caminos con criterios más estrictos para la práctica de la institucionalización. Fue sólo después de la promulgación de la Constitución Federal de 1988, que marca el comienzo de un intento de restablecer un estado democrático de derecho en Brasil, en 1990, que entró en vigor el Estatuto del Niño y joven - CEPA, establecido por la Ley Federal N° 8069, de 13 de julio de 1990, el Tribunal de Cuentas afirma que los niños y jóvenes son sujetos de derechos y afirma que la protección será efectiva sólo a través de la implementación de políticas públicas dirigidas a la plena ciudadanía.

Este trabajo analiza los determinantes para la aplicabilidad de la medida de acogimiento residencial para niños y jóvenes, a partir del análisis documental de los procedimientos legales, y la observación participante de las audiencias centradas en una región específica de Sao Paulo, Brasil. El estudio también examinó la forma en que se viene dando el proceso de desinstitucionalización de los niños y jóvenes, con el fin de identificar cuáles son las estrategias desarrolladas para garantizar el retorno a la vida familiar, en comunidad y otras estrategias para la inclusión social.

A lo que es posible concluir que a pesar del reconocimiento de los avances en el Sistema de Garantía de Derechos de Niños y adolescentes, siguen siendo vigente creencias y valores morales similares a los presentes en el código anterior, soportando la implementación de las medidas. Este factor determina la necesidad de ampliar la discusión de las acciones de protección, asegurando acciones éticas, la protección efectiva y los mejores intereses de los niños y Adolescentes.

Palavras- Chave: Niño se adolescentes, Institucionalizacion, Atención Psicossocial, Convivência Familiar e Comunitária, Protección Integral.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1: Menino de Barbacena, Minas Gerais	30
---	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Componentes da Rede de Atenção Psicossocial	28
Tabela 2: Motivo do Acolhimento e Encaminhamentos	79

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Dados sobre a inserção na Proteção Básica das famílias	77
Gráfico 2: Dados sobre a inserção na Proteção Especial das famílias	77
Gráfico 3: Dados sobre a inserção na rede de Saúde Mental das Crianças	78
Gráfico 4: Dados sobre a inserção na rede de Saúde Mental dos familiares.....	78

LISTA DE SIGLAS

ADPF	Ação de Destituição de Poder Familiar
ACS	Agente Comunitário de Saúde
APD	Acompanhante Comunitário de Saúde da Pessoa com Deficiência
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS AD	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CAPS IJ	Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil
CECCO	Centro de Convivência e Cooperativa
CEFAI	Centro de Formação e Acompanhamento à Inclusão
CEI	Centro de Educação Infantil
CER	Centro Especializado em Reabilitação
CMM	Código de Menores Mello Mattos
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
CREAS	Centro de Referência Especializado de Assistência Social
DP	Defensoria Pública
EE	Escola Estadual
EMEF	Escola Municipal Ensino Fundamental
EMEI	Escola Municipal de Ensino Infantil
FUNABEM	Fundação Nacional do Bem Estar do Menor
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NIR	Núcleo Integrado de Reabilitação
OS	Organização Social
PNBEM	Política Nacional do Bem- Estar do Menor
PSC	Prestação de Serviços Comunitários
PIA	Plano Individual de Atendimento

PTS	Projeto Terapêutico Singular
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
SAICA	Serviço de Acolhimento Institucional para Crianças e Adolescentes
SAM	Serviço de Assistência ao Menor
SMADS	Secretaria Municipal de Assistência e Desenvolvimento Social
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TEA	Transtornos do Espectro Autista
UA	Unidade de Acolhimento
Uai	Unidade de Acolhimento Infantojuvenil
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1 - APRESENTAÇÃO	2
2 - BREVE GENEALOGIA DOS MARCOS JURÍDICOS BRASILEIROS PARA A INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA	7
2.1- O Código de Menores Mello Mattos de 1927- “A disciplinarização dos filhos da pobreza”	8
2.2- 1979-O Código de Menores- “Criminalização da infância”	13
2.3- 1990- O Estatuto da Criança e do Adolescente- “A Criança Cidadã”	16
3- AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE PROTEÇÃO E O SISTEMA DE GARANTIA DE DIREITOS PARA CRIANÇAS E ADOLESCENTES.....	18
3.1-Política de Assistência Social e a atenção para crianças e Adolescentes no âmbito da Assistência Social	19
3.1.1- A Doutrina da Proteção Integral e as Novas Normativas para Determinar o Acolhimento Institucional.	20
3.2-A Política de Saúde Mental no Brasil.....	24
3.3.1- A Reforma Psiquiátrica Brasileira e Atenção para Crianças e Adolescentes no Âmbito da Saúde Mental.....	29
3.3.2- Desinstitucionalização na Infância e Adolescência e suas particularidades..	34
4- PERCURSOS METODOLÓGICOS	38
5- RESULTADOS E DISCUSSÃO:	44
5.1- Gráficos e Tabela:.....	77
6-CONSIDERAÇÕES FINAIS:.....	86
7- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	88
8-ANEXOS.....	95

1 - APRESENTAÇÃO

“A novidade/ que tem no Brejo da Cruz/é a criançada se alimentar de luz/Alucinados Meninos ficando azuis/ E desencarnando lá no Brejo da Cruz/ Eletrizados Cruzam os céus do Brasil /Na rodoviária/ Assumem formas mil /Uns vendem fumo /Tem uns que viram Jesus /Muito sanfoneiro /Cego tocando blues /Uns têm saudade /E dançam maracatus /Uns atiram pedra/ Outros passeiam nus/ Mas há milhões desses seres/ Que se disfarçam tão bem /Que ninguém pergunta /De onde essa gente vem/ São jardineiro/s Guardas-noturnos, casais /São passageiros/ Bombeiros e babás/ Já nem se lembram /Que existe um Brejo da Cruz/ Que eram crianças/E que comiam/ luz”

(Brejo da Cruz- Chico Buarque)

Considerando a possível coexistência de marcos jurídicos contraditórios na assistência à infância e adolescência, esta pesquisa tem a finalidade de: a) investigar processos judiciais numa vara da infância e juventude, localizada em uma região específica do município de São Paulo, b) os fundamentos utilizados na aplicação das medidas de retirada de crianças e adolescentes do convívio familiar e inserção em medida de acolhimento institucional, c) bem como analisar quais estratégias de desinstitucionalização estão sendo adotadas nos casos analisados.

Na análise realizada dos processos, um dos fatos que ganha destaque nesse estudo é a situação de crianças e adolescentes que são filhos de pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, o que fez a pesquisadora iniciar a escrita trazendo um recorte de sua trajetória profissional.

Na reportagem publicada pelo periódico Brasil de Fato (2012),¹a juíza que atuou por anos nas Varas da Infância e da Adolescência da cidade de São Paulo, Dora Martins, lembra que Chico Buarque ao fazer a canção Brejo da Cruz, em 1984, há mais de vinte e cinco anos, já falava da “*criançada a se alimentar de luz, meninos alucinados ficando azuis, e desencarnando lá no brejo da cruz*”. A magistrada alerta para o fato de que pensar em ações para pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas é uma tarefa difícil, complexa e que exige muito mais do que tratamento, acentuando também que é preciso possibilitar que o usuário encontre seu lugar na sociedade, dar ao cidadão sua cidadania, oferta de trabalho e marcos de dignidade; dar à criança a educação que merece, e, ao jovem, o caminho possível de seus sonhos.

Em função do que surgiu nos resultados desse estudo, este trabalho traz como ponto de partida um recorte no percurso profissional da autora, com o resgate de algumas das experiências vividas, especialmente o contato com algumas mulheres e crianças, alguns desses “*seres que se disfarçam tão bem, e ninguém pergunta de onde essa gente vem*” (Chico Buarque).

Tratava-se do primeiro espaço de trabalho depois de concluída a graduação, em um serviço da proteção básica, da política da assistência social de uma cidade do Rio Grande do Sul, Brasil.

Na região, havia um grupo familiar que atuava em um fluxo de tráfico de drogas. A área da saúde, através da Unidade Básica de Saúde - UBS, era um dos poucos serviços que tinha a liberação desses moradores para entrar nessas casas, que eram vigiadas por algumas pessoas e cães. Foi somente após a autorização das lideranças locais, e com o apoio da UBS, que a proteção básica da assistência social teve a permissão de começar a atuar com as famílias que ali residiam.

Cabe destacar que, anterior à nossa entrada, havia ocorrido uma ação policial que resultou na prisão de alguns homens que lideravam o tráfico de drogas. Com isso, suas companheiras, que também faziam uso de drogas, assumiram o comando do tráfico naquela região e passaram a exercer o cuidado dos filhos sozinhas.

Essas mudanças em relação ao comando do tráfico de drogas realizado naquela região proporcionaram queixas dirigidas a algumas instituições como o conselho tutelar e a escola, que passaram a acompanhar de forma mais próxima aquelas crianças. As instituições levaram a problemática para a Vara da Infância e da Juventude da cidade, e a juíza responsável solicitou o acolhimento institucional de aproximadamente vinte crianças, justificando que estavam em situação de negligência.

Nosso papel naquele momento, enquanto trabalhadores de um serviço de assistência social, era o de exercer uma escuta ética, entender o que estava ocorrendo, para garantirmos o melhor interesse das crianças, bem como acompanhar essas mães que vivenciavam outro momento em suas vidas. Nessa cidade tecemos espaços importantes junto à rede intersetorial, e com o sistema de justiça.

Aquele cenário extremamente complexo nos trouxe a compreensão da importância de nos reunirmos em rede de forma sistemática, para construir um plano de ação cujo objetivo era encontrar respostas distintas da mera institucionalização das crianças. Para tanto, foi necessário implicar no processo as secretarias de educação, habitação, saúde, assistência social e cultura e, assim, foi possível garantir a continuidade da convivência familiar e comunitária daquelas crianças com seus familiares.

Todos os encontros realizados com as famílias eram atravessados pelo acompanhar, caminhar junto pelo território, escutar as crianças, adolescentes e suas mães. Escutar suas histórias de vida com tamanha intensidade afetaram-me também intensamente e produziram uma resposta de que encaminhamentos burocratizados não se encaixariam nessa cena complexa, exigindo a construção de um trabalho artesanal.

Uma das urgências que emergiam era a necessidade de mapear os serviços públicos ou de atenção à saúde em que essas pessoas circulavam ou que precisariam acessar, sendo que era central agenciar redes de cuidado em torno delas. Compreender suas frequências, modos de estar no mundo, entre tantas delicadezas, foi o que nos sintonizou com um entendimento importante de que havia ali um outro desenho possível de ser e de estar no mundo, de família.

Para isso era necessário nos despirmos de uma pretensa neutralidade científica, de uma psicologia “apolítica, neutra, científica e objetiva, que obscurece as condições sócioeconômicas peculiares ao capitalismo e põe ênfase na doença, na falta, nas dificuldades, nos desequilíbrios e nos desajustes”(p. 13).²

As inquietações enquanto trabalhadora e pesquisadora que surgiram há anos atrás, frente a situações como esta descrita, que me acompanharam durante os demais espaços de trabalho realizados posteriormente, como os Centros de Defesa de Direitos Humanos de Crianças e Adolescentes - CEDECAS em Porto Alegre e em São Leopoldo-RS; Programa de Proteção à Crianças e Adolescentes Ameaçados de Morte-PPCAAM-RS, Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas do Ministério da Saúde e por fim na Coordenação Municipal de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas de São Paulo, despertaram o interesse em estudar a conduta das equipes do Sistema de Garantia de Direitos da Infância e da Adolescência, o papel da rede intersetorial, a atuação do sistema de justiça, entre outras tantas que ganharam lugar nesta pesquisa.

Neste estudo, a partir dos caminhos percorridos, foi possível ampliar a discussão sobre os questionamentos postos acima. Foram utilizadas diferentes estratégias metodológicas, como análise documental e observação participante em audiências concentradas, aplicadas em uma Vara da Infância e Juventude em uma determinada região de São Paulo.

Esta dissertação está organizada em 6 capítulos, assim subdivididos: 1º Capítulo- Breve panorama sobre os marcos legais da infância e da adolescência no Brasil, ; 2º Capítulo- Política de Assistência Social e a atenção para crianças e adolescentes e as novas normativas para deteminar o acolhimento institucional; 3º Capítulo- A Política de Saúde Mental e a sua política Brasileira de Saúde Mental para crianças e adolescentes; 4º Capítulo- Percursos Metodológicos da pesquisa; 5º- Resultados da pesquisa e discussão dos dados e, por fim, no 6º Capítulo, as considerações finais os desdobramentos possíveis da pesquisa e o muito que ainda é necessário realizar para garantirmos, de fato, os direitos das crianças e adolescentes no país.

As recentes políticas públicas para a infância e adolescência no campo da saúde, assistência social, educação e em outras áreas inscreveram uma nova concepção de cuidado para a infância e isso traz reflexos importantes no campo jurídico, político e social brasileiro, com consequências para as ações públicas dirigidas ao seu cuidado e proteção.³

Um dos achados desse estudo indica que o sistema de garantia brasileiro é paradoxal, por vezes contraditório, sendo possível registrar a aplicação dos princípios da proteção em certos casos e, em outros, a inexistência deles, ficando evidente o que denominamos em uma categoria de análise como “proteção tutelar”.

Em função disso, o estudo buscou investigar se as crenças e valores registrados nos relatórios e decisões estão em consonância com o preconizado pelo ECA, ou se, apesar de todos os avanços no sistema de garantia de direitos, ainda se aplicam valores morais, como os presentes nos antigos códigos.

Por fim, o estudo também buscou analisar como acontece processo de desinstitucionalização das crianças e adolescentes – entendido para fins desta pesquisa como a reinserção na vida comunitária ou familiar – ao investigar quais são as estratégias desenvolvidas para garantir o retorno ao convívio familiar e comunitário, bem como as demais estratégias de inclusão social.

Com isso, reconhecemos nessa pesquisa a necessidade de estudos sistemáticos que permitam esclarecer os pontos de impasse que ainda obstaculizam o pleno

desenvolvimento da garantia de direitos e proteção baseados no desenvolvimento e cidadania para crianças e adolescentes.

2 - BREVE GENEALOGIA DOS MARCOS JURÍDICOS BRASILEIROS PARA A INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA

A história da assistência à infância no Brasil é descrita com muita proximidade às práticas de institucionalização que foram hegemônicas até meados do século XX ⁴ Essa história tem repercussões importantes até os dias de hoje, não sendo possível afirmar que a prática da institucionalização tenha sido superada, mesmo na vigência do marco jurídico da proteção integral, no qual se baseia o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). A assistência à infância nos séculos XIX e XX revela que as crianças nascidas em situação de pobreza, e/ou em famílias com dificuldades de criarem seus filhos, tinham um destino quase certo quando buscavam apoio do Estado: o de serem encaminhadas para instituições totais⁵, como os abrigos ou educandários.

A roda dos expostos^{1a}, mecanismo fartamente utilizado no Brasil, que sobreviveu aos três grandes regimes políticos da nossa história (Colônia/Império/República), foi criada no regime colonial, perpassou e multiplicou-se no período imperial, conseguindo manter-se durante a república, e só foi extinta definitivamente na década de 1950. O Brasil, o último país a abolir a escravidão, da mesma forma foi o último país a terminar com o sistema da roda dos expostos, que por mais de um século foi o único dispositivo de assistência a crianças que tinham sido “abandonadas” em todo o país⁶.

Esse sistema foi criado na Europa, em Portugal, e introduziu sua primeira roda dos expostos em Lisboa, nos muros do Hospital de “Todos os Santos”. Assim, quando se iniciou o processo de colonização do Brasil, Portugal já conhecia o modelo e havia estruturado a roda dos expostos em seu país.

1^a- A roda dos expostos consistia em um mecanismo utilizado para abandonar (expor ou enjeitar na linguagem da época) crianças recém-nascidas, que passavam a ficar sob cuidado das instituições de caridade. O mecanismo tinha uma forma de tambor, sendo este embutido numa parede. Esse formato foi construído de tal forma, para que aquele que expunha a criança não fosse visto por aquele que a recebia. Esse modelo de acolhimento ganhou inúmeros adeptos por toda a Europa, principalmente a católica, a partir do século XVI.

Durante a época colonial no Brasil, foram implantadas três rodas dos expostos em algumas cidades importantes do país: a primeira em Salvador e, logo a seguir, no Rio de Janeiro e Recife, todas essas no século XVIII. Na cidade de São Paulo, em 1825, foi implementada a primeira roda dos expostos no Hospital de Caridade⁶.

Em relação ao financiamento desses dispositivos, as Câmaras Municipais sempre relutaram assistir às crianças expostas, considerando esse um encargo acima de suas possibilidades. Com a Lei dos Municípios, de 1828, a Assembleia Legislativa Provincial é que deveria arcar com as despesas dos expostos junto às Casas Misericórdias⁶.

Um dos princípios da existência da roda dos expostos era a salvação da alma dos recém-nascidos por meio do batismo e, após esse rito, procurava-se salvar-lhes a vida, encaminhando-os às amas-de-leite⁷. Posteriormente, procurava-se encaminhar os meninos ao trabalho e as meninas ao casamento, ocasião em que receberiam um dote para iniciarem uma vida de boas esposas e mães cristãs.

Esse cenário foi amplamente criticado e, assim, ocorreu a criação de outros mecanismos legais mais sofisticados que visavam superá-lo. Foi somente com a criação do Código de Menores Mello Mattos, promulgado em 12 de outubro de 1927, que ocorreu a extinção oficial da roda dos expostos.

2.1- O Código de Menores Mello Mattos de 1927- “A disciplinarização dos filhos da pobreza”

No Brasil, os primeiros marcos legais no campo da infância e da adolescência subsidiaram a prática da institucionalização, apoiados na doutrina jurídica da situação irregular.

A doutrina afirmava que era dever do Estado assistir os “menores” abandonados ou de famílias consideradas inaptas ao cuidado de seus filhos -categoria frequentemente aplicada às famílias pobres, negras e excluídas dos direitos de cidadania.

O primeiro registro legal para este fim, no Brasil e na América Latina, foi o Código de Menores Mello Mattos- CMM⁴, que ficou conhecido por esse nome em função de ter o juiz José Cândido de Albuquerque Mello Mattos, em 1927, à frente de sua elaboração.

O Código Mello Mattos se afirma enquanto um instrumento legal destinado e regulado à disciplinarização dos filhos da pobreza com a finalidade de garantir o “Saneamento Social” (p.60)⁸, que é construído no início da República, e pautado em um modelo de família moral cristã, família burguesa.

As crianças das famílias burguesas não eram objeto da intervenção do Estado. Ao contrário, apenas as crianças pobres, abandonadas ou ditas delinquentes por estarem em “situação irregular” tornavam-se o foco da ação estatal. A legislação vigente na época, que abordava a “situação irregular”, dizia respeito às crianças e adolescentes menores de idade (18 anos) que estivessem expostos (art.14, CMM-1297)⁹; abandonados (art.26, CMM-1927)⁹; ou fossem considerados delinquentes(art.69, CMM-1927).⁹

Art. 26. Consideram-se abandonados os menores de 18 annos:

I. que não tenham habitação certa, nem meios de subsistencia, por serem seus paes fallecidos, desaparecidos ou desconhecidos ou por não terem tutor ou pessoa sob cuja, guarda vivam;(grifos nossos)

II. que se encontrem eventualmente sem habitação certa, nem meios de subsistencia, devido a indigencia, enfermidade, ausencia ou prisão dos paes. tutor ou pessoa encarregada de sua guarda;

III, que tenham pae, mãe ou tutor ou encarregado de sua guarda reconhecidamente impossibilitado ou incapaz de cumprir os seus deveres para, com o filho ou pupillo ou protegido;

IV, que vivam em companhia de pae, mãe, tutor ou pessoa que se entregue á pratica **de actos contrarios á moral e aos bons costumes**;

V, que se encontrem em estado habitual do **vadiagem, mendicidade ou libertinagem**;

VI, que frequentem logares de jogo ou de **moralidade duvidosa, ou andem na companhia de gente viciosa ou de má vida.**

VII, que, devido á crueldade, abuso de autoridade, negligencia ou exploração dos paes, tutor ou encarregado de sua guarda, sejam:

a) victimas de máos tratos physicos habituaes ou castigos immoderados;

b) privados habitualmente dos alimentos ou dos cuidados indispensaveis á saude;

c) empregados em occupações prohibidas ou manifestamente contrarias á moral e aos bons costumes, ou que lhes ponham em risco a vida ou a saude;

d) excitados habitualmente para a **gatunice, mendicidade ou libertinagem**;

VIII, que tenham pae, mãe ou tutor, ou pessoa encarregada de sua guarda, condemnado por sentença irrecorrivel;

a) a mais de dous annos de prisão por qualquer crime;

b) a qualquer pena como co - autor, cúmplice, encobridor ou receptador de crime commettido por filho, pupillo ou menor sob sua guarda, ou por crime contra estes.

Dos menores delinquentes:

Art. 69. O menor indigitado autor ou cúmplice de facto qualificado crime ou Contravenção, que contar mais de 14 annos e menos de 18, será submettido a processo especial, tomando, ao mesmo tempo, a autoridade competente as precisas informações, a respeito do estado physico, **mental e moral delle, e da situação social, moral e economica dos paes**, tutor ou pessoa incumbida de sua guarda.

§ 1º Si o menor soffrer de qualquer forma de alienação ou deficiencia mental, fôr epileptico, sudo-mudo e cego ou por seu estado de saude precisar de

cuidados especiais, a autoridade ordenará seja submetido ao tratamento apropriado.

§ 2º Si o menor não fôr abandonado, nem pervertido, nem estiver em perigo de o ser, nem precisar do **tratamento especial, a autoridade o recolherá a uma escola de reforma pelo prazo de um n cinco annos.**

§ 3º Si o menor fôr abandonado, pervertido, ou estiver em perigo de o ser, a autoridade o internará em uma escola de reforma, por todo o tempo necessario á sua educação, que poderá ser de tres annos, no minimo e de sete annos, no máximo. (grifos nossos)⁹

Cabe destacar o inciso terceiro do artigo supracitado, que afirma que a condição de *abandonado, pervertido* ou a mera suposição de estar em *perigo de o ser*, determinaria a intervenção radical do Estado. Dessa forma, constituiu-se entre juristas e médicos um discurso de proteção/assistência, pelo viés da penalização, como outro ponto de amparo para o exercício da tutela do Estado na forma de institucionalização da infância pobre, que passou a ser classificada como perigosa.

As questões centrais para a infância e adolescência nessa época, tinham foco especial em duas questões, o abrigo e a disciplina, que se concretizavam pela assistência e repressão. Essas bases legais, já estudadas, analisadas e criticadas⁴, tiveram por finalidade não a proteção das crianças, mas o saneamento social. No início da República, o Brasil sob a ótica da burguesia, almejava construir os ideais nacionalistas que permitissem o alcance do pleno desenvolvimento da sociedade. Dentre os principais desafios para a consecução deste ideal, uma questão se destacava: “[...] como formar a nacionalidade e a cidadania em um país de ex-escravos, de miscigenados, de ‘raças inferiores’?”¹⁰.

O Estado, na figura do Juiz de Menores, passou a ter legalmente o direito de intervir na vida da população infantojuvenil e de suas famílias, e auxiliar nos processos de busca e investigação das situações aqui entendidas como irregulares. Essa composição de forças resultava em intervenções diretas na vida das pessoas e para legitimar esse controle, foi criada a função dos comissários de vigilância, que tinham as seguintes atribuições no CMM-1927.⁹

Art. 152. Aos commissarios de vigilancia cabe:

I) proceder a todas as investigações relativas aos menores, seus paes, tutores ou encarregados de sua guarda, e cumprir as instrucções que lhes forem dadas pelo juiz:

II, deter ou apprehender os menores abandonados ou delinquentes, levando-os á presença do juiz;

III, **vigiar ns menores**, que lhes forem indicados;

IV, desempenhar os demais serviços ordenados pelo juiz.

§ 1º Os commissarios de vigilancia são da immediata confiança do juiz.(grifos nossos)⁹

O que Foucault (2003)¹¹ aborda em sua obra, é que, para garantir o controle dos indivíduos, o que ganha valor não é a reação penal ao que as pessoas fizeram, mas sim, o controle de seu comportamento. E aqui o controle punitivo dos indivíduos pode ser ampliado em sua efetivação não somente pela justiça, mas por outros poderes como as instituições psicológicas, psiquiátricas, médicas, pedagógicas, etc. Dessa forma, essa rede não jurídica tem outra função que não é a de punir as infrações dos indivíduos, mas de corrigir suas “virtualidades”.

Toda a penalidade do século XIX passa a ser um controle, não tanto sobre se o que fizeram os indivíduos está em conformidade ou não com a lei, mas ao nível do que podem fazer, do que são capazes de fazer, do que estão sujeitos a fazer, do que estão na iminência de fazer. Assim a grande noção de criminologia e da penalidade em fins do século XIX foi a escandalosa noção, em termos de teoria penal, de periculosidade. A noção significa que o indivíduo deve ser considerado pela sociedade ao nível de suas virtualidades e não ao nível de seus atos; não ao nível das infrações efetivas a uma lei efetiva, mas das virtualidades de comportamento que elas representam. (p. 85)¹¹.

O discurso higienista projetou a figura do médico à categoria de principal avalizador na aplicabilidade da lei que conduzia crianças e adolescentes pobres à institucionalização.

A primeira das intervenções deu-se através da medicina doméstica. Esta medicina, no interior da burguesia, estimulava a política populacionista, reorganizando as famílias em torno da conservação e educação das crianças. A segunda, dirigiu-se às famílias pobres sob a forma de campanhas de moralização e higiene da coletividade (p.51).¹²

O código Mello Mattos de 1927 incorpora tanto a visão higienista de “proteção” do indivíduo, como a visão jurídica repressiva e moralista. Havia um modelo de família a ser seguido e caso algum comportamento, postura ou ação destoasse do que ali estava colocado, uma intervenção estatal poderia ocorrer. Nessa esfera, Costa (p.48)¹² destaca que a ordem médica, fortalecida nesse marco jurídico, marca uma forte aliança entre médicos (educadores das famílias) e juristas, que passa a produzir uma norma familiar que buscou formar pessoas individualizadas, domesticadas que servissem a cidade, Estado e Pátria.

Pela legislação baseada no CMM- 1927⁹, o médico psiquiatra tinha as seguintes funções:

Art. 150. Ao medico-psychiatra incumbe:
I, proceder a todos os exames medicos e observações dos menores levados a juizo, e aos que o juiz determinar;

II, fazer ás pessoas das famílias dos menores as visitas medicas necessarias para as **investigações dos antecedentes hereditarios e pessoas destes**;
III, desempenhar o serviço medico do Abrigo anexo ao juizo de menores.⁹

Nos anos em que o Código Mello Mattos estava em vigor, houve a criação no Brasil do Serviço de Assistência a Menores - SAM, que foi instalado pelo governo ditatorial de Getúlio Vargas em 1941. Segundo Rizzini (p.34)¹³ o SAM, em 1944, contava com 33 educandários e os estabelecimentos recebiam *per capita*. A instituição ficou conhecida por escândalos de corrupção e pela exploração das crianças e adolescentes que lá estavam internados, tornando-se, anos mais tarde, a instituição protagonista de um livro intitulado “SAM: Sangue, Corrupção e Vergonha”, que abordava a exploração das crianças e a corrupção vigentes na instituição.

O SAM ficou conhecido por sua imagem nefasta, e nunca por garantir cuidado para as crianças e adolescentes.

O SAM, no imaginário popular, alcançou uma fama tal que automaticamente nos remete a imagem de uma enorme estrutura cuja atuação representava mais uma ameaça à criança pobre do que propriamente proteção. “Escola do crime”, “Fabrica de criminosos”, “sucursal do inferno”, “ Fábrica de monstros morais”, SAM- Sem Amor ao Menor, são representações que o órgão adquiriu com o tempo, notadamente a partir da década de 1950.(p.34)¹³

Desde o início da década de 1950, muitas entidades públicas apontavam as graves violações do SAM e propunham a criação de uma nova instituição. Foi no ano de 1964, que surgiu a FUNABEM- Fundação Nacional do Bem Estar do Menor, ano de instauração de um golpe no país, que implantou a ditadura militar que duraria 20 anos. A FUNABEM tinha por ideia inicial instituir o “Anti-SAM”¹³, e as propostas desta instituição centralizaram-se em autonomia financeira e administrativa e na rejeição aos “depósitos de menores”, nos quais se transformaram os internatos destinados para crianças e adolescentes.

A Fundação, como executora da Política Nacional do Bem- Estar do Menor, tinha como tarefa e desafio de “formular e implementar a política que, como produto, devia ser, também, a antítese das concepções, propostas e práticas do seu predecessor” (p.290)¹⁴.

Nesse caso, a FUNABEM nasce com um determinado objetivo, mas conserva o mesmo formato das instituições totais. Em momentos de movimentação de transformação institucional, Basaglia¹⁵ coloca que, depois de depararmos com as inúmeras

contradições dentro da instituição, é bastante conveniente concentrar esforços “em pesquisar os objetivos comuns, que preservaram determinada composição, que mantiveram determinado formato de funcionamento dessa instituição” (p,181)¹⁵.

O código de 1927 vigorou até 1979, quando houve a aprovação de um novo Código de Menores. AFUNABEM foi mantida nessa transição, porém, no tempo entre um código e outro, transcorreram diversos atravessamentos com movimentos ora de defesa, ora de oposição aos princípios e consequências do primeiro código de menores do Brasil. Além disso, ações autoritárias e centralizadoras marcaram o período, tais como o golpe militar de março de 1964 que instaurou a ditadura e, posteriormente, outras, de caráter mais progressista e de defesa da cidadania, como os movimentos sociais de resistência democrática que fortaleceram as lutas em prol dos direitos humanos, incidindo sobre a infância e adolescência.

2.2- 1979-O Código de Menores- “Criminalização da infância”

E a Infância? No primeiro caso, a solicitude de que é objeto toma a forma de uma liberação protegida, de um resgate dos medos e pressões comuns. Em torno da criança a família burguesa traça um cordão sanitário que delimita seu campo de desenvolvimento no interior desse parímetro o desenvolvimento de seu corpo e de seu espírito será encorajado por todas as contribuições da psicopedagogia postas a seu serviço e controlado por uma vigilância discreta. (p.48.)¹⁶

O segundo marco legal da infância e da adolescência, promulgado em 1979, também conhecido como Código de Menores, modificou aspectos do primeiro código, mas manteve a base jurídica na doutrina da situação irregular, mantendo a prática da institucionalização da infância. Essa legislação¹⁷ considerava por situação irregular aquelas crianças e adolescentes nas seguintes situações.

Art. 2º. Para os efeitos deste Código, considera-se em situação irregular o menor:

I - privado de condições essenciais à sua subsistência, saúde e instrução obrigatória, ainda que eventualmente, em razão de:

- a) falta, ação ou omissão dos pais ou responsável;
- b) manifesta impossibilidade dos pais ou responsável para provê-las;

II - vítima de maus tratos ou castigos imoderados impostos pelos pais ou responsável;

III - **em perigo moral**, devido a:

- a) encontrar-se, de modo habitual, em **ambiente contrário aos bons costumes**;
- b) exploração em atividade contrária aos bons costumes;

IV - privado de representação ou assistência legal, pela falta eventual dos pais ou responsável;

V - Com **desvio de conduta, em virtude de grave inadaptação familiar ou comunitária;**

VI - autor de infração penal. (grifos nossos)¹⁷

Na essência da doutrina da situação irregular Mendéz (1992)¹⁸ compreende a atuação indiscriminada da ação judicial sobre as crianças e os adolescentes em “situação de dificuldade”, resultando em um afastamento da discussão sobre a ausência das políticas públicas e, por consequência, assumindo-se que as questões são de natureza individual, privilegiando os encaminhamentos para a institucionalização ou adoção.

A legislação de menores afirma-se a partir de uma divisão importante na categoria da infância, cindindo-a entre crianças, adolescentes e menores - estes últimos entendidos como aqueles de menor valor. Abaixo alguns traços centrais das legislações de menores latino-americanas:

Centralização do poder na figura do juiz de menores com competência onímoda e discricionária; judicialização dos problemas vinculados à infância em situação de risco, com clara tendência de patologizar situações de origem estrutural;- impunidade (com base na arbitrariedade normativamente reconhecida) para tratamento dos conflitos de natureza penal. Essa impunidade se traduz na possibilidade de se declarar juridicamente irrelevante os delitos graves cometidos por adolescentes pertencentes às classes sociais média e alta; criminalização da pobreza, dispondo de internações que constituem verdadeiras provações de liberdade, por motivos vinculados à mera falta ou carência de recursos materiais;- consideração da infância nas melhores das hipóteses, como objeto de proteção; negação explícita e sistemática dos princípios básicos e elementares do direito até mesmo dos contemplados na própria constituição nacional como direito de todos os habitantes (p. 26)¹⁸

A legislação para os ‘menores’ estava baseada na ideia da natureza individual do problema, determinando a institucionalização da criança ou do adolescente e desresponsabilizando o Estado pelas situações de pobreza e falta de suporte familiar⁸. Nessa configuração, coube somente ao Estado a responsabilidade de tutelar essas crianças e adolescentes, retirando-as do convívio familiar ou social.

O código de Menores de 1979 foi marcado por uma forte tendência à institucionalização do cuidado e criminalização da infância. Tal característica teve como consequência a desassistência e a segregação da população infantojuvenil, bem como a abertura maciça de estabelecimentos para abrigar, em condições bastante precárias, “os filhos da pobreza”. Essa legislação manteve a marca do afastamento compulsório das famílias, com o forte registro da moralidade.

Se por um lado, forças a favor da cidadania estavam presentes; outras, tais como o processo centralizador e autoritário da ditadura, se afirmavam, e, com

ele, o empobrecimento do país, o aumento da desigualdade social, a censura, a violência e o extermínio visíveis não só em relação aos opositores políticos, mas, à pobreza, em especial de suas crianças e jovens. Nesse cenário, emergiu, nos meios de comunicação de massa, o termo ‘meninos de rua’ associado à periculosidade e encarado como mais um potencial inimigo “interno” dentro da Doutrina de Segurança Nacional então vigente (p. 61).⁸

A década de 1970 foi marcada pela dita incompetência da família pobre, entendida pelos formuladores da Política Nacional do Bem-Estar do Menor (PNBEM)⁸, como a falta ou carência de recursos financeiros para manutenção de seus filhos; a década de 1980, por outro lado, foi marcada pela mobilização dos movimentos sociais e de intelectuais, que começaram a rediscutir o modelo político Brasileiro. Na esteira dessas demandas por mudanças, discute-se a criação de um novo modelo de atenção às crianças e adolescentes em resposta à história de institucionalização e às arbitrariedades de regime ditatorial.

Nesse momento, diante do fracassado período do “milagre brasileiro”^{2b}, iniciou a caminhada em busca da democracia. A PNBEM passou a ser questionada e o Brasil foi tensionado a mudar uma série de legislações⁸, dentre as quais, aquela destinada a infância e adolescência.

Foi apenas após a promulgação da Constituição Federal de 1988¹⁹, que marcou o início do processo de redemocratização do Brasil, que, em 1990, entrou em vigor o Estatuto da Criança e do Adolescente - ECA, baseado na Doutrina da Proteção Integral, e na concepção de crianças e adolescentes como sujeitos de direitos e cidadãos plenos, atribuindo ao Estado o dever de protegê-los e por eles zelar, por meio da implantação de políticas públicas, programas sociais de suporte familiar, programas de inclusão social e cuidado comunitário para que isso resulte em um efetivo Sistema de Garantia de Direitos formado por políticas progressistas baseadas na ideia do direito e cidadania plena para todos.

² Foi chamada de Milagre Brasileiro à época de crescimento econômico elevado durante o Regime Militar no Brasil, entre 1968 e 1973, também conhecido como "anos de chumbo". Nesse período do desenvolvimento brasileiro, a taxa de crescimento do Produto Interno Bruto- PIB, passou de 9,8% no ano de 1968 para 14% no ano de 1973, e a inflação passou de 19,46% em 1968, para 34,55% em 1974. Houve aumento da concentração de renda e da desigualdade.

2.3- 1990- O Estatuto da Criança e do Adolescente- “A Criança Cidadã”

Brincar com humor, persistência e a certeza de que a afirmação da criança está de tal forma do lado da vida que se torna incompreensível para os que não cansam de degradá-la. Brincar não para julgar a infância, nem para vingar-se da irredutível crítica que ela representa, mas para deixar que a criança nos avalie, nos alegre. Brincar para contribuir com o horizonte ético de um mundo onde a criança deixe de ser menor. (Antônio Lancetti, 1998)²⁰

Foi após a promulgação da Constituição Federal de 1988, orientada para a construção do Estado de Bem-Estar Social e democrático de direito do Brasil e pautada no respeito à dignidade e nos direitos fundamentais da pessoa humana, que houve o destaque da criança e do adolescente como sujeitos de direitos a serem prioridade absoluta no campo das políticas de proteção e de garantias de direitos. A constituição de 1988 afirma:

É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança, ao adolescente e ao jovem, com absoluta prioridade, 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, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão. (Art . 227)¹⁹

Após a Constituição Federal, o Brasil passa a ser signatário da Convenção Internacional sobre os Direitos da Criança, realizada pela Organização das Nações Unidas (ONU) em 1989, que teve um papel fundamental na afirmação de um novo paradigma de cuidado e garantia de direitos de crianças e adolescentes na sociedade, ao afirmá-los como sujeitos e cidadão de plenos direitos.²¹

Em 1990, com a promulgação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA)²², por meio da Lei Federal 8069/1990, foram estabelecidos direitos de cidadania para crianças e adolescentes e alterada a condição jurídica anterior de ‘menores’ para a de sujeitos de direitos, substituindo a doutrina da situação irregular pela da proteção integral, como marco orientador das novas políticas a serem dirigidas a esses cidadãos. Aos “menores” das legislações anteriores se atribuía um menor valor, uma menor importância. Com a promulgação do ECA, rompe-se com essa ideia, dando à criança e ao adolescente o lugar de absoluta prioridade.

É dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do poder público assegurar, com absoluta prioridade, a efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária.

Parágrafo único. A garantia de prioridade compreende:

- a) primazia de receber proteção e socorro em quaisquer circunstâncias;
- b) precedência de atendimento nos serviços públicos ou de relevância pública;
- c) preferência na formulação e na execução das políticas sociais públicas;

d) destinação privilegiada de recursos públicos nas áreas relacionadas com a proteção à infância e à juventude(Art 4º)²²

O ECA abandonou o foco na tutela/assistencialismo para a população das crianças e adolescentes de 0 a 18 anos, e redirecionou as ações para a proteção integral, além de afirmar que a proteção somente será efetiva através da implantação de políticas públicas voltadas a cidadania plena.

O marco teórico que sustenta a Doutrina da Proteção Integral pressupõe que, só por meio de políticas públicas efetivas, de investimento às redes de ancoragem do sujeito, pode-se transformar o quadro social de abandono e desamparo infantil (p.64)⁸.

Dentre as inovações que o Estatuto representa, Mendés (1998) destaca:

1-Municipalização da política de atenção direta (art.88, I); 2- Eliminação de formas coercitivas de internação, por motivos relativos ao desamparo social, por meio da supressão da figura da situação irregular. O art 106 dispõe de forma taxativa (garantista) os motivos causais da privação da liberdade (flagrante de ato infrator ou por ordem escrita e fundamentada da autoridade judicial competente);3- participação paritária e deliberativa do governo- sociedade civil, assegurada pela existência de Conselhos dos Direitos da criança e do Adolescente, nos três níveis da organização política e administrativa do país: federal, estadual e municipal (art., 88, II); 4- Hierarquização da função judicial, transferindo aos conselhos tutelares, de atuação exclusiva no âmbito municipal, tudo o que for relativo à atenção de casos não vinculados ao âmbito da infração penal nem a decisões relevantes passíveis de produzir alterações importantes na condição jurídica da criança e do adolescente (arts. 136 e 137)(p.).¹⁸

A construção de políticas públicas fizeram avançar a defesa dos direitos humanos e a proteção para crianças e adolescentes. Uma década após a aprovação ECA, houve a aprovação da Política Nacional de Assistência Social (PNAS-2004), que instituiu o Sistema Único de Assistência Social (SUAS), ampliando o espectro da proteção, com ganhos importantes no campo da Educação Inclusiva e a instituição do Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (SINASE), entre outros.

Entretanto, ainda hoje no Brasil, apesar de todos os avanços no campo das políticas públicas para a infância e adolescência, não é possível afirmar a vigência de um sistema integrado de garantia de direitos e nem mesmo a plena superação do ideário “menorista” ou de seus valores, conforme estabelecidos nos antigos códigos. A noção de criminalização da pobreza, “de família desestruturada, de menores delinquentes porque vivem nas ruas”(p.59)⁸ e de outras noções baseadas na noção de ‘irregularidade’, ainda parecem habitar o cotidiano da sociedade e interferir em decisões de suspensão da convivência familiar e comunitária, mesmo sob a égide da doutrina da proteção integral, por mais que o ECA afirme o Estado como lugar de garantia de direitos, laços familiares e vida comunitária.

3- AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE PROTEÇÃO E O SISTEMA DE GARANTIA DE DIREITOS PARA CRIANÇAS E ADOLESCENTES

As políticas assistencialistas e tutelares que atravessaram grande parte da história republicana brasileira produziram efeitos, muitas vezes nefastos, com consequências diretas na vida de crianças e jovens.

Ao longo da história, no campo da assistência sempre houve proposições políticas para a infância e adolescência, sendo estas inicialmente de caráter tutelar e disciplinar, tendo alcançado mudanças significativas após a promulgação da Constituição de 1988. “A noção de incapacitação pela pobreza engendrou o desenvolvimento de práticas disciplinares e corretivas que supunham poder recuperar as mazelas da infância e adolescência pobres, com vistas à formação de cidadãos civilizados e produtivos.” (p.9)³

As políticas públicas dizem respeito a “um conjunto de decisões e ações destinadas à resolução de problemas políticos”(p,9)³ · Políticas são, portanto, respostas a alguma demanda formulada por atores sociais ou políticos, que alcançam *status* de política pública quando incluídas na agenda pública.

Para Priore³⁴, as políticas anteriores e as atuais divergem consideravelmente na forma como se concebe a infância, muito embora a marginalização dessas crianças continue a existir. Isto leva-nos a supor a morosidade da implementação das políticas para a infância, sua execução e formas de fiscalização ainda não são efetivas.

No campo da assistência, sempre houve política e, aqui, referimo-nos à política pública como aquilo que representa a ação do estado na vida dos cidadãos. As intervenções voltadas para crianças e adolescentes até a década de 80 compunham políticas públicas de caráter repressivo. Assim, consideramos que, somente após a Constituição, com a nova função do estado brasileiro, as políticas públicas passam a entender crianças e adolescentes como cidadãos plenos de direito.

3.1-Política de Assistência Social e a atenção para crianças e Adolescentes no âmbito da Assistência Social

Com a Constituição Federal de 1988, onde se inseriam em nossa sociedade os Direitos já apontados em documentos internacionais dos quais o Brasil é signatário, seguida da promulgação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) de 1990, e do LOAS (1993), que se refere à Lei que dispõe sobre a organização da assistência social no Brasil, o Estado assume, enfim, a responsabilidade sobre a assistência à infância e a adolescência, tomando-as como sujeitos de direitos.

A política da assistência social teve, no Brasil um tempo de consolidação posterior ao do Sistema Único de Saúde (SUS). A política da assistência social foi construída em bases cidadãs, garantindo uma legislação robusta e que contempla as diferentes necessidades sociais.

De acordo com o artigo primeiro da Lei Orgânica de Assistência Social:

a assistência social, direito do cidadão e dever do Estado, é Política de Seguridade Social não contributiva, que provê os mínimos sociais, realizada através de um conjunto integrado de iniciativa pública e da sociedade, para garantir o atendimento às necessidades básicas.³⁵

A Constituição Federal de 1988¹⁹ traz uma nova concepção para a Assistência Social brasileira. Incluída no âmbito da Seguridade Social e regulamentada pela Lei Orgânica da Assistência Social – LOAS, em dezembro de 1993, a assistência social inicia seu trânsito para um campo novo: o campo dos direitos, da universalização dos acessos e da responsabilidade estatal. A LOAS cria uma nova matriz para a política de assistência social, inserindo-a no sistema do bem-estar social brasileiro, concebido como campo do Seguridade Social, configurando o triângulo juntamente com a saúde e a previdência social.

Quando aprovada pelo Conselho Nacional de Assistência Social, a Política Nacional de Assistência Social (PNAS)²³ trouxe como um dos seus objetivos a concretização dos direitos assegurados na Constituição Federal de 1988 e na Lei Orgânica da Assistência Social-LOAS (1993). A PNAS organizou a matriz de funcionamento do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), inaugurando um novo paradigma de defesa dos direitos

socioassistenciais. Na sequência, a aprovação da Norma Operacional Básica de Recursos Humanos/ Sistema Único de Assistência Social- NOB/SUAS estabeleceu parâmetros para a operacionalização do SUAS em todo o território nacional. Em 2006, foi aprovada a NOB-RH do SUAS que, dentre outros aspectos, estabeleceu parâmetros nacionais para a composição das equipes que deviam atuar nos serviços de acolhimento institucional.

A organização SUAS como sistema pressupõe a articulação das redes socioassistenciais com as demais políticas públicas e com o Sistema de Garantia de Direitos, além de eleger a família como foco central de atenção. A previsão de serviços de caráter preventivo e de fortalecimento de vínculos familiares e comunitários, “de atendimento especializado a indivíduos e famílias em situação de ameaça ou violação de direitos e de serviços de acolhimento para crianças e adolescentes tem a importância central no que diz respeito a concretização do direito a convivência familiar e comunitária”(p.39)²³.

APNAS (p, 35)²³ prevê que a proteção social deve garantir as seguintes seguranças: segurança de sobrevivência (de rendimento e de autonomia); de acolhida; de convívio ou vivência familiar.

Sobre o direito a convivência familiar e comunitária, a PNAS entende:

A segurança da vivência familiar ou a segurança do convívio é uma das necessidades a ser preenchida pela política de assistência social. Isto supõe a não aceitação de situações de reclusão, de situações de perda das relações. É na relação que o ser cria sua identidade e reconhece a sua subjetividade. A dimensão societária da vida desenvolve potencialidades, subjetividades coletivas, construções culturais, políticas e, sobretudo, os processos civilizatórios. As barreiras relacionais criadas por questões individuais, grupais, sociais por discriminação ou múltiplas não aceitações ou intolerâncias estão no campo do convívio humano. A dimensão multicultural, intergeracional, interterritoriais, intersubjetivas, entre outras, devem ser ressaltadas na perspectiva do direito ao convívio. Nesse sentido a Política Pública de Assistência Social marca sua especificidade no campo das políticas sociais, pois configura responsabilidades de Estado próprias a serem asseguradas aos cidadãos brasileiros. (p.40)²³

3.1.1- A Doutrina da Proteção Integral e as Novas Normativas para Determinar o Acolhimento Institucional.

Em conformidade com as disposições do ECA²², deve-se recorrer ao encaminhamento da criança e do adolescente a serviços de acolhimento apenas quando esgotados todos os recursos para sua manutenção na família de origem, extensa ou comunidade. Ou seja, a

medida de acolhimento institucional deverá ser tomada apenas quando representar o melhor interesse da criança ou do adolescente.

A promulgação do ECA²² rompe com uma série de pressupostos contidos nos antigos códigos ao garantir a excepcionalidade da medida de acolhimento, estabelecendo ainda, que a situação de pobreza da família não constitui motivo suficiente para o afastamento da criança e do adolescente do convívio familiar (Art. 23)²².

A Lei federal nº 12.010/09²⁴, em seu Artigo 101 §7º, “determina que o acolhimento institucional de crianças e adolescentes deve ocorrer no local mais próximo da residência dos pais ou responsáveis”, como parte do processo de garantir o direito à convivência familiar e comunitária, bem como facilitar a reintegração familiar. Ou seja, o reordenamento, como parte do processo de atendimento e acompanhamento das crianças e adolescentes acolhidos, deve buscar a transferência dos acolhidos para unidades mais próximas às suas regiões de origem.

De acordo com a PNAS (2005)²³, um dos grandes desafios para a efetiva implantação do SUAS é o de reordenar os serviços de acolhimento institucional e romper com as práticas incompatíveis com os novos marcos regulatórios.

As orientações técnicas dos serviços de acolhimento para crianças e adolescentes prevê:

- Excepcionalidade do afastamento do convívio familiar;
- Provisoriedade do Afastamento do convívio familiar;
- Preservação e Fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários;
- Garantia de Acesso e Respeito à Diversidade e Não-discriminação
- Oferta de atendimento Personalizado e Individualizado;
- Garantia de Liberdade de Crença e Religião;
- Respeito à autonomia da Criança, do adolescente e do Jovem;

Segundo as orientações técnicas para o acolhimento institucional, para garantir a excepcionalidade do convívio familiar o Art. 130 do ECA²² estabelece que, nos casos de violência praticada por familiar, ou responsável com o qual a criança ou adolescente

resida, a autoridade judiciária poderá determinar o afastamento do autor da violência da moradia comum. Com objetivo de promover a qualidade dos serviços de acolhimento, o ECA prevê ainda ações de fiscalização e controle social ao exigir a inscrição das entidades que ofertem “programas de acolhimento institucional” no Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente (Art. 90)²² e ao estabelecer princípios para a sua organização (Art. 92)²². Do mesmo modo, ao constituírem-se como serviços que compõem a rede socioassistencial, os serviços de acolhimento devem também possuir registro no Conselho Municipal de Assistência Social e submeter-se à sua fiscalização.

Sob a ótica dos direitos assegurados no ECA, o Levantamento Nacional de Abrigos para crianças e adolescentes, realizado pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA)²⁵, em 2003, evidenciou o descompasso existente entre a legislação e a realidade dos serviços de acolhimento para crianças e adolescentes no Brasil. Dentre outros resultados, a pesquisa apontou que 50,1% das crianças e dos adolescentes foram abrigados por motivos relacionados a pobreza – desses, 24,1% exclusivamente em função da situação de pobreza de suas famílias - 86,7% tinham família, sendo que 58,2% mantinham vínculos familiares com contatos regulares; apenas 43,4% tinham processo na justiça e somente 10,7% estavam em condição legal de adoção; 20% estavam no serviço há mais de 6 anos. Para 35,5% das crianças e dos adolescentes, a principal dificuldade para o retorno ao convívio familiar era também a situação de pobreza de suas famílias.

Outro dado importante da pesquisa, é que a maioria dos abrigos pesquisados fora criada após a promulgação do ECA²², o que não implica, necessariamente, que seu funcionamento é adequado à Lei. O ECA²² é considerado uma legislação avançada até mesmo para os padrões internacionais. Sua disseminação e aceitação, bem como o efetivo cumprimento de seus princípios, têm sido um processo amplo e complexo, que, ao longo desses anos de existência, não foi totalmente compreendido pela sociedade. Na época da pesquisa, o ECA havia sido promulgado há mais de uma década - hoje já são 26 anos. Naquele momento²⁵, metade desses dirigentes demonstrou que não possuía total entendimento sobre o conteúdo da lei, ainda que 44,3% se considerassem muito informados sobre o ECA; 48,8%, mais ou menos informados; e 5%, tenham admitido ser pouco ou nada informados. Ainda que a maioria dos abrigos pesquisados tenha sido criada depois de 1990, o estudo aponta que grupo de abrigos criados antes da promulgação do ECA, encontram-se instituições bastante antigas: três (0,5%) anteriores à década de 1920,

23 (3,9%) que foram criados entre 1920 e 1949, e 68 (11,5%) fundadas entre os anos de 1950 e 1969. As diferenças regionais nesse quesito não são expressivas: em todas as regiões, praticamente a metade das entidades de abrigo foi fundada na década de 1990.

A pesquisa foi realizada em 584 serviços e co-financiada com recursos do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Fome– MDS²⁵ e representou um marco na mobilização nacional para a discussão acerca do direito de crianças e adolescentes à convivência familiar e comunitária. Esse processo foi iniciado em 2002, com a Caravana da Comissão de Direitos Humanos da Câmara dos Deputados. Após a publicação da pesquisa, o Ministro da Secretaria Especial de Direitos Humanos (SEDH) e o Ministro do Estado do MDS, com o apoio do United Nations Children's Fund-UNICEF^{3c}, convocaram outros Ministérios e atores do Sistema de Garantia de Direitos para a formação de uma Comissão Intersetorial que apresentou os subsídios ao Conselho Nacional da Criança e do Adolescente- CONANDA, e ao Conselho Nacional de Assistência Social – CNAS, para a elaboração do Plano Nacional de Promoção à Convivência Familiar e Comunitária. Os conselhos analisaram e aprimoraram o documento, aprovado em assembléia conjunta, em 2006, após a incorporação das sugestões apresentadas na consulta pública. Ressalta-se que além dos dois conselhos e o poder público, a sociedade civil também teve importante contribuição neste documento.

Com a doutrina da proteção integral vigente, as políticas sociais ligadas à garantia de direitos (saúde, educação, assistência social, etc.) concordam que o afastamento de crianças e adolescentes de suas famílias pode trazer profundas implicações, tanto para a criança e o adolescente, quanto para a família; devendo ser aplicada apenas como medida de última escolha. Porém, ainda hoje percebemos as repercussões dos antigos códigos, não se podendo afirmar que estes foram superados.

^{3c} No Brasil, o Fundo das Nações Unidas para a Infância, como é traduzido em Português, é um órgão das Nações Unidas que tem como objetivo promover a defesa dos direitos das crianças, ajudar a dar resposta às suas necessidades e contribuir para o seu pleno desenvolvimento.

3.2-A Política de Saúde Mental no Brasil

No final da década de 1970, no Brasil, deu-se início o processo da reforma psiquiátrica no contexto de luta pela redemocratização do país. Nessa década, ganha destaque o movimento dos trabalhadores de saúde mental, implicados na luta pela reforma psiquiátrica. A Política Nacional de Saúde Mental, no ano de 2001, passa a ter como base a Lei 10.216²⁶, que se torna o principal marco político de um novo paradigma que coloca os Direitos Humanos no centro do direcionamento do cuidado em Saúde Mental; buscando consolidar no Sistema Único de Saúde Brasileiro, a atenção em saúde mental, pautada no cuidado em liberdade, preferencialmente no território de origem, garantindo que a pessoa seja cuidada 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.²⁶

Em concomitância com a luta pela redemocratização do país e pela extensão dos direitos de cidadania aos anteriormente excluídos dela, a atenção psicossocial inaugurou um novo tempo na história da saúde mental pública brasileira, “sob a égide do Movimento da Reforma Psiquiátrica, ao propor a superação do modelo asilar pelo comunitário de cuidado”(p.89)³. Apesar de todo esse movimento, é importante notar a ausência do tema de crianças e adolescentes, foco desse estudo, no debate da Reforma Psiquiátrica em suas primeiras décadas de existência.

Delgado (2011)²⁷, registra essa ausência em sua análise sobre os 10 anos da Lei 10216/2001, ao falar das conferências nacionais de saúde mental, como componentes indispensáveis da dimensão jurídico política. Destaca que na II Conferência, de 1992, “havia apenas uma frase, quase que apenas constatando que esses seres existem”, o que se revela bastante significativo, pela promulgação, naquela década, do ECA²². Não houve, porém, um debate conjunto entre os campos da saúde mental e da infância e da adolescência.

A II Conferência teve uma importante função, pois definiu a atenção integral e a cidadania como conceitos norteadores das ações e dos programas no campo da saúde. Vale destacar como aspecto temporal, que, subsequentemente a esta segunda conferência, foram criados os serviços CAPS e NAPS (p, 32)²⁸, assim como teve início a fiscalização dos hospitais psiquiátricos.

Já no Relatório da III Conferência, em 2001, houve um capítulo destinado às crianças e adolescentes, além da comemoração sobre a promulgação da Lei 10.216/2001. Foi uma importante oportunidade de ampliação do patamar de institucionalidade das políticas desse campo e de ampliação de suas ações,

onde tivemos alcance da proposta transformadora da saúde mental, também para as crianças e adolescentes, que, até este momento, estavam ausentes da agenda da saúde mental pública e, portanto, das ações voltadas para o cuidado em liberdade. (p,39)³

No ano seguinte, houve a publicação da Portaria nº 336/2002²⁹, que regulamentou o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial nas suas diferentes modalidades, entre elas os CAPS Infantojuvenis (CAPSi), fato que legitimou a discussão e encaminhamentos feitos na III Conferência Nacional de Saúde Mental. Essa portaria tem grande valor, por ter sido a primeira dirigida a serviços comunitários de Saúde Mental, de base territorial, dentro do SUS.

Durante a IV Conferência, em 2010, também se retoma a política para crianças e adolescentes, incorporando-se, nesse momento, as questões relativas a situações de violência, assim como a discussão sobre crianças e adolescentes em situação de rua e com necessidades decorrentes do álcool e outras drogas, com especial destaque às pessoas com necessidades em função do uso de crack. O debate na conferência circulou em torno da garantia de direitos para essa população, inclusive para aquelas em cumprimento de medidas socioeducativas²⁷.

Após a IV Conferência, houve a construção de uma política nacional de cuidado para pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas.

A partir do reconhecimento pelo SUS, no início do século XXI, da necessidade de organização de redes de atenção psicossocial para cuidado de crianças e adolescentes com a experiência do sofrimento psíquico e com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas - que, até então, tinham como destino a institucionalização em “abrigos para portadores de deficiência” ou a desassistência³⁰ foi iniciada uma nova etapa na história do cuidado compartilhado para a infância e a adolescência, convocando a saúde mental a se integrar ao sistema de garantia de direitos a elas destinado, conforme estabelecido pelo ECA.

Segundo a publicação *Mental Health Policy, Plans and Programmes*³¹, da Organização Mundial de Saúde - OMS, a instituição de um conjunto de diretrizes explícitas para a saúde mental é ferramenta essencial para a coordenação dos serviços e das atividades relacionadas a esse setor. Além disso, a implementação dessas medidas pode ter um impacto significativo sobre a saúde mental da população. Os resultados descritos na literatura incluem desde a melhoria na organização e na qualidade dos serviços até o aumento do compromisso dos usuários dos serviços e seus familiares, bem como a melhoria de diversos indicadores de saúde mental.

É importante considerar que, para a OMS, a legislação de saúde mental representa um dispositivo importante para garantir e assegurar a atenção e o tratamento equânimes, proteger os direitos humanos das pessoas com transtorno mental e promover a promoção da saúde mental nas populações e a melhoria de vida e do bem-estar social.

Política e legislação são dois métodos complementares para melhorar a atenção e os serviços de saúde mental, mas, a menos que também haja vontade política, recursos adequados, instituições funcionando corretamente, serviços de apoio comunitário e equipe de boa formação, a melhor política e a melhor legislação terão pouca importância. (p,17)³²

A legislação Brasileira buscou considerar e superar as questões levantadas pelos organismos internacionais como a OMS. Corroborando com isso, um recente aparato normativo foi instituído, por meio da Portaria nº 3088/11³³, republicada no ano de 2013, que reafirma direitos e reorienta a forma de organização dos serviços para a saúde mental no formato da Rede de Atenção Psicossocial - RAPS.

A RAPS tem como diretrizes:

- Respeito aos direitos humanos, garantindo a autonomia e a liberdade das pessoas;
- Promoção da equidade, reconhecendo os determinantes sociais da saúde;
- Combate a estigmas e preconceitos;
- Garantia do acesso e da qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar;
- Atenção humanizada e centrada nas necessidades das pessoas;
- Diversificação das estratégias de cuidado;

- Desenvolvimento de atividades no território, que favoreçam a inclusão social com vistas à promoção de autonomia e ao exercício da cidadania;
- Desenvolvimento de estratégias de Redução de Danos;
- Participação dos usuários e de seus familiares no controle social ;
- Organização dos serviços em rede de atenção à saúde, com estabelecimento de ações intersetoriais para garantir a integralidade do cuidado;
- Promoção de estratégias de educação permanente;
- Desenvolvimento da lógica do cuidado para pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, tendo como eixo central a construção do projeto terapêutico singular.

Compreendendo²² que a saúde mental deve ter a melhor atenção não somente nos serviços de atenção estratégica, que são os CAPS, mas desde a atenção básica até a Urgência e Emergência, temos os seguintes componentes na Rede de Atenção Psicossocial: Atenção Básica em Saúde; Atenção Psicossocial Estratégica; Atenção Psicossocial Estratégica; Atenção Residencial de Caráter Transitório; Atenção Hospitalar; Estratégias de Desinstitucionalização; Estratégias de Reabilitação Psicossocial.

Tabela 1: Componentes da Rede de Atenção Psicossocial

COMPONENTE	PONTOS DE ATENÇÃO
Atenção Básica em Saúde	Unidade Básica de Saúde
	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
	Consultório na Rua
	Apoio aos Serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório
	Centros de Convivência e Cultura
Atenção Psicossocial Estratégica	Centros de Atenção Psicossocial, nas suas diferentes modalidades
Atenção de Urgência e Emergência	SAMU 192
	Sala de Estabilização
	UPA 24 horas e portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro, Unidades Básicas de Saúde
Atenção Residencial de Caráter Transitório	Unidade de Acolhimento
	Serviço de Atenção em Regime Residencial
Atenção Hospitalar	Enfermaria especializada em Hospital Geral
	Serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas
Estratégias de Desinstitucionalização	Serviços Residenciais Terapêuticos
	Programa de Volta para Casa
Estratégias de Reabilitação Psicossocial	Iniciativas de Geração de Trabalho e Renda
	Empreendimentos Solidários e Cooperativas Sociais

Com a legislação vigente no Brasil, composta pela Lei 10.216/2001²⁶, e por portarias como a 336/2002²⁹, 3088/2013³³, entre outras portarias, a política nacional de saúde mental brasileira ganhou forma e produziu experiências inovadoras nos últimos quinze anos, porém ainda apresenta inúmeras barreiras para que um sistema tão complexo funcione e opere de forma qualificada nos territórios, onde os desafios são distintos, trazendo questões a serem trabalhadas no âmbito da política, gestão, financiamento e administração do sistema num país com grandes dimensões territoriais e com necessidades loco-regionais muito específicas.

3.3.1- A Reforma Psiquiátrica Brasileira e Atenção para Crianças e Adolescentes no Âmbito da Saúde Mental

Quando o superintendente do serviço de psiquiatria da Fundação Educacional de Assistência Psiquiátrica, Ronaldo Simões Coelho, pisou no terreno do Hospital de Neropsiquiatria Infantil, localizado no município de Oliveira, no Oeste do Estado, em 1971, avistou um menino “crucificado”. Apesar do sol inclemente, o garoto que aparentava idade inferior a dez anos, estava deitado no chão, com os braços abertos e amarrados e o rosto queimado pela exposição ao calor de quase trinta graus. Voltou-se para a freira responsável pelo setor, esperando alguma explicação.

-Por que esse menino está amarrado nesse solão?

-Se soltar ele arranca os olhos das outras crianças. Tem mania. (respondeu a mulher com tranquilidade)

-E quantos olhos ele já arrancou?

-Nenhum- disse a religiosa.

(p,87)³⁶

Por mais que, na história do Brasil, exista um registro maior dos hospitais psiquiátricos destinados à população adulta - e foi para esse público que se destinaram os primeiros processos de desinstitucionalização -, há, também, o registro de crianças e adolescentes institucionalizados. O livro *Holocausto Brasileiro*³⁶, fala da ala das Oliveiras, em Barbacena, no Estado de Minas Gerais, instituição criada em 1924 que atendia homens e mulheres, e ampliou sua atuação, em 1946, quando passou a receber crianças que tinham alguma deficiência física, mental, entre outras questões. Quando ocorreu o fechamento do Hospital Psiquiátrico, foi anunciado, em 1975, um registro de que havia 33 crianças institucionalizadas na ala dos “*Meninos de oliveira*” (p.85)³⁶. As crianças e adolescentes foram transferidos para outro hospital, mas o tratamento fora o mesmo.

Em Barbacena, elas passaram a dividir com outros pacientes as condições degradantes do hospital. E, apesar de existir uma ala infantil, ela era tão desbotada quanto as outras. A diferença é que lá, ao invés de capim, havia berços onde crianças aleijadas ou com paralisia cerebral vegetavam. Ninguém os retirava de lá nem para tomar sol. Quando a temperatura aumentava, os berços eram colocados no pátio, e os meninos permaneciam encarcerados dentro deles. Hirman Firmino, jornalista de Belo Horizonte, o segundo do país a entrar na Colônia, em 1979, ficou tão impressionado com a cena, que perguntou a uma secretária o que aconteceria com ele, caso alcançassem a idade adulta. A resposta foi dura como um golpe de navalha. – Ué? Eles Morrem. (p,89)³⁶



Figura 1: Menino de Barbacena, fotografado em 1979, confundido com cadáver, por ter o corpo coberto de moscas. Foto: Napoleão Xavier Gonijo Coelho- (Foto extraída livro *Holocausto Brasileiro*, Daniela Arbex-2013)³⁶

As histórias das crianças da Colônia de Barbacena³⁶ são repletas de abusos, violências físicas, sexuais, entre outras violações. Grande parte das crianças que foram institucionalizadas, viveu até a vida adulta dentro do manicômio. Algumas das mulheres institucionalizadas engravidaram dentro do hospital psiquiátrico e tiveram seus filhos levados para outras instituições. Uma delas sofreu tantas sessões de eletrochoque que, a cada episódio, fazia com que os outros sentissem a sua dor. No meio desse sofrimento, a mulher que chegou na Colônia ainda criança fez uma música que passou a ser um hino nesse hospital, mostrada no documentário de 1979, de Hevécio Rattton chamado “Em nome da Razão”.³⁷

“ Ô seu Manoel, tenha compaixão
Tira Nós desta prisão
Estamos todos de azulão
Lavando o pátio de pé no chão
Lá vem a boia do pessoal
Arroz cru e feijão sem sal
E mais atrás vem o macarrão
Parece cola de colar bolão
Depois vem a sobremesa
Banana podre em cima da mesa
E logo atrás vem as funcionárias
Que são umas putas mais ordinárias”³⁷

Dentre as histórias de crianças e adolescentes em hospitais psiquiátricos em 1929³⁸ foi criada uma seção para “menores anormais” anexa ao Hospital Juqueri em São Paulo. Esse serviço foi estruturado a partir da transformação do 5º pavilhão masculino em um pavilhão escola, que tinha capacidade para 50 crianças. Os pacientes eram divididos segundo suas patologias: “os ineducáveis, idiotas, e imbecis profundos, epiléticos em estado demencial, perversos post- encefálicos, e o dos educáveis”(p,47)³⁸

Assim um serviço de atendimento ao menor tinha como características:

- 1- Orientar e aconselhar o pessoal do departamento sobre assuntos concernentes a higiene psíquica, inclusive médico- pedagógica;
 - 2- Examinar e cuidar de todas as crianças assistidas pelo departamento, particularmente os anormais e os casos difíceis;
 - 3- Elaborar plano que enumere processos de tratamento e os métodos educativos mais aconselháveis em cada caso;
 - 4- Escolher e indicar os institutos mais adequados a cada um;
 - 5- Proceder a constantes exames, acompanhando e anotando os resultados e o aproveitamento dos métodos aconselhados;
 - 6- Recomendar a transferência dos menores indutíveis e tarados dos institutos destinados a crianças normais para asilos especiais;
- Superintender o centro de observação, classificando os menores anormais em diferentes categorias, procedendo ao examen neuropsiquiátrico e psicológico. p, 59,60)³⁸

A presença de crianças e adolescentes em hospitais psiquiátricos, como o de Barbacena e no hospital psiquiátrico Juqueri, aponta-nos para uma psiquiatria que, na vacância de uma política vigente, operou de maneira dura e cruel, de forma que a reforma psiquiátrica Brasileira pouco fala disso.

Em estudos recentes, é possível afirmar que a lógica das internações em hospitais psiquiátricos para crianças e adolescentes não foi superada, havendo uma manutenção destas práticas no Brasil^{28,39,40}.

Marcos como a publicação da Portaria nº 336/2002²⁹, que instituiu, entre outros, os CAPS Infantojuvenis, a publicação do material “Caminhos para uma política de saúde mental infantojuvenil”, pelo Ministério da Saúde, em 2003, a publicação da portaria 1.608⁴¹, em 2004, que constituiu o Fórum de Saúde Mental de Crianças e Adolescentes, bem como as recomendações da OMS, dedicaram-se a abordar a necessidade urgente em discutir a saúde mental na infância.

Foi tomada a responsabilidade pelo tratamento e cuidado da infância e adolescência que inscreveu definitivamente no campo da saúde mental pública a ação intersetorial como marco de referência, revelando possibilidades e desafios que vêm se mostrando extensíveis a todo campo. (p. 271).⁴²

O Fórum de Saúde Mental Infantojuvenil teve nove reuniões Nacionais, realizados a partir de 2005, tendo sua última edição em 2012. A constituição do Fórum, traz contribuições fundamentais para a política nacional de saúde mental infanto-juvenil, por ter se constituído como um importante espaço de discussão e avanço neste campo, recomendando ações importantes para garantir o cuidado de crianças e adolescentes em diferentes situações.

A primeira reunião do Fórum Nacional de Saúde Mental Infantojuvenil, teve como tema as “Diretrizes para o processo de Desinstitucionalização de Crianças e Adolescentes em Território Nacional” (p. 11)⁴³. Nesse fórum houve um reconhecimento da necessidade de se estender iniciativas da reforma psiquiátrica para a população infantojuvenil, de forma coerente com o Estatuto da Criança e do Adolescente, de modo a lidar com a situação daquela época. Em 2005, ano de realização do I Fórum de Saúde Mental Infantojuvenil, havia aproximadamente 19.400 crianças e adolescentes institucionalizados em medida de acolhimento institucional e aproximadamente 11.000 adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa, em regime de privação de liberdade⁴³, reconhecendo-se, também, a existência de crianças e adolescentes internadas em instituições psiquiátricas, sobre as quais não havia registros numéricos, mas havia uma suposição de que parte delas estava internada por determinação judicial. Como produto desse fórum, foram listadas as seguintes recomendações:

-A implementação imediata de ações que visem à reversão da tendência institucionalizante de crianças e adolescentes, sejam no campo da Saúde Mental, da Assistência Social, da Educação e da Justiça, por intermédio:

1. Da criação de serviços de base territorial (CAPSi, ambulatórios ampliados, residências terapêuticas, moradias assistidas, casas-lares e demais equipamentos compatíveis com a lógica territorial);
2. Da reestruturação de toda a rede de atendimento existente no sentido de afiná-la às atuais diretrizes da Política Pública de Saúde Mental;
3. Do fortalecimento das redes de apoio comunitárias e familiares;
4. Da articulação corresponsável entre os diferentes setores públicos que compõem a rede assistencial;

- A promoção de um diálogo permanente e consequente com os operadores do Direito no sentido de que sua ação se coadune com os princípios que norteiam as ações do cuidado em saúde mental.
- A consideração das diferenças étnico-raciais tanto na análise dos fatores de institucionalização quanto no processo de reversão deste quadro, nele incluindo a questão da acessibilidade à rede de atenção.
- A realização de estudos e pesquisas de caráter científico concernentes às razões determinantes e aos efeitos da institucionalização de crianças e adolescentes.
- A construção de dados qualificados relacionados às condições clínicas e psicossociais da população institucionalizada, por intermédio de censos populacionais e do mapeamento das instituições governamentais, não governamentais e filantrópicas (federais, estaduais e/ou municipais) para subsidiar e instrumentalizar a política de desinstitucionalização.
- A tomada de responsabilidade com ações imediatas por parte dos gestores municipais, estaduais e federal, no sentido de garantir, em cada localidade do território nacional, a implementação do conjunto das recomendações que compõe este documento.

Nas demais reuniões do Fórum Nacional de Saúde Mental Infantojuvenil diversos temas e situações foram discutidas, gerando importantes recomendações para a o campo da atenção psicossocial. Destacamos alguns dos temas que estiveram na centralidade das discussões: Crianças e Adolescentes com Transtorno do Espectro do Autismo- TEA; recomendações para superar a alarmante situação da medicalização, o cuidado para os adolescentes que encontram-se em cumprimento de medida socioeducativa; a urgente e necessária articulação da saúde mental com o sistema judiciário como o Ministério Público, o poder Judiciário e a Defensoria Pública; bem como o posicionamento ético político contrário a prática de internações compulsórias, quando realizado em descumprimento as exigências postas na Lei Federal 10.216/2001²⁶. O Fórum também validou a importância central de se priorizar a participação de crianças e adolescentes não somente nos fóruns de saúde mental infantojuvenis, mas também no cotidiano dos serviços, realizando uma escuta ética de suas reais necessidades.

Em 2013 foram realizados Fóruns Regionais de Saúde Mental nas regiões norte, sul e centro oeste do Brasil. Ainda em 2013, foi realizado o I Congresso Brasileiro dos CAPSi.

Entende-se que, no campo da atenção psicossocial, a criação e a capilarização dos CAPS Infantojuvenis são marcos importantes no cenário nacional, por trazerem diariamente a usuários (as), trabalhadores (as) e gestores (as) novas maneiras de produzir cuidado e, com isso, todas as possibilidades e desafios que advêm dessa prática. Sabemos que a atenção psicossocial a crianças e adolescentes é algo bastante inovador, o que traz diversos impasses e desafios no processo de sua implementação. Por isso, para garantirmos a consolidação do cuidado à infância e à adolescência, são necessárias múltiplas e diversas estratégias.

A importância do duplo mandato – terapêutico e gestor -do CAPS infantojuvenil, na medida em que articula de “modo indissociável o território, a intersetorialidade e a rede como montagens articuladas e colaborativas para realizar o desafio de expandir o acesso e qualificar o cuidado” (p, 274)⁴⁴, no entendimento dos autores, essa representa uma oferta central do CAPS infantojuvenil pelo SUS.

3.3.2- Desinstitucionalização na Infância e Adolescência e suas particularidades

Os tempos não são fáceis nesse Brasil e a imagem dos técnicos se equilibrando em ponte sobre o mangue é tão real...nos faz lembrar da “esperança e o equilibrista”... É sempre tempo de dizer não ao manicômio. E para além da ideologia, poder construir alternativas concretas, um projeto de saúde mental que, para além dos técnicos, se possa ancorar no tecer uma cultura da cidadania, ancorada nos corações de cada um, no intenso movimento de desejo e necessidade, necessidade e liberdade. Parece sempre tempo de dizer “Por uma sociedade sem manicômios” não como ponto de chegada, mas de partida(Fernanda Nicácio,p. 15)⁴⁵

No processo da reforma psiquiátrica Brasileira, a discussão sobre a desinstitucionalização se debruçou sobre a urgência do fechamento dos manicômios onde encontravam-se institucionalizadas pessoas adultas, por mais que se reconhecesse a existência de crianças e adolescentes institucionalizados, em menor escala, também em alguns hospitais. Para além dos hospitais, havia instituições como educandários que internavam crianças que lá permaneciam até a vida adulta.

Hoje, destacando a importância de ampliar o escopo da discussão sobre a desinstitucionalização no campo da infância e da adolescência no Brasil, não nos referimos somente àquelas que encontram-se em hospitais psiquiátricos, como já

mencionadas nos estudos^{28,39,40}, mas destacamos que a institucionalização dessas pessoas ao longo dos anos ganhou outras roupagens para além do manicômio, tais como o sistema sócioeducativo, as internações de longa permanência em função das necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, a institucionalização de crianças com TEA e a institucionalização nos serviços de acolhimento institucional – esta última modalidade, tema deste estudo.

Em encontros com crianças e adolescentes institucionalizados, é comum perceber que no circuito das institucionalizações há uma ausência de redes de cuidado, ou seja, ausência das políticas públicas como a de saúde ou assistência social, o que gera um alerta sobre a atuação dos serviços, que somente encontram crianças e adolescentes após a institucionalização – como, por exemplo, após episódios de crise ou no momento em que estão sendo institucionalizados pelo cumprimento de medida sócioeducativas ou quando acolhidos em um serviço de acolhimento institucional.

Para que se garantam direitos, é necessária a afirmação de uma concepção ética/política sobre a infância e adolescência, através da consolidação de redes e posições políticas, o que nos coloca como desafio a construção de uma atenção que considere as peculiaridades e necessidades dessa população, conforme os princípios estabelecidos no SUS, SUAS e no Estatuto da Criança e do Adolescente. É central para garantir a qualificação na abordagem a diferentes tipos de sofrimento psíquico na infância e na adolescência, a realização de um trabalho em equipe interdisciplinar, que aposte na articulação intersetorial para a ampliação da atenção nos territórios, garantindo promoção de espaços de vida.

É urgente desvincilarmo-nos dos valores menoristas para realizar uma efetiva virada, deslocando o lugar do “menor” para aquele que tem “maior” valor, o que está traduzido nos artigos Art 4^o²² e Art 227^o¹⁹ da Constituição Federal, para que possamos produzir um novo lugar social para crianças e adolescentes.

Para garantir direitos é necessário pensar em práticas plurais, visto que os sujeitos e seus contextos são singulares. Esse estudo faz um destaque especial à institucionalização de crianças que vivem em situações complexas, tais como cenas de pobreza e de miséria, uso de substâncias psicoativas pelos familiares e situações que envolvem questões de saúde mental. Logo, para cuidar dessas situações complexas, é fundamental que pensar e

propor projetos artesanais de cuidado, construídos a partir de uma escuta ética, que articule redes de cuidado.

Recentemente, no Brasil, houve a publicação de uma Nota Técnica Conjunta nº001 da Secretaria de Atenção à Saúde- SAS e Secretaria de Gestão Participativa- SGEp, que indica Diretrizes e Fluxograma à Saúde das mulheres e das adolescentes em situação de rua e/ou usuárias de crack e outras drogas e seus filhos recém-nascidos. Destacaremos alguns pontos desta Nota Técnica^{4d}, que são fundamentais para a discussão dos dados, que seguirá após esse capítulo.

10) No âmbito do SUS, gestores e profissionais de saúde precisam estar atentos a essas especificidades, atuando na eliminação dessas barreiras e garantindo o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde (grifos nossos)

15) É fundamental o reconhecimento da universalidade dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos para a qualificação da proposição de políticas públicas (grifos nossos)

19) É fundamental um direcionamento cauteloso das ações sanitárias que construa com as mulheres; (grifos nossos)

20) Ações específicas também voltadas à fase da vida gestacional e puerperal (art. 6º, Constituição Federal/1988). (grifos nossos)

21) A eventual condição de gestante ou nutriz não enseja a relativização ou flexibilização dos direitos, inclusive de autonomia e liberdade (Art. 226, 7º). (grifos nossos)

22) A não submissão de mulheres que exercem o direito de escolher fazer uso de álcool e outras drogas aos cuidados em saúde e às intervenções judiciais, ainda que gestantes ou nutrizas, não podem interferir no seu direito de permanecer ou não com seus (suas) filhos (as), assim como no acesso aos serviços de saúde com qualidade. Portanto, esses direitos de liberdade e à saúde não concorrem entre si. (grifos nossos)

23) Cabendo ao Estado assegurar os cuidados que contemplem as escolhas das pessoas envolvidas, dentre elas a de se permanecer na relação entre mães e filhos^{5e}, não constituindo a

^{4d} A Nota Técnica encontra-se na íntegra, nos anexos dessa dissertação.

^{5e} Art. 23. A falta ou a carência de recursos materiais não constitui motivo suficiente para a perda ou a suspensão do poder familiar.

falta de recursos materiais, eventualmente demonstrada pela situação de rua, motivo em si para a separação familiar(grifos nossos)

25) *Ao mesmo tempo, é preciso garantir direitos das mulheres de decidirem ficar ou não com a criança, não cabendo aos profissionais de saúde julgá-las, mas propiciar o apoio necessário para suas escolhas;* (grifos nossos)

26) *Para serem efetivas, as ações para o fortalecimento das mulheres e adolescentes, para a proteção de seus direitos, dos direitos dos recém-nascidos, bem como para a criação de condições dignas que lhe proporcionam acompanhar o desenvolvimento e a educação de suas crianças, precisam traduzir-se em ações em REDE.* (grifos nossos)

27) *Caso seja identificada qualquer situação que vulnerabilize a mulher ou a criança durante o pré-natal, o parto ou o puerpério, os órgãos da rede existentes no território devem ser acionados para assegurar acolhimento da gestante e sua rede de apoio para uma gravidez e um parto saudáveis, evitando a necessidade de futuro rompimento do vínculo mãe e filho (a) após o nascimento da criança.*(grifos nossos)

4- PERCURSOS METODOLÓGICOS

Foi realizada uma análise documental, a partir do estudo de alguns dos processos referentes a crianças e adolescentes que se encontram em medida de acolhimento institucional na Vara da Infância e da Adolescência, na Região do Bairro Penha de França, São Paulo- SP, Brasil.

O conteúdo desses documentos foi analisado através da técnica da análise de conteúdo, em acordo com as contribuições de autores consagrados^{47,48,40,50}, como técnica que busca descrever o conteúdo emitido no processo de comunicação, seja por meio de falas ou de textos. Neste método, procedimentos sistemáticos proporcionam o levantamento de indicadores permitindo a realização de inferência de conhecimentos através das informações obtidas.

A análise temática de conteúdo proposta^{47,51}, utiliza o tema como conceito central, procurando desvendar “núcleos de sentido que compõem a comunicação e cuja presença, ou frequência de aparição pode significar alguma coisa para o objeto analítico escolhido” (p.105)⁴⁷. Desta maneira, foram seguidos os passos propostos pelos autores, que envolvem: a) leitura compreensiva e aprofundada do material, elaborando uma matriz de leitura que servirá de base para a análise documental; b) exploração do material, com a distribuição de trechos e construção de núcleos temáticos, bem como análise e construção de sentido para cada um dos núcleos e c) síntese interpretativa, realizando o diálogo do material que foi encontrado nos processos judiciais, com os pressupostos teóricos e objetivos da pesquisa.

A pesquisa busca os “sentidos das falas e das ações para se chegar a uma compreensão ou explicação, que vão além do descrito e analisado” (p.80)⁵². As estratégias de escrita, trabalhadas⁴⁹, serão consideradas, primando por um texto bem estruturado, contribuindo para o melhor entendimento do leitor.

A proposta inicial foi a de acompanhar 14 casos, discutidos em Audiências Concentradas da referida Vara, mas só foi concedida pelo Judiciário, a permissão de acesso a 11 deles, que constituíram a amostra desse estudo. Além disso, para 1 dos casos ao qual não foi concedido acesso, a pesquisadora pode acompanhar o desenvolvimento do processo em

2 audiências concentradas. Os casos referem-se a crianças e adolescentes em medida de proteção em Serviços de Acolhimento Institucional, sob a responsabilidade da Vara da Infância e da Adolescência Penha de França, na Cidade de São Paulo- SP.

Este estudo configura uma pesquisa qualitativa. Como etapa anterior ao campo foi feito um levantamento bibliográfico, acerca dos marcos legais que orientaram as práticas para a infância e adolescência no Brasil, uma abordagem sobre políticas públicas, dando especial ênfase às políticas públicas de assistência social e saúde mental e uma análise documental de alguns processos das crianças e adolescentes em acolhimento institucional, sob a responsabilidade da Vara da Infância e da Adolescência da Penha, na Cidade de São Paulo-SP. Outra estratégia metodológica utilizada foi a da observação participante nas audiências concentradas.

Na análise dos processos pode-se evidenciar aspectos importantes acerca da institucionalização de crianças e adolescentes, na medida em que os processos contemplam tanto o momento do encaminhamento - quando uma instituição demanda o pedido de acolhimento institucional - como o acompanhamento dos casos, o que revela o circuito que leva a institucionalização, sua manutenção e reinserção na vida comunitária ou ausência deste aspecto.

Este estudo obedeceu aos critérios e diretrizes da Ética em Pesquisa com Seres Humanos, conforme Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (Brasil) e obteve parecer de aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Psiquiatria da UFRJ, com nº 1.810.215.

Para a pesquisa de campo, percorremos os seguintes caminhos:

- a) Entrevista com o Juiz responsável pela Vara da Infância e da Adolescência, para compreender o funcionamento da Vara, os fluxos e a interface com a equipe técnica e rede intersetorial da região;
- b) Participação em audiências concentradas, sendo uma delas realizada na Vara da Infância e da Adolescência com a presença da rede de serviços, equipe técnica da Vara, Ministério Público, Equipe Técnica da Defensoria Pública, conduzida pelo juiz responsável; e outra no Serviço de Acolhimento Institucional, onde a maioria das crianças institucionalizadas teriam seus casos discutidos com seus familiares, atores da rede

intersectorial, equipe técnica do Judiciário e equipe técnica do Serviço de Acolhimento Institucional- SAICA, que é um serviço que tem a função de acolher e garantir proteção integral à criança e adolescente em situação de risco pessoal e social;

c) Seguindo as orientações do Juiz responsável, foram feitas 14 solicitações via e-mail, de cada caso individual, para ter acesso aos casos discutidos em audiência, conforme acordado com o juiz;

d) Análise dos processos judiciais, que foram discutidos nas audiências em que a pesquisadora participou, sendo que, dos 14 processos, havia um total de 19 crianças, por haver grupo de irmãos. Conforme descrito acima, do quantitativo de 14 processos, não houve liberação de acesso a dois processos. Para o outro processo não foi concedido acesso em função do reordenamento institucional, não ficando mais sob a responsabilidade da Vara onde o estudo ocorreu. Em relação ao último caso, a participação da pesquisadora em audiências concentradas resultou em alguns elementos sobre esse caso. No total, foi concedido acesso a 11 processos, resultando na análise da situação de 17 crianças.

As audiências concentradas foram presididas pelo Juiz da Vara com participação de diferentes representantes de setores públicos envolvidos no sistema local de garantia de direitos para crianças e adolescentes, como o Ministério Público, Defensoria Pública, escola, assistência social e serviço de saúde mental conveniado com o município. Ressaltamos que, na segunda audiência concentrada, realizada no serviço de acolhimento institucional, além da discussão dos processos de algumas crianças, com a presença das instituições e responsáveis, o juiz visita todas as crianças, buscando conversar com elas e averiguar a situação do serviço. Esta prática não está instituída em todas as comarcas e, portanto, merece destaque.

Para o registro das audiências foi elaborado um diário de campo com apontamentos sobre a observação participante. Esse instrumento foi construído com a finalidade de subsidiar a identificação de outros determinantes que não fossem contemplados na análise dos processos. Essa metodologia colaborou para uma escuta sensível a dimensões ainda não conhecidas sobre o tema da suspensão da convivência familiar e comunitária de crianças e adolescentes, sob o marco legal da proteção integral.

O primeiro contato com os processos que seriam analisados com maior aprofundamento deu-se através de observação participante nas audiências concentradas da referida Vara. Após esses momentos houve a solicitação formal para acesso aos processos, e estes correspondem aos casos discutidos nas mesmas audiências concentradas.

Atualmente existem aproximadamente 120 crianças e adolescentes em regime de acolhimento institucional, sob a responsabilidade da Vara da Infância e da Juventude onde ocorreu o estudo.

Com base neste levantamento, foi criada uma matriz de leitura que considerou aspectos presentes nos processos, com destaque para os determinantes da aplicação da medida. Foi possível, também, analisar a atuação dos diferentes atores implicados nos processos (técnicos do judiciário, técnicos dos setores públicos), o que auxiliou na investigação dos determinantes do acolhimento institucional.

Para que as informações fossem registradas foram feitas três distintas planilhas. Na primeira foram descritos os dados sobre crianças e familiares com base nas informações contidas nos processos; na segunda foi elaborada uma descrição com as narrativas dos atores da rede e, na terceira, constam apontamentos da pesquisadora sobre a análise dos processos.

É fundamental destacar que existe uma diferença na análise dos processos e na observação participante das audiências concentradas. O conteúdo de cada análise é bastante distinto, em função da vivacidade que a observação traz, diferente da análise documental.

A pesquisa busca contribuir para a qualificação do sistema de garantia de direitos, trazendo considerações acerca da atuação das equipes técnicas do judiciário, equipes técnicas do SAICA e sobre a atuação das políticas públicas, em especial as políticas de assistência e saúde mental, em função de sua responsabilidade pública de garantir proteção de crianças e adolescentes e de seus familiares. Durante a análise dos autos, foram destacados pontos importantes da atuação em especial das equipes técnicas do SAICA e judiciário, sobretudo quando não se percebeu a possibilidade de dar voz às eventuais potencialidades dos membros das famílias.

Caracterização do campo:

A pesquisa foi desenvolvida em uma região específica da cidade de São Paulo, Brasil, no bairro Penha de França, localizado na região leste da cidade. Na região existem diversos serviços compondo o sistema de garantia de direitos para a infância e para adolescência. No campo da saúde existem 03 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS^{6f}), sendo 1 CAPS Infantojuvenil, 1 CAPS II e 1 CAPS Álcool e Outras Drogas; 13 UBS - Unidades Básicas de Saúde; 07 AMA's - Assistência Médica Ambulatorial; 02 NASF's - Núcleo de Apoio a Saúde da Família; 01 Ambulatório de Especialidades; 01 Centro Especializado Odontológico, 01 CECCO- Centro de Convivência e Cooperativa; 01 Centro de Referência para pessoas com HIV/AIDS; 01 Hospital Dia - Hora Certa; 01 CER- Centro Especializado em Reabilitação; 01 Núcleo Integrado em Reabilitação e 01 Hospital Geral, denominado Santo Antônio.

No campo da assistência social, pela proteção básica existem 02 CRAS^{7g} - Centro de Referência em Assistência Social; pela proteção especializada, 01 CREAS^{8h} - Centro Especializado em Assistência Social e 01 SPVV- Serviço de Proteção Social a Crianças e Adolescentes Vítimas de Violência. A região conta, ainda, com 02 Conselhos Tutelares e 11 SAICAS - Serviços de Acolhimento Institucional para Crianças e Adolescentes.

^{6f} Existem diferentes modalidades de CAPS: O CAPS I destina-se para cidades de até 15 mil habitantes, devendo ofertar atenção para pessoas com questões de saúde mental e para pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas; o CAPS II destina-se para cidades de até 70 mil habitantes, devendo ofertar atenção para pessoas com questões de saúde mental; o CAPS ad destina-se para cidades de até 70 mil habitantes, devendo ofertar atenção para pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas; o CAPS i destina-se para cidades de até 70 mil habitantes, devendo ofertar atenção para crianças e adolescentes com questões de saúde mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas; os CAPS AD III e CAPS III destinam-se a cidades acima de 150 mil habitantes e ofertam atenção respectivamente para pessoas com questões relativas a saúde mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas;

^{7g} Centro de Referência em Assistência Social- CRAS é uma unidade pública estatal descentralizada da política de assistência social sendo responsável pela organização e oferta dos serviços socioassistenciais da Proteção Social Básica do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) nas áreas de vulnerabilidade e risco social dos municípios

^{8h} Centro de Referência Especializado de Assistência Social-CREAS- É uma unidade pública estatal responsável pela oferta de orientação e apoio especializados e continuados a indivíduos e famílias com seus direitos violados

A Portaria 46/SMADS/2010, que regulamenta os serviços socioassistenciais na cidade de São Paulo define o Serviço de Acolhimento Institucional para Crianças e Adolescentes (SAICA) em modalidades orientadas pela Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais (Resolução 109/2009). Na sua operacionalização, aponta que a cidade de São Paulo têm 133 serviços, com 2.660 vagas, divididos basicamente em três modalidades: Acolhimento Institucional para Crianças e Adolescentes (122 serviços, 2.440 vagas), Serviço de Acolhimento Institucional para Crianças de 0 a 6 anos (5 serviços, 100 vagas) e Serviço de Acolhimento Institucional para Crianças e Adolescentes para Apoio à Central de Vagas da SMADS (6 serviços, 120 vagas). As duas primeiras modalidades são denominadas SAICA's regulares e a terceira é denominada de Apoio ou Iniciais.

Desses 133 serviços, cada um acolhe em média 20 crianças e adolescentes podendo chegar até 22 crianças nos períodos das frentes frias. No ano de 2016, entrou em vigor uma legislação que solicita ao município o reordenamento dos serviços, adequando e ampliando o número de casas, para que cada um tenha, no máximo, até 15 crianças e adolescentes.

Este estudo consiste em uma análise dos determinantes que levam à decisão da medida do acolhimento institucional. O estudo se debruça sobre a atuação dos serviços, assim como a ausência da atuação de determinados equipamentos que foram descritos acima. As decisões judiciais são tomadas com base em uma série de subsídios, como relatórios técnicos e audiências concentradas, com a participação de outras instituições que compõem o sistema de garantia de direitos e, conseqüentemente, da construção da decisão. Em função disso, o estudo buscou investigar se as crenças e valores registrados nos relatórios e decisões estão em consonância com o preconizado pelo ECA, ou se, apesar de todos os avanços no sistema de garantia de direitos, ainda se aplicam valores morais, como os presentes nos antigos códigos.

Por fim, o estudo também buscou analisar como acontece o processo de desinstitucionalização das crianças e adolescentes – entendido para fins desta pesquisa como a reinserção na vida comunitária ou familiar – ao investigar quais são as estratégias desenvolvidas para garantir o retorno ao convívio familiar e comunitário, bem como as demais estratégias de inclusão social.

5- RESULTADOS E DISCUSSÃO:

Frente a esta realidade qual é a tarefa da psiquiatria, do psicólogo, do criminólogo que atuam no âmbito institucional? Criar uma alternativa para a intervenção técnica deveria significar chegar a traduzir nossa ação na prestação de um serviço que sirva justamente enquanto tal, ao assistido e ao mesmo tempo a sua tomada de consciência(...)(BASAGLIA, p.38)⁵⁴

O Estado Brasileiro teve posicionamentos diversos em relação à criança e ao adolescente: um mais tutelar, disciplinar, sendo essa amparada na institucionalização como resposta; outra, radicalmente diversa, sendo orientada na proteção, pautada no entendimento de que crianças e adolescentes são sujeitos de direitos, baseada no cuidado em liberdade e no reconhecimento de sua autonomia.

Percebemos que a “proteção” se apresenta como um eixo principal no encaminhamento dos casos. São atribuídos, entretanto, sentidos distintos para esse termo, variando desde a garantia efetiva de proteção - que fica evidente quando as equipes conseguem realizar boas articulações com a rede de serviços e com as famílias, garantindo a imprescindível excepcionalidade da medida de acolhimento – até a busca de uma pretensa proteção, em casos mais complexos, que envolvem questões relativas à pobreza, ao uso de drogas pelos pais e a outras questões de saúde mental, em que percebemos que há uma diminuição de articulações, resultando em uma proteção mais tutelar e menos garantista.

Nesse estudo, os resultados foram organizados em duas categorias temáticas, sendo elas: ‘sistema garantista’ e ‘sistema tutelar’.

Detalhados mais adiante, os dois qualificativos diferenciam-se, basicamente, em razão de quatro, dentre outros, importantes conceitos: a autonomia dos envolvidos, direito estabelecido no ECA²² e na legislação da política de assistência social; garantia do direito à convivência familiar e comunitária, nos termos da correspondente política nacional de promoção e defesa; superior interesse da criança, princípio expressamente reconhecido no ECA²² (art. 100, par. único, IV); e matricialidade sócio-familiar, diretriz estabelecida pelo SUAS como orientadora da ação socioassistencial de fortalecimento de vínculos e dos projetos de vida das pessoas envolvidas.

No caso da tutela, essas balizas são relativizadas na ordem de importância, sendo afastadas em maior ou menor grau. Do ponto de vista social, tutela pode ser compreendida

como uma dimensão autoritária presente em relações interpessoais e institucionais, justificada a partir da proteção ofertada por pessoa, grupos ou instituições (tutores) em direção a membros de segmentos em condições de vulnerabilidade (tutelados) perante os primeiros. O elemento autonomia (no sentido da autocondução conforme as normas) é quebrado, sendo impresso pelos que tutelam a versão da heteronomia, isto é, a condução plena da vida da criança e do adolescente pelo outro, o adulto. Essa relação, porém, sustenta-se em princípios contraditórios que fundamentam ações de repressão e proteção. Em estudo sobre a tutela no contexto das ações de "pacificação" militar na cidade do Rio de Janeiro dos últimos anos, em certo comparativo com o contexto indígena impactado pelas teorias estatais civilizatórias, Oliveira (2014)⁶⁰ introduz o elemento "discriminação" como móvel e resultado dessas ações:

A ausência de um princípio classificatório único e claro não deve ser tomada como um problema para a materialização da discriminação, pois o modo de gestão sobre tal população é de natureza tutelar. Em decorrência disso, um ato discriminatório passa a resultar não de um fator único (fenótipos ou expressões culturais), mas da aplicação combinada e sobreposta de ambos, vindo a representar ao invés de uma diferença de qualidade, uma questão de grau, do estabelecimento de um contínuo que vai do menos ao mais passível de discriminação. Trata-se assim não de instaurar uma arquitetura lógico-formal (que pudesse ser cristalizada em uma doutrina justificadora ou em lei), mas de permitir que um agente tutelar realize escolhas e decisões que garantam a operacionalização da condição tutelar.(p.46)⁶⁰

Ao contrário, a proteção garantista é notada quanto mais esforços são conjugados no sentido de fortalecer esses pilares, que não se esgotam nos elementos que sustentam o sistema de garantia de direitos de crianças e adolescentes, mas também dos envolvidos adultos.

Cabe destacar que relataremos as situações das crianças, usando nomes fictícios para explicitar os processos, garantindo o sigilo de suas informações.

A) Quando o sistema é garantista:

Nos casos em que se percebe a conjunção de ações que visam garantir a efetiva proteção de crianças e adolescentes, destaca-se, em especial, as equipes técnicas do SAICA e da equipe técnica da Vara da Infância e da Adolescência, que têm função central na articulação com os pontos da rede de proteção para crianças, adolescentes e suas famílias. É a partir dessas equipes que ocorre o compartilhamento de informações acerca dos casos e o acionamento dos serviços para atuação conjunta. Quando os serviços atuam de forma

colaborativa, percebe-se que o desgaste da família é reduzido, na medida em que não se colocam exigências desnecessárias ou solicitações diversas como, por exemplo, que a família agende um horário em instituição cujo atendimento já informou ser desnecessário. Esse ponto, entre outros encaminhamentos, evita que a pessoa vá a um serviço em busca de atenção, sendo que não há necessidade desse recurso. Além destes aspectos, observamos outros fatores que serão destacados em um breve relato dos casos abaixo.

Dos 12 casos analisados - 11 deles por meio dos processos e da audiência concentrada e um caso apenas por meio da audiência concentrada -, encontramos dois em que a atuação foi avaliada de forma positiva, por verificar-se que o sistema conseguiu cumprir sua função de garantir proteção combinada com o respeito à autonomia dos sujeitos envolvidos, balizada pelo paradigma do “superior interesse da criança”. Um deles trata de um grupo de três irmãos refugiados e o outro trata de uma família imigrante, composta pela mãe e por uma criança que foi institucionalizada. Os registros dos processos indicaram a existência de um sistema que conseguiu se articular de forma mais efetiva, mesmo que um dos casos tenha exigido um tempo de institucionalização mais extenso. Neste caso, a articulação da rede demonstra um esforço institucional para garantir proteção às crianças.

Abaixo traremos relatos dos processos, onde também serão transcritos fragmentos de dois processos que dizem respeito a episódios de ausência temporária da figura materna. Em um dos casos, por motivo de doença da mãe, e no outro, a ausência da mãe deu-se por uma viagem, em que o filho ficou sob os cuidados de uma amiga que foi presa.

Situação 1: Georges, Ricardo e Bento

Idades: 7 anos, 3 anos e 1 ano

Motivo do Acolhimento Institucional: Abandono pelos pais ou responsáveis (motivo descrito no documento – Guia de Acolhimento)

Visitas dos familiares: SIM, com autorização judicial

Tempo de Acolhimento Institucional: 2 meses

Relato:

A família é originária de Luanda, Angola. Os integrantes que vivem no Brasil junto a mãe são seus três filhos: Georges, Ricardo e Bento, todos encontram-se no Brasil em situação de refúgio sem nenhum outro suporte familiar em São Paulo, para além destes citados.

No país de origem vivem outros 2 filhos com seus familiares, e ela estava gestante de seu 6º filho.

No ano de 2016, a mãe das crianças vivia com seus 3 filhos, estando gestante, em um centro de acolhida especial para imigrantes na cidade de São Paulo. É acompanhada pelos serviços de saúde em função de um problema cardíaco. Após vários exames ela precisou ser internada em hospital especializado. Em discussão com a equipe de referência, no Centro Especial de Acolhida para Imigrantes, avaliaram ser necessária uma medida protetiva de acolhimento institucional, para que a mãe pudesse realizar o procedimento cirúrgico e seus filhos ficassem em proteção. Assim, aplicou-se a medida protetiva.

A mãe das crianças ficou internada no hospital por aproximadamente um mês. A equipe do centro de referência, onde a família residia, esteve próxima das crianças durante o período de acolhimento. Quando a mãe saiu do hospital, passou a visitar com frequência os filhos. Nos relatórios, a equipe do SAICA descreve a relação de afetividade entre a mãe e as crianças, e que estas são calmas e educadas.

Existe uma coesão nos relatórios das equipes técnicas do SAICA e da equipe técnica do judiciário. Os serviços que acompanham a família auxiliam na articulação, para garantir a convivência da mãe com as crianças, mesmo no período de internação da mãe.

As equipes, em especial do SAICA e equipe técnica do judiciário, que subsidiaram a decisão judicial, realizaram um bom trabalho de articulação e escuta com os demais equipamentos envolvidos, no período que a mãe precisou se reorganizar. O acolhimento durou dois meses e, após isso, as três crianças retornaram ao convívio familiar.

Situação 2:

Nome: Maicon

Idade: 3 anos

Motivo do Acolhimento Institucional: Negligência (motivo descrito no documento – Guia de Acolhimento)

Visitas dos familiares: SIM, com autorização judicial

A mãe de Maicon teve uma viagem de urgência para as Filipinas, seu país de origem, em função da morte de sua mãe. Nos dias em que a mãe teve que se ausentar, o filho de 3 anos de idade ficou aos cuidados de uma amiga, que residia junto da mãe e da criança, que também é imigrante do país das Filipinas.

No período da viagem, a amiga foi detida pela polícia federal por acusação de tráfico de drogas. Durante a apreensão da amiga da mãe de Maicon, o conselho tutelar foi acionado e foi solicitado que conduzissem a criança para o acolhimento institucional.

A mãe da criança foi avisada do ocorrido e retornou ao Brasil o quanto antes. Logo após a sua chegada, a mãe comprovou que estava viajando, apresentando os bilhetes aéreos de embarque de ida e retorno, referente aos 10 dias que esteve fora do país. A mãe de Maicon chegou ao Brasil e constituiu advogado particular, que entrou com o pedido de desacolhimento imediato, em função de a mãe ter retornado ao Brasil. O pedido do advogado de defesa foi embasado pelo fato de a criança ser muito bem cuidada pela mãe, não havendo motivos para que permanecesse em medida de acolhimento institucional. O Ministério Público posicionou-se mantendo o acolhimento e solicitando um pedido de avaliação pelo setor técnico. Os relatórios do SAICA e os relatórios anexados ao Plano Individual de Atendimento - PIA demonstram o forte vínculo da mãe com a criança, relatando que nas visitas *“a mesma pede desculpa ao filho, e demonstra muita saudade”*.

Nas entrevistas, a mãe relata que já foi detida por tráfico de drogas, há alguns anos atrás, e, no benefício de indulto, a mesma conheceu o pai de Maicon e engravidou. O filho conviveu com ela no presídio durante 9 meses e ficou acolhido 4 meses em uma instituição acolhedora. Após isso, a mãe comprovou que tinha alugado imóvel e estava trabalhando e com isso conseguiu ter o filho consigo.

Foi verificado no sistema de Tráfego internacional que a mãe estava com a situação regular no Brasil. A mãe tem mais três filhos que residem nas Filipinas, que moravam

com a avó, mas, em função de sua morte, passaram a residir com a irmã. Durante o processo, a mãe relata que está juntando dinheiro para poder retornar ao país de origem.

O período de acolhimento foi longo, aproximadamente 5 meses. Nos registros do processo, foi possível verificar que o SAICA emitiu dois relatórios técnicos. No primeiro houve a solicitação de mais tempo para a avaliação e no segundo a equipe sugere o desacolhimento da criança.

A equipe técnica do Judiciário fez uma avaliação dois meses após o acolhimento, quando sugeriu o desacolhimento, e, após o envio desse relatório, essa indicação foi acatada pelo Ministério Público e Poder Judiciário.

Apesar do longo período de institucionalização, totalizando 5 meses, entendemos que não apenas o judiciário agiu de forma protetiva, mas os atores envolvidos no processo foram colaborativos para garantir a convivência familiar e comunitária.

B) Quando o sistema é tutelar:

Como já apontado anteriormente, a medida de acolhimento institucional, de acordo com a legislação vigente, deve ter preferencialmente uma duração máxima de três meses, tempo em que se compreende necessário para realizar as devidas entrevistas, análises, medidas de reinserção familiar e, caso isso não seja possível, que se localize uma família substituta.

O parâmetro do tempo da medida de acolhimento institucional foi assim compreendido por entender-se que essa deve ser uma medida excepcional e só deveriam ser afastadas as crianças e adolescentes que estivessem passando por uma situação extrema. No entanto, observa-se que em alguns casos não é isso que ocorre na prática. Identifica-se atuações distintas no sistema, sendo que este opera de forma tutelar em algumas situações. Neste estudo, um conjunto de comportamentos institucionais que delineiam um trajeto (quase) inescapável às famílias submetidas, nesse caso, ao sistema de justiça interventor, mas não agregador. A intervenção que não agrega pode desestruturar as famílias adjetivadas, previamente, como “desestruturadas”. A ação tutelar pode se iniciar com as intervenções pré-judiciais (em nível administrativo), produzindo as primeiras verdades desse jogo que se sustenta na proteção de um protegido sem voz, e findar num *continuum* judicializante,

que, por vezes, revigora-se pela entrada dos sujeitos envolvidos nas portas giratórias do sistema. As fases componentes são tutelares quanto mais pavimentam esse circuito judicial pouco percorridos por crianças e adolescentes e seus familiares emudecidos, quanto menos se amplia a possibilidade de atuação de tantas outras forças do sistema de garantia de direitos, papel fundamental das equipes do SAICA e Equipe Técnica do Judiciário, que devem articular junto as demais instituições para garantir o cuidado. Entende-se, por atuação tutelar, aquela em que se evidencia que não há ampliação da atuação do sistema de garantia de direitos, onde existe uma leitura das equipes, em especial do SAICA e Equipe Técnica do Judiciário, de que não há possibilidades para algumas famílias, resultando em uma ausência de articulação de rede ou pouca articulação.

Localizamos esse efeito especialmente nos processos analisados onde as crianças e seus familiares estavam inseridos em contextos de vida que, segundo os autos, envolviam situações de pobreza, familiares com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas e situações onde os pais apresentassem questões relativas a saúde mental.

Cabe destacar que entendemos que essas situações, na maioria das vezes, apresentam-se como casos de grande complexidade e exigem maior grau de articulação. Porém, o que se verifica em alguns casos é que essa articulação mais complexa não foi construída, não houve encaminhamento implicado, transparecendo que, justo nos casos que demandam um maior grau de esforço, há maior desarticulação.

Fica evidente, em casos onde os pais fazem um uso de drogas, por exemplo, que as equipes técnicas do SAICA e da Vara da Infância e da Juventude fazem encaminhamentos mais burocratizados, apontando a necessidade dos familiares dirigirem-se a determinados serviços, porém sem o devido encaminhamento implicado preconizado pelo Ministério da Saúde:

Aquele que encaminha se inclua no encaminhamento, se responsabilize pelo estabelecimento de um endereço para a demanda, acompanhe o caso até seu novo destino. Muitas vezes, o serviço que encaminha tem de fazer um trabalho com o serviço para o qual o caso é encaminhado, que consiste em discutir as próprias condições de atendimento do caso com reuniões prévias para a discussão do caso. (p, 8)⁵⁵

Segundo Delfini⁵⁶ para que o encaminhamento seja efetivo é necessário que os serviços se organizem para que ocorra o devido contato prévio entre as equipes.

Para garantir o devido cuidado é necessário que as equipes possam se reunir, compartilhar informações, impressões, organizando o PTS - Projeto Terapêutico Singular e o PIA - Plano Individual de Atendimento, de forma a buscar a proteção de crianças e adolescentes na medida em que se busca a garantia da convivência familiar e comunitária. Comprendemos que essa contratualização possa ser o eixo da reabilitação, “reabilitar pode ser então entendido como um processo de restituição do poder contratual do usuário, com vistas a ampliar a sua autonomia.” (p.56)⁶¹

O ECA preconiza que a perda ou suspensão do poder familiar poderá ser aplicado quando se identificar que existe o melhor interesse da criança ou adolescente. Porém, a análise dos processos revela uma conotação moralizante na condução de alguns casos, em distintos momentos do andamento dos processos, conforme os trechos e relatos abaixo transcritos:

Situação 1: Sabrina

Idades: 1 ano e 10 meses

Motivo do Acolhimento Institucional: Não há Guia de Acolhimento nas 371 páginas deste processo. Em alguns momentos a equipe refere que o acolhimento ocorreu em função de a mãe e o pai serem usuários de drogas.

Visitas familiares: NÃO - visitas suspensas por determinação judicial

Tempo de Acolhimento - 1 ano e 10 meses

A equipe da maternidade onde Sabrina nasceu envia um encaminhamento para a Vara da Infância e da Juventude, onde está registrado que a mãe é usuária de drogas. A mãe tem outros 3 filhos, sendo que 2 deles vivem com o avô paterno do primeiro relacionamento, e outra filha com a avó paterna do segundo casamento. A mãe informa no hospital que fez uso de substâncias 48hs antes do parto.

No andamento das entrevistas a equipe da maternidade relata que “a mãe pareceu calma, orientada e cuidadosa com o bebê”, e que “falava do seu desejo de levar a sua filha para

casa”. A sogra informa à equipe do hospital de sua disponibilidade em ceder a casa dos fundos para que o filho e a nora pudessem cuidar da filha recém-nascida.

Porém, mesmo que a família aponte possibilidades de suporte para a mãe de Sabrina, o caso foi encaminhado ao Judiciário, que ajuizou a ação de acolhimento institucional. O juiz solicita ao setor técnico do judiciário que seja verificada a existência de casais interessados em adotar a criança, mesmo que ainda não aparecesse no processo, nem mesmo no PIA, a movimentação de uma ação de destituição de poder familiar. Na análise deste caso há menção de outro processo, mas não fica claro o seu teor.

O relatório do setor técnico relata que, em Julho, a pretendente para adoção começa as visitas para dar o início ao estágio de convivência que precede a adoção formal, que findaria o acolhimento de Sabrina.

Causa estranheza na leitura do processo a agilidade da aproximação com uma família substituta, já que não há registro de articulação com a rede e outros familiares. Destacamos os seguintes fragmentos relativos à família pretendente à adoção: *"A pretendente para a adoção informa que já comprou coisas para o quarto do bebê"*. A equipe técnica se pronuncia favoravelmente à aproximação entre a pretendente à adoção e a criança, além de sugerir alguns encaminhamentos: *"1) termo de guarda por 12 meses para a pretendente; 2) emissão de guia de desacolhimento; 3) estudo social através de Visita Domiciliar; 4) Estudo psicológico; 5) que se forneça a pretendente certidão de inteiro teor; 6) que se apense cópia de habilitação da pretendente"*.

Logo após os apontamentos da Equipe Técnica do Judiciário, foi anexado ao processo outro ofício do Juiz com a seguinte informação: *"suspenda-se, de imediato, o processo de aproximação da criança com a pretendente"*. Após esse fato, foram anexados ao processo o primeiro PIA e relatório circunstanciado, realizados pela equipe do SAICA. Nesse instrumento consta a proibição de visita dos familiares da criança desde Junho, *"e que desde essa data os pais não visitam mais a criança"*. Além disso, informam que há Ação de Destituição de Poder Familiar em andamento. Também foi informado pela equipe técnica do SAICA que houve a interposição de um recurso judicial (agravo de instrumento) em Julho e que a pretendente a ser família substituta havia começado a visitar em julho, sendo que 13 dias depois as visitas foram suspensas, em função do agravo no processo.

Em um dos relatórios, a equipe técnica do Judiciário relata que “*A mãe “exerce atividade externa ao lar”*”, sem informação sobre endereço de trabalho, porém informam tratar-se de um restaurante. Entende-se esta informação como de suma importância, por comprovar que a mãe tem feito movimentos para garantir o bem-estar material da família.

Em outro fragmento, a mãe de Sabrina informa que está “*livre das drogas*”, ao passo que a equipe técnica responde no relatório que “*comumente quem faz uso de drogas não percebe que precisa de tratamento*”. Esse comentário não contribui para a construção conjunta de ações, que deve ter direcionamento ético e não moral, de aposta nos sujeitos, de investimento em ações articuladas em rede. Se a equipe entender que a mãe precisa de cuidados, é importante que isto seja ofertado de forma cuidadosa, a partir do que é por ela apontado nas entrevistas.

No mesmo relatório, há fragmentos que merecem destaque nessa análise: “*O uso de substâncias psicoativas pelas mulheres tem um efeito devastador na família, principalmente nos filhos*” (grifos nossos). Este comentário aponta que a equipe parte do pressuposto de que o fato da mãe ter necessidades decorrentes do uso de drogas produz um efeito nefasto, porém, com essa constatação, não conseguem, enquanto uma equipe que atua no sistema de garantia de direitos, pensar em um plano de cuidados que dialogue com as necessidades da mãe. A equipe interpreta que o uso de substâncias psicoativas por uma mulher é o maior problema, sem considerar o pai de Sabrina. Abaixo destaca-se um trecho que contribui para uma culpabilização da mãe e constrói um ideal sobre “o papel da mulher”: “*As mulheres, em geral, e não os homens, têm responsabilidade primária sobre o cuidado com os filhos e os parentes idosos. Assim, embora a dependência química de um dos seus membros tenha efeitos devastadores sobre toda a família, quando este membro é uma mulher, estes efeitos são ainda maiores*”. *Aconselhamento em Dependência Química, organização de Figlie, N.B. Bordin, S. e Laranjeira, R., 2º edição, p.399*” (grifos nossos).

Em outros relatórios presentes nos autos, aponta-se que, em Junho, a mãe de Sabrina ficou gestante novamente. Disse que, no período em que a filha esteve acolhida, teve “*três recaídas*” e que deseja fazer laqueadura. A equipe relata que “*quando a avó materna soube que a neta estava em acolhimento, ficou chocada*” e disse que iria busca-la. Ela reside no Paraná. Após o nascimento da outra filha, a Defensoria Pública, durante a

audiência, informa que *“tem visitado e acompanhado a família que mora em uma casa organizada, que estão trabalhando, que cuidam da filha de 7 meses”*.

Nos relatórios da equipe técnica, não há relatos sobre a relação dos pais com a filha, apenas que estes a visitam. Na entrevista *“psicológica”* relata-se que a mãe ficou abalada com a suspensão das visitas e que deixou de ir ao CAPS desde então. Não há relatórios do CAPS no processo. A genitora informa que ainda não sabe o motivo do acolhimento institucional da filha, mas fala que essa medida pode ter sido acarretada pelo fato dela ter relatado o uso de crack 48 horas antes do parto. No último relatório aponta-se que os pais demonstram afeto pela filha, *“mas que o fato da mãe ter usado drogas, colocou a filha em risco”*, e concluem: *“Diante do exposto, entendemos que, no momento, em virtude do uso de substâncias psicoativas e das vulnerabilidades apresentadas, os genitores não reúnem condições de se responsabilizarem pela filha, e não vislumbramos uma reorganização destes em curto/médio prazo”*.

Zaffaroni (p.177)⁵⁷ alerta, em sua discussão sobre as “práticas psi”, que não faltam aqueles que queiram reconstruir o “criminoso nato” com base nas “neurociências”, extraindo consequências apressadas de novos conhecimentos médicos e biológicos, como já ocorreu em outros momentos da história - como no evolucionismo -, com as localizações cerebrais.

A articulação que as equipes do SAICA e equipe técnica do judiciário realizaram, foi um encaminhamento para o CAPS ad, porém não há registro da atuação dessa instituição no caso. Também não ficaram visíveis, até o desfecho dos fatos narrados no processo, o engajamento das demais instituições, fundamentais para a garantia de direitos, o que denota, em si, que a centralização do cuidado na ação judiciária pode acarretar falhas no processo de oferta de cuidados. Não visualizamos no PIA, ações de reinserção social da criança junto à família, para além do registro de um encaminhamento burocratizado ao CAPS ad, e uma indicação para que a mãe tivesse um trabalho formal.

Situação 2: Tharso

Idade: 5 anos

Motivo do Acolhimento Institucional: Guia de acolhimento: Negligência

Visitas: NÃO - visitas suspensas por determinação judicial

Tempo de acolhimento institucional: 2 anos e 3 meses

O caso de Tharso foi encaminhado pelo Hospital que realizava seu acompanhamento de saúde. Nesse hospital, Tharso foi acompanhado desde o nascimento por ter diversos problemas de saúde *“como Hidrocefália, Tuberculose, Déficit de crescimento, de linguagem e de desenvolvimento, assim como uso de uma sonda Nasoenteral”*.

Quando recém-nascido, sua mãe o acompanhou em diversas internações e foi orientada sobre os cuidados necessários. A família foi incluída no grupo de Visitas Domiciliares do Hospital e recebeu diversas orientações. Em 2013, a mãe de Tharso foi internada e faleceu em função de complicações decorrentes da tuberculose. A criança ficou sob a guarda da avó e seguiu com o acompanhamento pela equipe do Hospital. Segundo o relatório da equipe técnica do serviço, elaborado a partir de uma visita domiciliar, em função do falecimento da filha, a situação dos cuidados da criança se agravou *“em função da higiene”*.

A família reside em um terreno onde há algumas casas, todas com moradores da mesma família. Em uma primeira visita a equipe relata que *“a casa da bisavó está limpa e organizada”*, *“mas a da avó que cuida de Tharso não”*.

Relatam que *“existem outras pessoas que precisam de cuidado na casa, o bisavô que teve AVC e faz uso de fraldas, e um filho que tem uma deficiência mental e faz uso de fraldas”*. Os familiares, quando questionados sobre o grau de dificuldade em cuidar de pessoas que demandam muita atenção, *“afirmam que o lugar de Tharso é junto da família de origem”*(grifos nossos):

Relatório da equipe do hospital: *“Pelo exposto, concluímos que devido à falta de organização e **estrutura familiares**, bem como **renda per capita**, a avó não reúne condições de **sozinha**, zelar por todas as pessoas que atualmente necessitam de seus cuidados e/ou assistência, cite-se: a filha universitária, o filho deficiente, a mãe idosa e a neta pequena. Avalia-se que todas estas demandas acabam sendo impeditivas para que a avó consiga atender a contento as necessidades especiais exigidas por Tharso, havendo*

o risco de involução no quadro de saúde do infante, podendo haver comprometimento tanto em sua saúde, quanto na qualidade de vida da criança."(grifos nossos).

No primeiro relatório do SAICA *"Tharso está bem adaptado à instituição de acolhimento, não existindo condições que favoreçam o seu retorno ao convívio familiar nesse momento."* A avó visita o neto regularmente, não falta às visitas, mas falam que ela *"demonstra uma alegria exacerbada"* (grifos nossos), referindo-se ao fato de que a avó realiza brincadeiras que ela sempre fez com o neto, porém a equipe entende que isso não é bom para o serviço de acolhimento.

Nas entrevistas realizadas pela equipe do SAICA com a avó, durante as visitas ao neto no serviço de acolhimento institucional, esta relata que uma igreja iria auxiliar a reformar a sua casa. A equipe que a entrevista insere o seguinte comentário no relatório: *"A avó acha perfeito que igrejas da qual ela não participa a ajudem"*. Com essa colocação, pode-se observar que a equipe do serviço de acolhimento demonstra um incomodo com as formas que a avó busca melhorar o lugar onde reside.

No relatório a equipe faz outras colocações: *"a avó demonstra total dependência da mãe"*, referindo-se ao fato de que a bisavó de Tharso muitas vezes cozinha as refeições para os que moram no mesmo terreno. As equipes técnicas do SAICA e do Judiciário realizaram duas visitas domiciliares. Após as visitas, as equipes participaram da audiência e relataram suas impressões. O juiz, então, entendeu que se deveria suspender as visitas da avó e indeferir o pedido de Guarda da mesma, depois de escutar os relatos das equipes.

No dia seguinte, a defensoria pública entrou com um pedido de suspensão da decisão, que passa para um grau superior e o pedido da defensoria pública é acatado, entendendo que era muito precoce e, naquele momento, prejudicial para a criança o afastamento da avó, já que a criança já havia perdido a mãe. O juiz da vara acata a decisão e volta a liberar as visitas.

Os relatos sobre a reação da criança quando encontra a avó indicam que Tharso fica muito feliz ao encontrá-la.

Novas visitas domiciliares foram realizadas na residência da avó e as equipes seguem apontando que a casa está muito suja. Olham restos de comidas nas panelas e relatam *"a*

comida certamente era de ontem e serviram ao filho", referindo-se ao filho adolescente da avó de Tharso.

Em maio de 2016, as visitas são novamente suspensas por compreenderem que não houve melhora na casa, que a casa não tem condições de receber Tharso. A equipe do SAICA escreve no relatório *"Ao que se percebe, é que de fato as obras ocorreram, mudaram a escada, houve ampliação de quarto, a avó abriu o salão de beleza que havia dito, porém as condições de higiene seguem sem melhoras"*. Logo, pela análise das equipes, isso prejudicaria a criança, especialmente por sua situação de saúde.

O setor da psicologia do hospital onde a criança faz o acompanhamento aponta em seu relatório que *"a avó se defende"*, sem explicitar por quais razões e relatam que as faltas da avó no hospital *"não convencem"*, parecendo ser mais uma análise moral, do que ética. É visível a falta de articulação desses atores com outras políticas sociais, como habitação e serviço social.

Em outro relatório, a equipe do SAICA relata que a avó *"vem demonstrando que não faz nenhum movimento para mudar de vida, que não toma nenhum encaminhamento para suprir as necessidades e sair da situação de dependência"*, o que demonstra uma certa contradição ao que foi apresentado anteriormente, já que a avó estava recebendo auxílio dos vizinhos, abriu um salão e modificou a situação das escadas na casa. Quando falam do cuidado da avó com a outra neta, afirmam que: *"é uma criança muito bem cuidada, mas que o filho, que tem uma deficiência, não é bem cuidado."*

A criança está há mais de dois anos institucionalizada e houve apenas uma participação pontual do CREAS na audiência. Não encontramos documentos das visitas que o CREAS realizou e nem do acompanhamento mais sistemático.

Situação 3: Luiza e Helena

Idades: 4 anos e 5 anos

Motivo do Acolhimento Institucional: Guia de acolhimento: Negligência

Visitas: NÃO - visitas suspensas por determinação judicial

Tempo de acolhimento institucional: 1 ano e 11 meses e 1 ano e 10 meses

Houve uma denúncia de maus tratos dos vizinhos da família. O Conselho Tutelar vai até o local, leva Helena, e a mãe é presa. A outra criança, Luiza, foi residir com o pai nesse momento, sendo acolhida dois meses depois. A mãe começa a visitar as filhas após o acolhimento da segunda filha.

Nas entrevistas, a mãe das crianças relata que já tentou suicídio na adolescência e que, por conta dos maus-tratos do padrasto, colocou chumbinho⁹ⁱ em sua comida, indo cumprir medida sócioeducativa. Informa que, durante a gestação, voltou a vender drogas na “Cracolândia”^{10j}. Relata que já foi ao CAPS ad e que também já ficou internada em uma clínica por seis meses.

Os vizinhos informaram, na denúncia, que a mãe deixou duas filhas sozinhas em casa. Porém, a mãe informa que a avó das crianças morava no mesmo terreno, não havendo riscos para as crianças, e que também deixou um amigo responsável pelas crianças enquanto não retornava.

Na entrevista com o SAICA, a mãe relata que duas vezes ao mês buscava sair para se divertir, mas que sempre deixava alguém com as filhas. Nas entrevistas, fala que quer as filhas com ela e que caso isso não seja possível indicou a irmã para cuidar das filhas. Na busca pelo histórico da família, foram encontradas denúncias passadas no Conselho Tutelar da região e um registro de que, depois do acompanhamento da família por um tempo, “*a casa estava mais arrumada*”.

No primeiro relatório, emitido em Junho de 2015, a equipe técnica do SAICA pede mais tempo para avaliar o caso. Relataram que a família visitava as crianças com poucas faltas.

⁹ⁱChumbinho é um produto clandestino, irregularmente utilizado como raticida

^{10j}A “cracolândia” fica localizada na região do Bairro da Luz, no centro de São Paulo, conhecida pela venda e consumo de diversas drogas, em especial o crack, a céu aberto

Em meados de julho de 2015 as visitas foram suspensas e houve a abertura da Ação de Destituição de Poder Familiar- ADPF, citado no PIA, mas não encontramos no processo.

No relatório enviado em anexo ao PIA, de Julho de 2015, a equipe do SAICA sugere que o melhor encaminhamento é uma família substituta para as crianças, pois *“não percebemos uma mudança de atitude na mãe”*. No mesmo relatório a equipe técnica relata que a mãe deixava bilhetes próximos aos brinquedos das filhas, comunicando ao juiz que as queria de volta, que as amava.

O pai de Luiza se dirigiu ao cartório da Vara da Infância e da Adolescência para deixar o novo endereço de seu apartamento. Durante o tempo da suspensão da visita, o pai ia ao serviço de acolhimento onde sua filha Luiza e a irmã Helena moravam, sempre pedindo para ver as duas. Ocorreram visitas na casa do pai, que demonstrava interesse em ficar com a filha. Futuramente, outras informações surgiram, em relação a conduta do pai, apontando que o mesmo realizava venda de drogas. Após essas informações, a equipe entendeu que não seria um bom lugar para Luiza residir.

Houve uma entrevista com o pai de Helena, a pedido da mãe da criança. Porém o mesmo acredita que o melhor para a filha é uma família substituta, em função de não ter condições de cria-la e por entender que a mãe também não reúna condições necessárias. A equipe técnica do judiciário, em seu relatório, diz que *“a mãe das crianças, ao que parece, deixa-se levar pela dependência química em detrimento das filhas”*. Essa constatação fez com que as equipes não conseguissem articular um plano de cuidados em conjunto com essa mãe, mas que entendessem que a permanência das crianças com a mãe não seria boa para as filhas.

A partir da análise desses processos, percebe-se que temos a instalação de um discurso no âmbito judicial aliado aos discursos das práticas “psi”, (pre)ocupados em responder uma demanda de ordem e segurança da população, o que tem feito com que as discussões acerca da periculosidade e irrecuperabilidade retornem⁵⁸.

Percebe-se que há uma articulação frágil com a assistência e a saúde, com exceção dos cuidados de Helena, que teve essa articulação garantida em razão de crises convulsivas. Porém, no que tange ao fortalecimento dos pais, nota-se a ausência de encaminhamentos que mais efetivos, que viabilizassem a atuação conjunta com o CAPS ad da região para a

construção de um PIA e PTS articulado com os demais atores institucionais que acompanham a situação da família.

Os relatórios do ano de 2016 seguem afirmando que a família não tem condições e pontuam que *“não acreditamos que a família se reorganize”*, por isso permanecem indicando a família substituta como a melhor possibilidade para as crianças.

O Ministério Público pede para que o serviço social avalie se existem famílias substitutas disponíveis para adotar as crianças, inclusive com o perfil adequado em função dos problemas de saúde de uma delas. Existe uma apelação do pai de Helena, com advogado. A ação de destituição de poder familiar está em curso e os genitores recorreram.

Situação 4: Mariza

Idades: 1 ano

Motivo do Acolhimento Institucional: Guia de Acolhimento- Negligência

Visitas: NÃO

Tempo de acolhimento institucional: 1 ano e 6 meses

A situação de Mariza foi encaminhada para a Vara da Infância e da Juventude da Penha através de um relatório feito pela maternidade em que ela nasceu. No relatório, informa-se que os pais são usuários de drogas e que os avós paternos da criança recém-nascida foram contatados e confirmam que os pais de Mariza estavam em situação de rua.

Os pais têm outros filhos, sendo que um deles reside com a avó materna em Recife e outro reside com os avós paternos. Os pais falam que querem assumir a filha, mas apontam que no momento estão sem condições. A equipe técnica do hospital realiza encaminhamentos para os serviços CRAS, CREAS e CAPSad, porém na análise do processo, em nenhum momento esses serviços aparecem acompanhando a família. O caso se caracteriza por ser extremamente complexo, em função das necessidades decorrentes do uso de drogas dos pais e por estarem em situação de rua. Em nossa análise, entendemos que justamente pelo grau de dificuldade que os pais estão vivenciando, a articulação com a rede deveria ser

feita de uma forma mais efetiva. Os pais não foram visitar a filha no acolhimento, porém os avós paternos foram assíduos nas visitas semanais, até o momento que se instaurou a ação de ADPF. A avó gostaria de ficar com a neta por discordar que ela fique com alguém que não seja da família, porém, o avô diz que eles não têm condições.

Não foi identificado o acompanhamento de serviços da política de assistência social para os pais ou para os avós. Em alguns meses, sem suporte de rede, os avós acabam concordando que a criança fosse encaminhada para uma família substituta e informam ao fórum sobre essa decisão. A equipe técnica do Judiciário apontou a importância dos avós acionarem a assistência social. Os avós falam “*que o CRAS e o CREAS da região são inoperantes*”. Os relatórios do SAICA e da equipe técnica da Vara da Infância e da Juventude, apontam “*que considerando o melhor interesse da criança, o melhor encaminhamento é a colocação em família substituta*”.

No PIA, mesmo com ação de ADPF, não houve o registro da proibição das visitas, prática observada nos demais casos. A criança foi transferida para outro abrigo. A mãe de Mariza teve outro filho um ano depois, que, da mesma forma, foi encaminhado para um serviço de acolhimento. A UBS mais próxima, logo após o nascimento da criança, diz que se compromete a fazer o acompanhamento sistemático da família e do bebê. Porém, na entrevista, os avós compareceram e os pais não. Os avós informam que os pais foram para Pernambuco, residir com a família da mãe das crianças, em função de ameaça de morte.

Destaca-se nesse caso bastante complexo a ausência de qualquer plano de articulação para o cuidado dos familiares junto a equipamentos como Consultório na Rua, CAPS e equipes da assistência.

Situação 5: Roberta, Paloma e Emanuel

Idades: 5 anos, 1 ano e 3 anos

Motivo do Acolhimento Institucional: Guia de Acolhimento: Situação de Rua

Visitas: Sim

Tempo de acolhimento institucional: 1 ano e 4 meses, 1 ano e 4 meses e 1 ano e 3 meses

O encaminhamento da situação de Roberta, Paloma e Emanuel para a Vara da Infância e da Juventude foi feito pelo conselho tutelar que informou que *“as crianças foram encontradas em situação de mendicância junto da mãe e irmãos, no metro da Penha/SP”*. O conselho informou que as crianças ficavam com a mãe pedindo dinheiro inclusive em dias de chuva. A mãe quando questionada, em relação a essas informações, respondeu que precisou pedir ajuda na rua naquele dia em função de uma conta em que ela não tinha dinheiro para pagar.

As crianças foram encaminhadas para o Serviço de Acolhimento e a equipe relata que as crianças tinham questões de saúde como pediculose, feridas na cabeça e problemas odontológicos.

Quando a mãe foi entrevistada, relata que sua família é do Rio de Janeiro, e que foi abandonada em São Paulo quando tinha 7 anos, sendo criada em um abrigo. Relata que seu antigo companheiro está preso. E que está tendo dificuldade com os filhos mais velhos, pois os mesmos não querem estudar. Foi questionada se faz uso de drogas, informa que usa cigarro, e as técnicas *“orientam dos malefícios do vício”*, orientaram que ela poderia ir no CAPS ad, porém a mesma disse que não havia necessidade em função de que não fazia uso de substâncias. A mãe das crianças relata que uma de suas filhas teve leucemia quando pequena, mas que ela rapidamente tomou todas as providências, realizando um transplante de medula, com a doação de outro filho.

Em relação as visitas, a equipe do SAICA relata que *“a mãe é assídua, preocupada, lamenta estar perdendo a melhor fase dos filhos”*. E diz que não entende o porquê seus filhos encontram-se institucionalizados, que ela não *“bate neles”*. Nos relatórios emitidos pelo SAICA, informam que *“as crianças choram muito de saudade, mais ainda quando a mãe vai embora das visitas”*. O relatório do SAICA fala do comprometimento e esforço dessa mãe, relatando que a mesma ia nas consultas médicas de seus filhos conjuntamente da equipe técnica, que buscou benefícios junto ao CRAS de sua região para melhorar a renda, comprovou que esta faxinando um galpão de festas, afirmando o desejo de ter seus filhos consigo.

Foram realizadas visitas domiciliares, e as técnicas do SAICA relatam que *“o bairro não tem infra-estrutura, porém que a casa é limpa e organizada, tendo uma cozinha, quarto*

e banheiro”. A mãe das crianças relata que trabalha como doméstica e fez um cadastro no CRAS. Encaminhou a matrícula dos filhos que não estavam matriculados. Durante a visita as técnicas falam “*que os filhos devem dormir em camas, e não nos colchões no chão*”. Destacamos, na fala contida nesse processo, uma certa constatação que as equipes técnicas realizam, pelas mãos dos especialistas, uma “*afirmação e legitimação do discurso da pobreza que a família era considerada incapaz para o cuidado de suas crianças*”. (p.63)⁸.

Nas avaliações seguintes a equipe técnica do SAICA aponta que a mãe das crianças não tem condições de criar estes filhos e está em uma nova gestação que apresenta riscos, por esse motivo, não está conseguindo trabalhar. A equipe técnica do Judiciário entende que a mãe não tem condições de ter os filhos novamente, e abordam da mesma forma o fato dela estar gestante.

Percebemos que o CREAS quase não aparece atuando no caso, que a habitação em momento algum foi acionada, sendo que no processo encontramos fotos da região de moradia, que revelam problemas sérios de rede de esgoto. Encaminhamentos como esses, seriam centrais no PIA, em função da situação de vulnerabilidade social que a família se encontra.

Situação 6: Eduardo

Idade: 1 ano

Motivo do Acolhimento Institucional: Guia de Acolhimento- carência de recursos materiais da família ou responsáveis

Visitas: NÃO

Tempo de acolhimento institucional: 1 ano

O caso de Eduardo e seus 4 irmãos chegam a Vara da Infância e da Juventude, com o argumento de que havia falta de recursos materiais. Nesse processo em questão, destacam a situação de Eduardo, em função de ele estar em um serviço de acolhimento institucional

sob a responsabilidade da vara onde realizamos está pesquisa. Os demais irmãos foram acolhidos em outros serviços de acolhimento, em outras regiões da cidade.

Após o acolhimento das 5 crianças, a Defensoria Pública solicitou que as crianças fiquem na mesma instituição para facilitar as visitas da mãe, porém o Ministério Público responde que não foi possível a transferência por falta de vagas.

A equipe do SAICA relata que Eduardo “*chegou em boa higiene e com marcas de vacina*”. A equipe pergunta para a mãe qual foi o motivo do acolhimento de seus filhos e a mãe responde que foi por conta de denúncias antigas, em função de que reside na beira de um Rio, em área de risco, mas informa que o rio já foi canalizado. Ela fala do estranhamento, quando soube que afirmaram que ela e companheiro usam drogas e ambos têm hepatite C, fato que ela desconhece, afirmando fala que faz uso de álcool esporadicamente.

No relatório, apontam que foi “*amasiada*” aos 15 anos e que dessa união teve o primeiro filho. Fala de sua renda, como diarista, pelo Bolsa Família e Renda Cidadã. Visita o filho 1 vez na semana, assiduamente, chora muito e fica triste com o filho no colo.

A família do pai das outras crianças dirigiu-se ao fórum espontaneamente para saber o que houve para as crianças terem sido acolhidas. Falaram bem da mãe, e relataram que o pai das crianças estava preso por furto. Todos dizem que ela é uma mãe afetiva. A equipe técnica do SAICA realizou visita domiciliar e descrevem no relatório que “*a casa em que vivem tem um cômodo, sem ventilação e sem água encanada*”. Na audiência a mãe fala que usam a casa da vizinha para as necessidades e para higiene pessoal, que os outros moradores da comunidade auxiliam. Na audiência dizem que a genitora não possui “*asseio consigo*”. Cabe ressaltar que o CREAS da região participou das audiências, constando sua presença no termo de audiência, mas não existe nenhum relatório ou registro de acompanhamento dessa instituição a essa família.

A equipe técnica da referida Vara da Infância, também realizou visita domiciliar e apontam que não perceberam melhora na casa, mas repararam que onde havia um córrego, já realizaram a devida canalização. Informam que “*na casa tinham materiais de construção, para ela ajeitar o barraco*”.

É visível nos relatórios que abordam a situação das outras crianças que também se encontram acolhidas, o carinho da mãe pelos filhos, o quanto ela está abatida pela ausência dos filhos, e os esforços que ela tem feito para ir até as visitas em diferentes instituições para ver os filhos. Em um dos serviços de acolhimento onde dois dos seus filhos estão, ela foi com os filhos no teatro, em uma atividade da instituição. A equipe do SAICA aponta a necessidade dela ir ao CAPS AD, e mais uma vez ela afirma que não entende o motivo desse encaminhamento, afirmando que não faz uso de substâncias, a equipe diz novamente que mesmo assim ela deve ir. Esse fato, nos leva a pensar no desgaste que frente essa cena de extrema vulnerabilidade social, a mãe tem que visitar os filhos em diferentes instituições, buscar renda, melhorar a casa, e segundo as orientações técnicas, buscar um serviço que a mãe diz não precisar.

No campo do trabalho a equipe aponta que ela *“tem feito ”bicos em uma feira e como manicure”*. Logo eles emitem o parecer de que *“a mãe ainda não possui condições para desacolher o filho, a casa é muito ruim, ela vai ampliar em um cômodo”*. Foi constatado pelas equipes que a mãe fez melhorias na casa, colocou piso na casa e chuveiro, *“puxando água de uma vizinha”*. Fazem observações quanto ao comportamento da mãe, dizendo que *“ela tem postura arredia, relatos reticentes e pouco amadurecimento emocional”*. Outro recorte do relatório da equipe técnica do Judiciário, aponta termos que se aplicavam nos antigos códigos como os *infantes* e os *menores* ***“os infantes não podem ser prejudicados pela falta de empenho da genitora, permanecendo por longos anos em instituição acolhedora”*** (grifos nossos). Procuramos dar visibilidade a esse discurso da equipe técnica que constata que os movimentos que a mãe tem feito não são suficientes, aqui percebemos *“a constituição de mais um discurso competente de culpabilização e incompetência da família pobre bem como manipulador da realidade social”*(p.65)⁸.

Após essa constatação houve a suspensão de visitas e a sugestão de *“colocação em família substituta”*. O Ministério Público ingressou com a ADPF, considerando o parecer da equipe técnica da Vara da Infância e da Adolescência e não do SAICA. Em mais uma visita aos filhos, a equipe técnica conversa com a mãe e ela fala do quanto esta abatida, por não poder levar os filhos, que estava "sem chão" depois do que lhe disseram na audiência (os relatos das audiências não são detalhados). Ainda nessa visita perguntaram se ela tinha feito mais algo na casa, ela disse que sim o encanamento e mais um pedaço

do piso. Na despedida as crianças choram muito, e a equipe do SAICA informa que “*as crianças estão em lista de espera para atendimento psicológico*”.

Após essa visita, em que a mãe se encontrava muito abatida, houve uma visita domiciliar onde não a encontraram, ela ficou sem visitar os filhos. Após isso, houve a suspensão das visitas e andamento da ADPF, definem em audiência, que não ocorrerá audiência concentrada sobre esse caso em função da ADPF.

A equipe técnica em seu relatório afirma que “*a mãe não consegue perceber que sua conduta envolvendo mentiras, falta de aderência as orientações recebidas e principalmente falta de cuidados a prole, não exercendo seu papel de forma adequada, contribuíram de forma efetiva para o acolhimento dos filhos*” (grifos nossos). Com esse recorte percebemos o quanto existe uma distância entre o que a equipe constata e aquilo que a mãe aponta, como melhorias na casa, além do seu desejo de permanecer com os filhos. A equipe técnica aponta também “*a importância do apoio dos parentes nesse momento visando sua reestruturação, contudo a mesma mostra-se resistente*”. A mãe afirmou, por diversas vezes, que seus filhos nunca precisaram dos parentes e que não há laços afetivos, temendo inclusive pelas crianças na companhia dos tios e avó em virtude da ausência de vínculos.

Durante o tempo de acolhimentos dos filhos, na análise do processo, não percebemos ações efetivas de reinserção social, partindo da premissa que as equipes técnicas do SAICA e do Judiciário tem protagonismo central na articulação com as demais instituições da rede. Não aparece em nenhum momento a articulação, visita ou relatório do CRAS, CREAS e habitação, sendo a questão da moradia uma das questões centrais, que impulsionaram o motivo do acolhimento institucional. Em tempos da doutrina da proteção integral, sabemos que a pobreza não se configura mais como um motivo para promover o afastamento ao convívio familiar, mas sim como um aspecto que produz vulnerabilidade social, e que exige um maior grau de articulação com políticas públicas, para que as pessoas melhorem dessa condição de vida.

Situação 7: Fabio

Idade: 10 meses

Motivo do Acolhimento Institucional: Guia de Acolhimento não se encontra no processo - mas nos atos ordinários se fala em "providência: uso ou tráfico de drogas"

Visitas: NÃO - visitas suspensas por determinação judicial

Tempo de acolhimento institucional: 8 meses

O pedido de acolhimento institucional partiu do hospital, no nascimento de Fabio, quando perceberam “*que a mãe estava muito agressiva*”. A equipe técnica do hospital pediu uma conversa com os familiares da mãe, e estes informaram que ela fazia uso de substâncias. Dias depois o pai de Fabio foi pego em flagrante furtando fios de cobre do hospital e foi levado para a delegacia de polícia.

Na primeira audiência que a mãe participou, reconheceu que tinha necessidades em função do uso de substâncias, e que seu primo ofereceu ajuda para que ela pudesse iniciar um cuidado em um CAPS ad. Ela afirma que quer estar próxima do filho, e que se ele ficasse com o primo seria uma possibilidade. Relata que tem outros três filhos, nenhum institucionalizado, mas todos residem com outros familiares.

Ocorreram entrevistas com outros familiares, onde a avó materna fala que não tem condições de auxiliar nos cuidados com o neto, e não apoia a indicação da filha, de que seu primo poderá auxiliar. “*A esposa do primo diz que percebe empenho da mãe, e que nesse momento quer auxilia-la a ficar bem*”.

A equipe técnica opina pelo acolhimento institucional da criança, que foi acatado pela já referida Vara. Encontramos no primeiro relatório onde falam da visita da mãe ao filho, termos como “*vista ao petiz*” e “*menor*”, (grifos nossos). Grifamos esses termos, por terem sido utilizados nos antigos marcos legais destinados a infância e adolescência. No mesmo documento, relatam que ocorreu “*uma agitação da mãe na casa*”, onde ela parecia ter tido uma crise em saúde mental, e que tiveram que acionar a polícia. Por esse motivo pedem a suspensão da visita e não verificamos encaminhamentos para a saúde mental. Em outro relatório do SAICA falam que não há visitas de terceiros, porém no parecer técnico falam que estão trabalhando com os familiares nas visitas que os mesmos fazem ao SAICA.

Após três meses a data do acolhimento institucional o Ministério Público entra com pedido de destituição familiar. A mãe vai à instituição acolhedora, porém não pode entrar, em função da suspensão. Nesse dia a mãe demonstra não estar bem novamente, relatando que “*estão monitorando ela nas televisões, e que sua comida esta envenenada*”, após esse episódio a equipe do SAICA entra em contato com o CAPS ad onde ela está referenciada.

Em um dos relatórios da equipe técnica do judiciário afirmam que: “*o uso abusivo de drogas por parte da genitora, seu envolvimento com outros dependentes, causou desestruturação e conflitos familiares, tendo como consequência o afastamento dos filhos*” (grifos nossos). Destacamos essa parte do processo, por entendermos que compete as equipes técnicas uma atuação mais ampla e cautelosa, com um direcionamento ético, para que seja possível construir outros planos com essa mãe sozinha ou conjuntamente com seus filhos.

Outro fragmento encontrado nesse processo, diz respeito ao relatório do Conselho Tutelar, que afirma que “*infelizmente não acreditamos em nada do que o pai nos disse*”. Sobre esse fragmento, é importante destacar o cunho moral dessa abordagem, que desconsidera os fatos que a família traz, os invalidando nesse processo, na medida em que efetivam um julgamento moral.

Em relação a “confiscação estatal da justiça” (p,84)¹¹, que consiste em obter os instrumentos de reatualização de fatos através do testemunho, um novo saber, de tipo totalmente diferente, um saber de vigilância, organizado em torno do controle dos indivíduos, esta seria uma das bases do poder, que irá dar lugar a outras ciências, como as ciências humanas: psicologia, psiquiatria, etc.

Outro fragmento do relatório do Conselho Tutelar aponta para um distanciamento daquilo que as políticas públicas priorizam, como por exemplo: “*iremos realizar um encaminhamento anti-droga, agendando um atendimento no CAPS*”, (grifos nossos), destacamos que o CAPS é um serviço que funciona com a “porta aberta” ou seja não é necessário agendamento, bem como, não é exigido que a pessoa pare de usar droga para estar lá.

A despeito de o uso de algumas substâncias psicoativas ainda ser nomeado como crime, no processo se aplica a expressão “Uso ou Tráfico de Drogas”. A junção desses dois

termos é grave e displicente que faz com que o tráfico de drogas, que, embora também criminalizado, constitui-se como crime hediondo. Sabe-se que a frágil definição do tipo penal de uso – por não conter, por exemplo, o limite quantitativo como distintivo entre as práticas - torna-o suscetível à classificação como tráfico, a depender do grau de discriminação citado por Oliveira (2014)⁶⁰ na dimensão autoritária da tutela que intermedeia a relação entre as autoridades do sistema de justiça e as pessoas submetidas ao processo.

Situação 8: Paulo

Idade: 1 ano

Motivo do Acolhimento Institucional: Mãe usuária de drogas/ denúncia de abuso pelo padrasto

Visitas: NÃO - visitas suspensas por determinação judicial

Tempo de acolhimento institucional: 7 meses

Criança acolhida no momento em que a mãe chama a polícia e a mesma denúncia o padrasto da criança por abuso sexual. Foram intimados alguns familiares, mas pelas entrevistas não há indicativos de que algum familiar tenha possibilidade de auxiliar no cuidado. Pedido de destituição familiar pelo MP. Durante o processo de Paulo a mãe fala que o ex-companheiro afirmou que abusou a filha.

Processo com poucos dados, por ser um caso recente. Havia poucas informações, e um movimento de encaminhamento para a rede de assistência e saúde.

Situação 9: Mauro

Idade: 7 meses

Motivo do Acolhimento Institucional: Guia de acolhimento: Pais ou responsáveis dependentes químicos ou alcoolistas

Visitas: NÃO - visitas suspensas por determinação judicial

Tempo de acolhimento institucional: 7 meses

Mãe relata no hospital que fez uso de crack no dia anterior para aliviar as dores do parto. A mãe de Mauro tem outros 4 filhos, sendo que dois deles vivem com uma tia e outros dois com a cunhada. Relatou no hospital que é usuária desde os 28 anos, hoje tem 30 anos. Falou que irá ao CAPS conforme o proposto pela equipe. Na primeira avaliação com a equipe técnica do hospital perguntam se o pai, já passou pelo sistema penitenciário, e ele afirma que sim, cumpriu pena de 2009 a 2013, respondendo "*se reorganizou e não possui mais vínculos com a criminalidade*". O pai relata que tem uma irmã que poderia auxiliar nos cuidados com o filho.

A mãe de Mauro também já cumpriu pena de 2010 a 2014, por roubo, mas diz ter sido presa por engano. Ana Paula, diz ter contato diário com os dois filhos que moram com a tia, pois a residência fica em frente a sua. Em outro relatório ela diz que não usou crack antes do parto, que a equipe entendeu mal.

Em termo de audiência, juiz fala que "*os pais estão muito magros, em situação de penúria, que pediram agasalhos para a campanha do agasalho*". O juiz, responsável identifica que os pais não admitem que estão necessitando de ajuda médica.

Após a realização de visita domiciliar e entrevistas, foi dado o início da ADPF, três meses depois da data de acolhimento institucional. Quando informado sobre isso, o pai de Mauro informa que vai a Defensoria Pública recorrer a decisão.

A equipe técnica agenda uma entrevista com os pais, onde estes não compareceram, a entrevista reagendada para nova data.

A irmã do pai foi até a entrevista e relata que não sabe por qual delito, no relatório a equipe técnica sugere "*que ele foi preso provavelmente pelo envolvimento com o tráfico de drogas*", destacamos que não sabemos o motivo, e a equipe parece fazer uma suposição

do motivo do cumprimento da pena, fato que acreditamos que não colabora nesse processo.

Outro fato que destacamos a partir da análise desse processo, é que na mesma data que a criança recebe a medida de acolhimento, é a mesma data em que ocorre a determinação de suspensão das visitas, fato esse que nos leva a pensar que não houve investimento das equipes em observarem a relação dos pais com o filho. A família não deixou de ir ao SAICA saber da criança. O único encaminhamento de cuidado que a mãe recebeu, sendo que não ocorreu de forma implicada, foi uma orientação para que a mãe fosse ao CAPS ad. Em alguns relatórios quando vão se referir a mãe, falam que seu "*diagnóstico é usuária de entorpecentes*".

Situação 10: Kauê (Não houve análise do processo em função de um reordenamento da vaga da criança para outro serviço de acolhimento, assim o processo foi remetido para outra Vara da Infância e da Adolescência, a qual não tínhamos autorização prévia para acessar).

Destacaremos alguns pontos, a partir da observação participante em duas audiências concentradas, onde o caso da criança foi discutido, inclusive em conjunto com a mãe e padrasto)

Idade: 1 ano e oito meses

Visitas: SIM

Tempo de acolhimento institucional: 1 ano e 4 meses

A criança foi acolhida após um episódio ocorrido no centro de acolhimento para pessoas imigrantes, onde os relatos indicam que a mãe parece ter tido um "*surto*".

A família de Kauê é originária do Haiti, e chegaram ao Brasil em busca de melhores formas de vida. Acompanhamos a discussão desse processo, a partir da observação participante em duas audiências, sendo uma delas composta por integrantes das equipes técnicas do SAICA, equipe técnica do Judiciário, Juiz, Promotora.

Durante as audiências, o Juiz responsável da Vara, fala das diferenças culturais, e pensa que o episódio que ocorreu com a mãe, pode inclusive ter sido algo vinculado a sua religião praticada no Haiti, o Vodou. As equipes técnicas do SAICA e judiciário fizeram suas considerações em relação a mãe, apontando que a mesma "*mente*" que não sabe falar português, demonstrando falar somente na língua de origem. Acreditam que ela "*usa*" o fato de ser imigrante para falar o que lhe convém. O Ministério Público avalia que a "*mãe é louca e psicótica*".

Na audiência fazem várias perguntas para a mãe e para seu companheiro, em relação aos serviços em que eles estão buscando e como estão se organizando na cidade de São Paulo. O companheiro fala que trabalha, e que ambos têm desejo de retornar para o Haiti. Quando questionado do porque não retornaram até o presente momento, ele responde, "*porque não iremos sem Kauê*".

As equipes relatam um episódio, em que a mãe de Kauê teve um "*surto*" no serviço de acolhimento institucional, que ela ria e dançava. Mais uma vez o juiz aponta que pode ter sido um episódio vinculado a sua prática religiosa.

Mesmo as equipes percebendo uma série de dificuldades da família, e possíveis problemas de saúde e inclusive de saúde mental, não visualizamos encaminhamentos efetivos. No fim da audiência, parte do Juiz responsável pela Vara, o pedido para que encaminhem a mãe para um CAPS, e que se acione o laboratório transcultural da Universidade de São Paulo- USP, local onde a mãe é acompanhada, afim de que os mesmos possam auxiliar na condução do caso.

Em função da distância da residência da família do serviço de acolhimento, o caso foi reordenado para uma região mais próxima da moradia. Até o presente momento das audiências e acompanhamento dos casos, a criança já estava acolhida a um ano e 4 meses.

Há séculos, o discurso das classes privilegiadas sobre o comportamento dos pobres oscila entre a compaixão e a condenação indignada. Enquanto os etnólogos vão longe para encontrar povos exóticos, cujo estudo nos ensina "verdades fundamentais do homem", os costumes de nossos pobres apenas são considerados para facilitar intervenções educativas (para "ajudar" ou "recuperar"). Em nossas favelas, raramente reconhecemos uma cultura digna de interesse quando não há um distanciamento étnico (ciganos, negros, etc) ou histórico (os "quilombos" do século XVIII). (p.13)⁵⁹

Esse caso nos leva a pensar que alguns profissionais entendem que as questões de saúde mental passam a ser impeditivas para que os pais exerçam o cuidado de seus filhos. Nesse caso, durante o tempo de institucionalização de Mauro, por mais de um ano não foi cogitado o encaminhamento para serviço de saúde mental por parte das equipes técnicas, mas sim do Juiz responsável pela Vara. Isso nos evidencia, o quanto o sistema de proteção brasileiro funciona de forma híbrida fazendo coexistir paradigmas, e um viés ético, absolutamente distintos.

Percebemos que isso ocorre quando de alguma forma pouco se investe nas estratégias de reinserção junto a família. Percebemos que as estratégias das equipes do judiciário e dos SAICA's, por vezes concentram-se nos encaminhamentos mais "burocratizados", do que efetivamente, nas estratégias que resultem no retorno a convivência familiar e comunitária. Esse viés tutelar da proteção organiza-se em torno da ação justificatória da própria atividade institucional de ação sobre os corpos de crianças e adolescentes. Seus familiares, muitas vezes, apresentam histórico semelhante aos jovens de agora, em circuito de vulnerabilidades. As instituições, por vezes, buscam a interrupção desses circuitos, porém, não parecem ser seu móvel, dado que seus atos caminham lateralmente às histórias de vida, cercando-as, espremendo-as, como margens que pretendem proteger, mas força sua retidão.

Destacamos a ausência alarmante das práticas intersetoriais, que são necessárias no enfrentamento de problemas reais e complexos, diante dos quais as respostas calcadas em tradições setoriais ou estritamente especializadas não têm se mostrado satisfatórias.

Tais peculiaridades dizem respeito à dinâmica de que os usuários apresentam no enfrentamento dos problemas complexos e concretos que atravessam suas vidas, muitos dos quais demandam a implicação de outros setores públicos através de suas instituições e ações, e para os quais nenhum setor isoladamente, nem a saúde mental, detém de resposta conclusiva.

A intersetorialidade, como nos dizem, "requer uma *presença viva* no território para sua constituição" (p.278)⁴².

Importante trajetória histórica, o percurso de crianças e adolescentes ao longo das etapas de urbanização do Brasil sempre fora marcado por uma evidente distinção de públicos, posteriormente assumidos como categorias sociais: de um lado, os "filhos de alguém"; de

outro, os “menores” abandonados e delinquentes. Os primeiros não necessariamente compunham classes ricas, mas, caso a elas não pertencessem, seriam assim designados somente se muito resignados sob a disciplina moral (dos familiares) e institucional (das igrejas e escolas) se mantivessem. Já no segundo complexo grupo, tratemos do primeiro subgrupo: o “menor abandonado” é expressão da questão social de longa data no Brasil. Quando não fora apenas alvo de reprimendas morais, fora objeto de intervenções estatais, mormente a partir do fim do século XIX, com forte preocupação do Estado a partir da lei n. 844/1902 (BRASIL, 1902)⁶², que instituía o Instituto Disciplinar –destinado a ‘incutir hábitos de trabalho e a educar, fornecendo instrução litteraria, profissional e industrial, de referencia agricola’ (art. 2º). Essa lei foi seguida pelo Decreto n. 16.272/1923 (BRASIL, 1923)⁶³, destinado a regulamentara ‘assistencia e proteção aos menores abandonados e delinquentes’, determinando que as autoridades encaminhassem os mesmos às instituições de abrigo e correção disciplinar até que, no primeiro caso, os pais reclamassem sua guarda novamente. E, assim por diante, foi essa a regra presente nas demais leis, especialmente nos Códigos de Menores de 1927 (que dispunha sobre a proteção e assistência) e de 1979 (que, além da proteção e assistência, dispunha sobre a vigilância dos “menores”). Essas ações tutelares, porém, ainda se aprimoram e, sem abandonar completamente a dinâmica das instituições, dialogam com novos paradigmas, mais atuais, como aqueles encontrados sob o manto da própria doutrina da proteção integral, que orienta as normas do Estatuto da Criança e do Adolescente.

Nessa esteira histórica, com especial marca no sec. XX, o “problema do menor abandonado” ensejou práticas reiteradas de tutela em nome da garantia de direitos, na medida em que ainda não estavam consagrados os direitos de liberdade e sociais tão proclamados a partir da atual Constituição Federal. Objeto de intervenção, os tais abandonados constituíam-se numa subclasse social que provocava nas instituições as mais célebres criações de remendo, desde as rodas dos expostos:

Mudanças sucessivas nos métodos de internação para crianças e jovens, deslocando-se dos orfanatos e internatos privados para a tutela do Estado, e depois retornando a particulares, praticamente deixaram inalteradas as condições de reprodução do abandono e da infração. Foi o tempo das filantropias e políticas sociais que valorizou, preferencialmente, a internação sem encontrar as soluções efetivas. (p. 348)

A questão é: será – e, se sim, o quanto – que essa rota fora alterada? É considerando, portanto, esse histórico que problematizamos as práticas institucionais perante crianças e adolescentes submetidas às ações judiciais fonte dessa pesquisa. De fundamental exposição, o próprio fato de, por algumas vezes, aparecer a palavra “menor” nos autos dos processos em curso já orienta a análise dos dados pela leitura crítica que devemos empregar na pesquisa.

Percebe-se que quando os familiares, tem questões relativas a necessidades decorrentes do uso de álcool, outras drogas e demais questões de saúde mental as respostas dadas pelos atores do Sistema de Garantia de Direitos, em especial as equipes do SAICA e equipe técnica do judiciário, nos levam a entender que existe uma condução mais moralizante. Destacamos também, a alarmante ausência dos serviços de saúde mental, na maioria dos casos, o que evidencia o quanto precisamos avançar para que os CAPS se apropriem dos casos, tomando a responsabilidade de seu território e cumprindo seu mandato clínico e institucional.

Se formos ampliar a discussão dos cuidados em saúde mental, da importância dos processos de reabilitação psicossocial, para que as pessoas possam exercer sua cidadania “plena contratualidade nos três grandes cenários: habitat, rede social e trabalho com valor social”(p.16)⁶⁵, a função e mandato do CAPS é central para acompanhar casos, como os aqui descritos.

Devemos problematizar, inclusive, o fato das pessoas que buscaram os CAPS, evidenciadas nos casos acima expostos, porém, que não tiveram o devido acolhimento. Em outras palavras, em alguns casos, o indivíduo é responsabilizado por “não aderir”, e o serviço não pensa que alternativas de cuidado ofertou. É comum encontrarmos serviços que ofertam atividades repetitivas, não satisfazendo as necessidades reais das pessoas. Portanto, “é a partir dessa ausência de especificidade da psiquiatria que devemos raciocinar para compreender como entrar em relação com as variáveis reais que mudam as vidas reais das pessoas reais”⁶⁶

Outro fato que merece atenção é que em poucos casos existe a atuação do CRAS e do CREAS, assim como de outros serviços de saúde da região, para além da atenção básica. Esses fatos nos apontam alguns alertas: em que medida cabe, de fato, à equipe técnica do

judiciário e do SAICA avançar em pormenores sobre garantia de direitos a partir do acesso às políticas públicas em geral? Qual o entendimento dessas equipes, sobre a função do que significa o Projeto Individual de Atendimento- PIA, ferramenta de apoio para a assistência, articulado com um Projeto Terapêutico Singular- PTS, ferramenta de apoio para a saúde?

Neste estudo, entendemos que o PIA não é um instrumento de diagnóstico e nem burocrático, ele deve contemplar um amplo estudo de caso que deve ser revisto continuamente. É fundamental que esse instrumento possa servir de ponte entre as equipes da SAICA com a equipe técnica do Judiciário, Poder Judiciário, Ministério Público, Defensoria Pública, contemplando uma escuta ética e qualificada, junto das articulações com a rede de serviços intersetoriais, e que contemple a participação efetiva de crianças, adolescentes e de suas famílias. No que diz respeito à instituição, o PIA deve refletir o seu projeto político-pedagógico e propor intervenções individuais e grupais que promovam os direitos à integração social e comunitária, resultando em um instrumento que auxilie crianças e adolescentes, e contribua para a construção de suas subjetividades.

Em relação ao PTS, instrumento utilizado na saúde, é importante destacar que ele serve como uma forma de organizar os processos de trabalho. Parte-se da ideia de que precisamos compreender a experiência do “adoecer não somente como um processo biológico ou orgânico, mas é fundamentalmente uma vivência complexa de mal estar, desconforto, dor ou sofrimento”(p.12)⁵³.O PTS pode então ser entendido, como um instrumento que auxilia a pensar um plano de ação voltado ao futuro e na construção de alternativas para uma vida melhor, a partir do que for discutido e construído junto às crianças, adolescentes, seus familiares e instituições.

Diante dessa complexidade de questões, os serviços de saúde precisam trabalhar de forma que os diversos profissionais atuem de modo coordenado, multiplicando as forças sinergicamente, complementando as suas especificidades profissionais e se corresponsabilizando por um objetivo comum. Não trabalhamos com um cardápio de soluções padronizadas, em que os mesmos procedimentos e ações são indicados para as pessoas sob o mesmo diagnóstico. Pelo contrário, porque o adoecimento está relacionado a uma série de fatores combinados de um certo modo na vida de cada pessoa, exigindo uma resposta igualmente complexa e diversificada de cuidado. Nesse sentido, construir um Projeto Terapêutico Singular é uma das habilidades mais importantes requeridas de um profissional ou de uma equipe que vai trabalhar no campo da Saúde Mental, seja com pessoas com transtorno mental ou problemas decorrentes do uso de álcool ou outras drogas. Então, precisamos compreender bem do que estamos tratando aqui.(p. 12)⁵³

5.1- Gráficos e Tabela:

Gráfico 1: Dados sobre a inserção na Proteção Básica das famílias

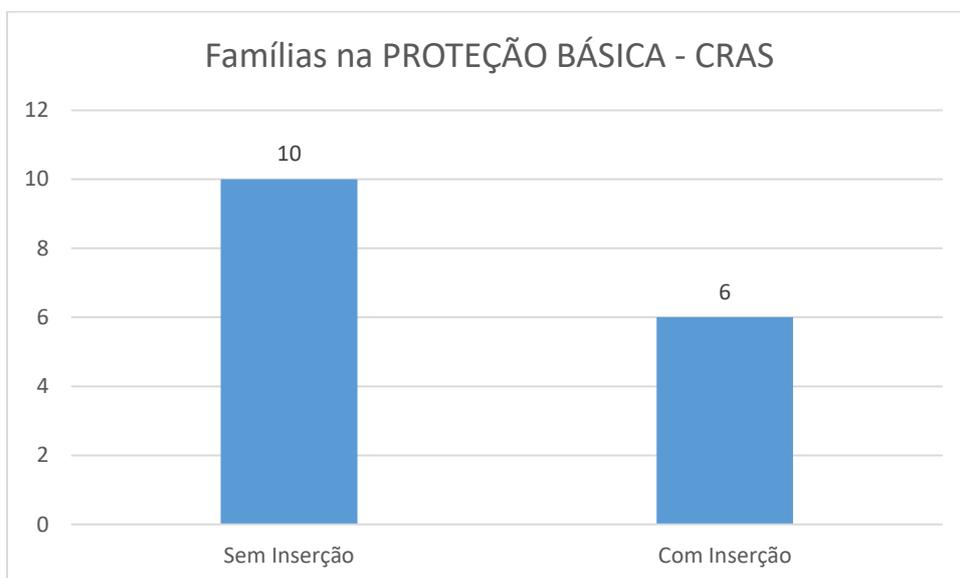


Gráfico 2: Dados sobre a inserção na Proteção Especial das famílias

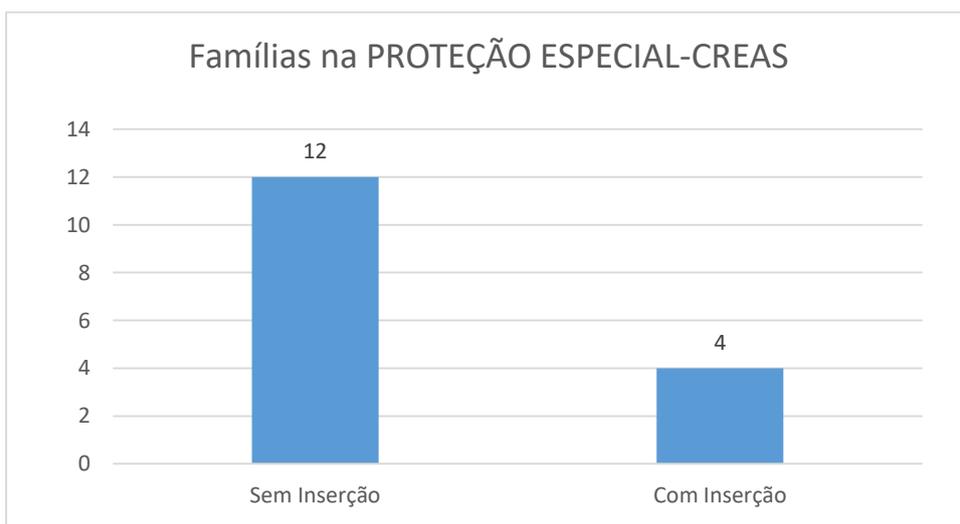


Gráfico 3: Dados sobre a inserção na rede de Saúde Mental das Crianças

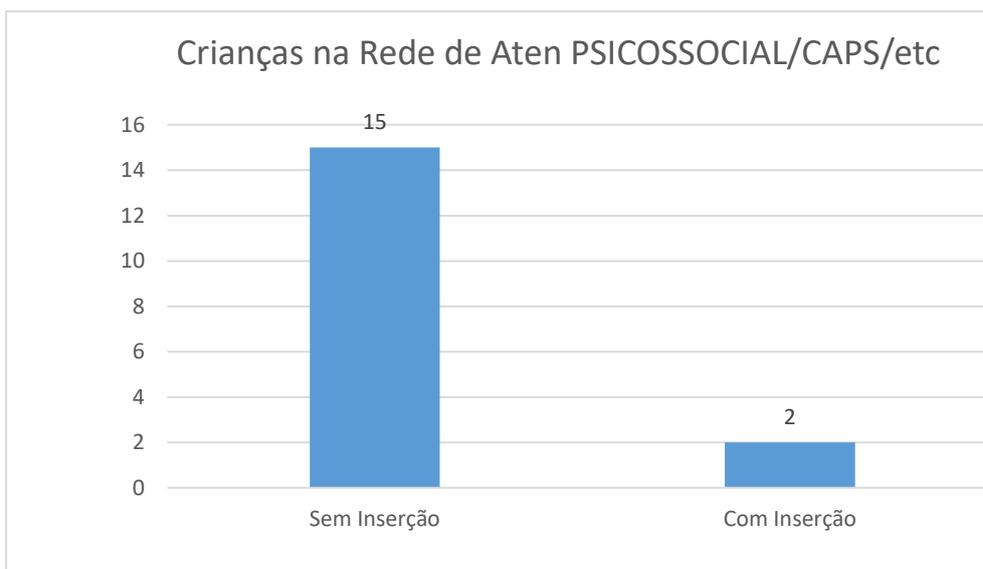


Gráfico 4: Dados sobre a inserção na rede de Saúde Mental dos familiares

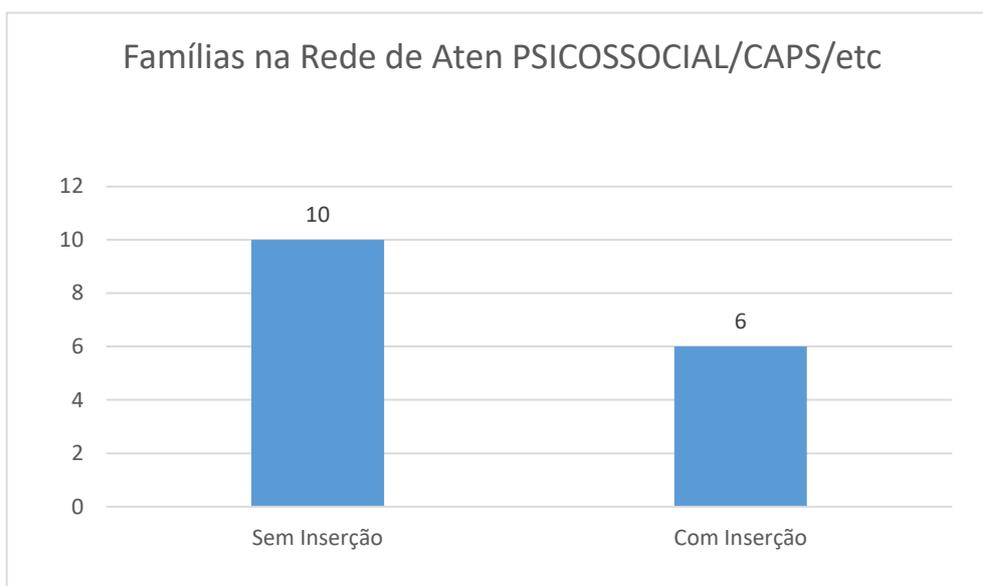


Tabela 2: Motivo do Acolhimento e Encaminhamentos

CRIANÇAS ACOLHIDAS	MOTIVO DO ACOLHIMENTO	AÇÕES REALIZADAS PARA REINserÇÃO SOCIAL/FAMILIAR	DESFECHO DO CASO
1 GEORGES	Guia de Acolhimento: Abandono pelos pais ou responsáveis	a) Centro de apoio a mulher imigrante contato regular com o SAICA para garantir visitas do filho para a mãe ao hospital b)Equipe Técnica Judiciário c)a equipe do SAICA Nosso Lar I articulou cuidados em saúde/UBS.	Criança desacolhida-Mãe foi internada em hospital, dia 16 de maio de 2016 com grave problema de saúde. Após o procedimento cirurgico e recuperação, a criança foi desacolhida e retornou ao convívio familiar.
2 RICARDO	Guia de Acolhimento: Abandono pelos pais ou responsáveis	a) Centro de apoio a mulher imigrante contato regular com o SAICA para garantir visitas do filho para a mãe ao hospital b)Equipe Técnica Judiciário c)a equipe do SAICA Nosso Lar I articulou cuidados em saúde/UBS.	Criança desacolhida-Mãe foi internada em hospital, dia 16 de maio de 2016 com grave problema de saúde. Após o procedimento cirurgico e recuperação, a criança foi desacolhida e retornou ao convívio familiar.
3 BENTO	Guia de Acolhimento: Abandono pelos pais ou responsáveis	a) Centro de apoio a mulher imigrante contato regular com o SAICA para garantir visitas do filho para a mãe ao hospital b)Equipe Técnica Judiciário c)a equipe do SAICA Nosso Lar I articulou cuidados em saúde/UBS.	Criança desacolhida-Mãe foi internada em hospital, dia 16 de maio de 2016 com grave problema de saúde. Após o procedimento cirurgico e recuperação, a criança foi desacolhida e retornou ao convívio familiar.

4 MAICON	Guia de acolhimento: Negligência	a)Equipe Técnica orientou a mãe buscar emprego formal;b)não houve outras orientações para que o retorno ao convívio familiar ocorresse de forma mais rápida, garantindo o melhor interesse da criança	Criança desacolhida, após a avaliação do setor técnico em Junho e foi reafirmado pelo SAICA em relatório posterior.
5 SABRINA	Não há Guia de Acolhimento nas 371 páginas do processo. Em alguns momentos a equipe refere que o acolhimento ocorreu em função de que a mãe e pai usuários de drogas.	A equipe técnica do SAICA relata algumas conversas com os pais da criança, mas não fala da interação da criança com os pais;encaminhamento para o CAPS AD, e orientação sobre a importância do trabalho formal.	Criança permanece acolhida, ação de destituição do poder familiar em curso. Defensoria Pública se coloca em audiência dizendo que os pais estão trabalhando, com uma filha de 7 meses, e que a casa é bem organizada. As equipes do SAICA e Equipe Técnica do Judiciário são a favor da colocação em família substituta.
6 THARSO	Guia de acolhimento: Negligência	Equipes técnicas do SAICA, equipe técnica Judiciário, MP e Judiciário oficiaram ao CREAS para que a família fosse acompanhada pelo CREAS. Nota-se que a equipe do CREAS enviou dois relatórios de visitas, buscando articular o cuidado com Acompanhante da Pessoa com Deficiência-APD para o filho	Criança permanece acolhida na mesma instituição, com medida protetiva de acolhimento institucional.Ação de destituição de poder familiar em curso, contra o genitor que esta detido. A mãe é falecida. A avó materna esta buscando a guarda do neto.

		adolescente da avó. Buscaram entrevistar outros familiares, para buscar a reinserção na família.	
7 LUIZA	Guia de acolhimento: Negligência	Foram feitas visitas pelas equipes técnicas do SAICA e Vara da Infância e da Juventude, afim de avaliar as condições dos pais e familiares, para as crianças retornarem ao convívio familiar.	Criança permanece acolhida na mesma instituição, com medida protetiva de acolhimento institucional. Ação de destituição de poder familiar em curso, genitores recorreram.
8 HELENA	Guia de acolhimento: Negligência	Foram feitas visitas pelas equipes técnicas do SAICA e Vara da Infância e da Juventude, afim de avaliar as condições dos pais e familiares, para as crianças retornarem ao convívio familiar.	Criança permanece acolhida na mesma instituição, com medida protetiva de acolhimento institucional. Ação de destituição de poder familiar em curso, genitores recorreram.
9 JOÃO	Sem acesso ao processo	Sem acesso ao processo	Sem acesso ao processo
10 MARIZA	Guia de Acolhimento: Negligência	Desde o início do processo a equipe técnica do judiciário, Ministério Público e Vara da Infância e da Juventude da Pena, oficiaram ao CRAS, CREAS sobre a complexidade do caso. Nota-se que nas audiências havia representação do	Ação de Destituição do Poder Família, transitou em julgado, ou seja acabou definitivamente, e foi aceito. No momento não há famílias com o perfil para adotar a criança em função de que ela tem um sopro leve no coração. A Sífilis foi

		<p>CREAS porém sem nenhuma participação nas audiências, e nem relatório posterior. Em relação ao CAPS, os pais de Letícia foram encaminhados porém não foram ao estabelecimento. As visitas não foram suspensas, nem mesmo após a ação de destituição do poder familiar, porém os pais não foram visitar a filha. Os avós foram em muitas visitas, porém alegaram não ter condições para criar a neta, pois já cuidam de outro filho do casal e de outro neto.</p>	<p>negativada. Estão a procura de uma família em outra comarca. Pais foram residir em Recife, fugindo de ameaçadores.</p>
<p>11 KAUÊ</p>	<p>Sem acesso ao processo em função da troca de vara. Foi entendido que a criança necessitava de medida protetiva em função das questões de saúde mental da mãe</p>	<p>A mãe e o padrasto visitam semanalmente. Não se percebem ações para reinserção social/familiar. Reordenamento da instituição, para a criança ficar mais próxima da família.</p>	<p>Criança segue acolhida, teve reordenamento do acolhimento institucional- por orientação da equipe para a criança ficar mais próxima da mãe</p>

12 ROBERTA	Guia de Acolhimento: Situação de Rua	Nas visitas que a mãe fazia na Instituição Acolhedora, era acompanhada pela equipe técnica. Foi feito um encaminhamento para o CREAS e CRAS, e a mesma foi orientada a buscar um trabalho. A mãe era assídua nas visitas, e acompanhava as idas dos filhos nas consultas.	Ação de Destituição do Poder Família em curso, mãe com poder familiar suspenso e visitas suspensas. A filha está em acompanhamento psicológico, em um serviço chamado SEAPP, apresentando sofrimento intenso em função da separação com a mãe.
13 PALOMA	Guia de Acolhimento: Situação de Rua	Nas visitas que a mãe fazia na Instituição Acolhedora, era acompanhada pela equipe técnica. Foi feito um encaminhamento para o CREAS e CRAS, e a mesma foi orientada a buscar um trabalho. A mãe era assídua nas visitas, e acompanhava as idas dos filhos nas consultas.	Ação de Destituição do Poder Familiar em curso, mãe com poder familiar suspenso e visitas suspensas.
14 EMANUEL	Guia de Acolhimento: Situação de Rua	Nas visitas que a mãe fazia na Instituição Acolhedora, era acompanhada pela equipe técnica. Foi feito um encaminhamento para o CREAS e CRAS, e a mesma foi orientada a buscar um trabalho. A mãe era assídua nas	Ação de Destituição do Poder Familiar em curso, mãe com poder familiar suspenso e visitas suspensas

		visitas, e acompanhava as idas dos filhos nas consultas.	
15 EDUARDO	Guia de Acolhimento: Carência de recursos materiais da família ou responsáveis	Foram feitas visitas pela equipe técnica do SAICA e equipe técnica da Vara da Infância e da Juventude. Durante as visitas a equipe técnica ficava próxima a mãe, conversando e avaliando. Orientaram que a mãe fosse ao CAPS ad, sendo que em todo o processo ela fala que não faz uso de drogas, mas de álcool eventualmente.	Criança segue acolhida, teve sugestão de reordenamento para outro abrigo, junto de dois irmãos, porém foi negado, em função de que já havia ação de destituição de poder familiar. A mãe visitou as crianças, sendo que os filhos estão em três serviços de acolhimento distintos. Relata muita tristeza nas visitas. MP entrou com ADPF para colocação em família substituta.
16 ANA CAROLINA	Sem acesso ao processo	Sem acesso ao processo	Sem acesso ao processo
17 FABIO	Guia de Acolhimento não se encontra no processo- mas nos atos ordinários se fala-se em "providência: uso ou tráfico de drogas"	Foram feitas algumas entrevistas com a mãe, a mesma está indo ao CAPS AD com assiduidade. Não foi articulado em nenhum momento encaminhamento para a assistência social. Quanto a família extensa, foram entrevistados alguns familiares, mas pelas entrevistas não há	Pedido de destituição familiar foi ajuizado pelo Ministério Público. Foi apresentada contestação da medida. No momento aguardam novo estudo psicossocial, os genitores foram suspensos do poder familiar e permanecem com as visitas suspensas.

		indicativos de que algum familiar possa ficar com a criança.	
18 PAULO	Mãe usuária de drogas/ denúncia de abuso pelo padrasto	Foram intimados alguns familiares, mas pelas entrevistas não há indicativos de que algum familiar.	Pedido de destituição familiar pelo MP. Durante o processo a mãe fala que o ex companheiro afirmou que abusou da outra filha.
19 MAURO	Guia de acolhimento: Pais ou responsáveis dependentes químicos ou alcoolistas	Não há ações de reinserção familiar visíveis no processo. A criança foi acolhida e na mesma data as visitas foram suspensas. Os pais não viram o filho desde que ele foi institucionalizado. Houve um encaminhamento para a mãe ir ao CAPS AD. Existe um pedido de um profissional do hospital, em que coloca a complexidade do caso e que era necessário investir.	Pedido de destituição do poder familiar feito pelo MP. Pais não compareceram nas entrevistas.

6-CONSIDERAÇÕES FINAIS:

O Estatuto da Criança e do Adolescente- ECA, de 1990, trouxe inúmeros avanços para a construção e consolidação do Sistema de Garantia de Direitos da Infância e da Adolescência no Brasil. Porém o que questionamos aqui, é se juridicamente e nas dimensões aqui apresentadas, se ele romperia com o paradigma estabelecido pelos códigos que o antecederam Código Mello Mattos de 1927 e Código de Menores de 1979 quanto a efetiva garantia de direitos para a infância e adolescência. O que essa pesquisa buscou, através da participação em audiências concentradas, leitura de processos apontados acima foi uma análise quanto as determinantes da institucionalização da infância e da adolescência, bem como quais são as efetivas estratégias de desinstitucionalização. O que concluímos é que em alguns processos, o caráter moralizador, presente nos códigos que antecederam o ECA estão presentes.

As ações interventivas vestem outras justificativas, justamente aquelas localizadas nas próprias leis atuais, que, de um lado, propõem a garantia de direitos, mas, de outro, assume a versão europeia da “inocência” atribuída à criança e ao adolescentes, atributo que, desde o sec XVII serve para tolher uma série de percepções de autonomia e capacidade desses mais jovens.

A Constituição Federal (BRASIL, 1988) emprega dois conceitos semelhantes ao contexto de direitos socioassistenciais de crianças e adolescentes: “amparo” e “proteção” (art. 203), sendo esse atribuído a dimensão de direitos mais ampla do à daquele. Apesar de constar da Constituição atual, a palavra “amparo” está associada aos “carentes”, o que demonstra que nosso sistema legal ainda padece de contradições inscritas nas próprias normas. Logo, uma chave de mudança da perspectiva menorista/tutelar para a garantista pode ser a substituição da palavra “amparo” pela “proteção”, o que já defende Sposati⁶⁴(2009):

A noção de **amparo** indica um estancamento da condição de deterioração, e a noção de **proteção** indica por sua vez o impedimento de que ocorra a destruição. Diríamos que a proteção é mais **vigilante**, por isso mais preservacionista, proativa, desenvolvendo ações para que alguma destruição não venha a ocorrer, enquanto o amparo já ocorre a partir de um risco.(p. 348)⁶⁴

Dá a convergência com a principal palavra adotada pela Política Nacional de Assistência Social: proteção, desenvolvida em níveis de cuidado (básica e especial) e de

complexidade (média e alta). Segundo Sposati, essa Política Nacional ainda deve afiançar segurança *desobrevivência* (rendimento, autonomia), *acolhida* e *convívio* (vivência familiar). Sposati continua apontando que cabe à política da assistência social aplacar asfissuras possivelmente causadoras de isolamento, bem como fortalecer as relações nasquais seus indivíduos e grupos sociais possam se desenvolver produzindo *resistência à subordinação* e *resistência à exclusão social*. São essas algumas metas assumidas pelaatual plataforma constitucional da política de assistência social.

Esses elementos componentes de possibilidades de vida autônoma e atuanteestão, entretanto, sempre mais ou menos suscetíveis aos *riscos sociais* identificadossobre – e ao redor – da situação de vida de cada sujeito, conforme os paradigmasprincipiológicos da dignidade humana e da equidade. Isto é, os indicadores de risco não bastam em si senão por sua adequação a cada modo de vida. Esse é o aspecto protetivoda Assistência Social no qual se acoplam práticas preventivas (proteção) e reparadoras(defesa).

De acordo com seus preceitos da Política Nacional, o acolhimento institucional de crianças e adolescentes é determinado para a garantia de direitos desses jovens que se encontrem em situação de “risco social”, por ter rompido seus vínculos familiares e comunitários. Em diversos casos analisados durante essa pesquisa, não foi demonstrado o rompimento dos vínculos mencionado, a medida supostamente protetiva fora empregada. Houve apenas intervenções para quebra do convívio entre familiares e crianças, conflituando-se, justamente, com os requisitos da sobrevivência, acolhida e convívio. Algumas sugestões técnicas e determinações judiciais foram aplicadas especialmente no sentido divergente dessas garantias, invocando a situação de pobreza, questões de saúde mental e de necessidades decorrentes do uso de álcool ou outras drogas como indicadores em si da situação de risco social – contexto em que, quando muito, poderia ser definido como de vulnerabilidades. A ação que pretende ser garantista perde, em alguns casos, seu caráter preventivo e reparador, perdendo, assim, sua face protetiva.

7- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) MARTINS, D. A cracolândia na canção de Chico Buarque: A chamada cracolândia de São Paulo apareceu na mídia por conta do balé descompassado no qual escorregaram os poderes públicos. Brasil de Fato. 2012, Janeiro, 24 (acesso em 2017 janeiro 16). Disponível em: “<https://www.brasildefato.com.br/node/8670/>”
- (2) BATISTA, N. In. COIMBRA, C.M.B.; AYRES, L.S.M; Pivetes: Encontros entre a Psicologia e o Judiciário. Curitiba: Editora Juruá, 2009. p.13.
- (3) COUTO, M.C.V. Política de Saúde Mental para Crianças e Adolescentes. Especificidades e desafios na experiência Brasileira (2001-2010). Tese (Doutorado). Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2012.
- (4) RIZZINI, Irene; PILOTTI, Francisco. A Arte de Governar Crianças- A História das Políticas Sociais, da legislação e da assistência à Infância no Brasil. São Paulo: Cortez, 2009.
- (5) GOFFMAN, E. Manicômios, prisões e conventos. São Paulo: Perspectiva, 1974
- (6) FREITAS, Marcos Cezar. História Social da Infância no Brasil. São Paulo: Cortez, 2009.
- (7) ARANTES, E.M.M,-“Arquivo e Memória sobre a Roda dos Expostos do Rio de Janeiro”, na Revista Pesquisa e Práticas Sociais 5(1), São João del Rei, janeiro/julho 2010. Disponível em: “http://www.ufsj.edu.br/portal2repositorio/File/revistalapip/volume5_n1/arantes.pdf”.
- (8) COIMBRA, C.M.B; AYRES, L.S.M.; NASCIMENTO, Maria Livia. Da Moralidade e Situação Irregular à Violência Doméstica: Discursos da (In) competência. PIVETES- Encontros entre a psicologia e o Judiciário. Curitiba: Editora Juruá, 2009.
- (9) BRASIL, Presidência da República. Casa Civil. Decreto N° 17.943-A, DE 12 de outubro de 1927- Código Mello Mattos
- (10) NEDER, G. In: Da Moralidade e Situação Irregular à Violência Doméstica: Discursos da (In) competência: Apud. PIVETES-Encontros entre a psicologia e o Judiciário. Curitiba: Editora Juruá, 2009, p.60.

- (11) FOUCAULT, M. A verdade e as formas jurídicas. Rio de Janeiro: Nau Editora, 2003, p.51.
- (12) COSTA, Jurandir Freire. Ordem Médica e Norma Familiar. Rio de Janeiro: Graal, 2004, p.
- (13) RIZZINI; Irene; Rizzini; Irma. A Institucionalização de Crianças no Brasil: Percurso Histórico e desafios do Presente. Rio de Janeiro: Ed: PUC- Rio; São Paulo: Loyola, 2004, p.34.
- (14) VOGEL, Arno. Do Estado ao Estatuto. Propostas e vicissitudes da política de atendimento à Infância e adolescência no Brasil Contemporâneo. In: A Arte de governar crianças: A história das políticas sociais, da legislação e da assistência à infância no Brasil, São Paulo: Cortez,2009.p, 290.
- (15) BASAGLIA, Franco. A instituição negada. Rio de Janeiro: Graal,1985. páginas: 181, 273.
- (16) DONZELOT, Jacques. A Polícia das Famílias. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1980, p.48.
- (17) BRASIL, Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 6697, de 10 de Outubro de 1979. Consolida as Leis de Assistência e Proteção aos Menores, Brasília, DF; (acesso em 12 de Dezembro de 2016, disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1910-1929/d17943a.htm)
- (18) MENDES, Emilio García. Infância e Cidadania na América Latina. São Paulo: Hucitec/Instituto Ayrton Senna, 1998, p. 26
- (19) BRASIL, Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Acesso em 12 de dezembro de 2016. Disponível em: http://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/legislacao/Constituicoes_Brasileiras/constituicao1988.html
- (20) LANCETTI, A. In. MENDES, Emilio García. Infância e Cidadania na América Latina. São Paulo: Hucitec/Instituto Ayrton Senna, 1998.

(21) BRASIL, Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Decreto nº 99.710, de 21 de Novembro de 1990. Promulga a Convenção sobre os Direitos da Criança. Acesso em 12 de Dezembro de 2016. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1990-1994/d99710.html

(22) BRASIL, Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 8069, de 13 de Julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências, Brasília, DF; (acesso em 12 de Dezembro de 2016, disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8069.htm)

(23) BRASIL, Presidência da República. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Fome/ Secretaria Nacional de Assistência Social. Política Nacional de Assistência Social- PNAS- 2004/Norma Operacional Básica- NOB/SUAS Brasília, DF; acesso em 12 de dezembro de 2016, disponível em: “http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Normativas/PNAS2004.pdf”

(24) BRASIL, Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei 12.010 de 3 de Agosto de 2009. Dispõe sobre adoção; altera as Leis nºs 8.069, de 13 de julho de 1990 - Estatuto da Criança e do Adolescente, 8.560, de 29 de dezembro de 1992; revoga dispositivos da Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002 - Código Civil, e da Consolidação das Leis do Trabalho - CLT, aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943; e dá outras providências. Brasília- DF. (acesso em 12 de Dezembro de 2016, disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/lei/112010.htm)

(25) IPEA/CONANDA. O direito à convivência familiar e comunitária: os abrigos para crianças e adolescentes no Brasil/ Enid Rocha Andrade da Silva (coord.) Brasília, 2004

(26) BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial. In: _____. Legislação em saúde mental: 1990-2004. 5. ed., ampl. Brasília, 2004

- (27) DELGADO, P.G.G. Saúde Mental e Direitos Humanos: 10 anos da lei 10.216. Rio de Janeiro. Arquivos Brasileiros de Psicologia. Vol 63, Nº 2. 2011.
- (28) BRAGA, Claudia Pelegrini. A permanência da prática de internação de crianças e adolescentes em instituição psiquiátrica em um cenário de avanços da reforma psiquiátrica: o circuito do controle. Dissertação (Mestrado). São Paulo. Faculdade de Medicina. Universidade de São Paulo, 2015, p.32.
- (29) BRASIL, Presidência da República. Portaria Federal nº 336, de 19 de Fevereiro de 2002, Estabelece CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS AD, CAPSi, Diário Oficial da União, Brasília- DF.
- (30) COUTO, M.C.V. Por uma política pública de saúde mental para crianças e adolescentes. In: A criança e a saúde mental: enlaces entre a clínica e a política. Ferreira, Tânia (org). BH: Autêntica/FHC-FUMEC. 2004: 61-74.
- (31) WORLD HEALTH ORGANIZATION. Mental Health Policy, Plans and Programmes (upted version 2). Geneva, 2005 (Mental Health Policy and Service Package)
- (32) ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Relatório sobre a saúde no mundo 2001: Saúde mental: nova concepção, nova esperança. Suíça, 2001, p, 17.
- (33) BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Republicada em 21 de maio de 2013. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
- (34) PRIORE, M (org.) História das crianças no Brasil - 2a ed. São Paulo:Contexto,2000
- (35) BRASIL, Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 8742, de 07 de Dezembro de 1993 que dispõe sobre a organização da assistência social e da outras providências.
- (36) ARBEX, D. Holocausto Brasileiro. São Paulo: Geração Editora, 2013.p,87,85 e 89

- (37) RATTON, H. Documentário Em Nome da Razão . Minas Gerais 1979. Acessado em 19 de Fevereiro de 2017 em: http://www.dailymotion.com/video/x247d5a_em-nome-da-razao-um-filme-sobre-os-poroos-da-loucura-1979_shortfilms
- (38) ASSUMPCÃO, F.B. Psiquiatria Infantil Brasileira: Um esboço Histórico. São Paulo: Lemos Editorial, 1995.p, 47, 59, 60.
- (39) JÓIA, J.H.. As tóxicas tramas da abstinência: compulsoriedades nas internações psiquiátricas de crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade social. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social) Pontifícia Universidade Católica (PUC-SP), 2014. 147 p.
- (40) BLIKESTEIN, F. Destinos de Crianças- Estudo sobre internações de Crianças e Adolescentes em Hospital Público Psiquiátrico. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social) Pontifícia Universidade Católica (PUC-SP), 2012. 95 p.
- (41) BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1608 de 3 de agosto de 2004 constitui o Fórum Nacional de Crianças e Adolescentes.
- (42) COUTO, M.C.V;DELAGADO,P.G.G. Intersetorialidade: Exigência da Clínica com Criança na Atenção Psicossocial, In: RIBEIRO, E.L.; TANAKA, O.Y. Atenção em Saúde Mental para Crianças e Adolescentes no SUS. 2ª Edição: 2016.São Paulo, Hucitec Editora, p, 274, 278.
- (43) BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. Fórum Nacional de Saúde Mental Infantojuvenil: recomendações: de 2005 a 2012- Brasília, 2014, p. 11.
- (44) COUTO, Maria Cristina Ventura, DELGADO, Pedro Gabriel. Crianças e adolescentes na agenda política da saúde mental brasileira: inclusão tardia, desafios atuais. In. Psicologia Clínica. Rio de Janeiro, vol. 27, n.1, p. 17-40, 2015.
- (45) NICACIO, F in.ROTELI, F.; LEONARDIS, O; MAURI, D.Desinstitucionalização. São Paulo: Hucitec, 2001. P,11
- (46) BRASIL. Ministério da Saúde. Nota Técnica Conjunta nº001- Secretaria de Atenção a Saúde- SAS/Secretaria de Gestão Participativa- SGEP, que tem como assunto: Diretrizes e Fluxograma à Saúde das mulheres e das adolescentes em situação de rua e/ou usuárias de crack e outras drogas e seus filhos recém-nascidos.

- (47) BARDIN, L. *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 1979.
- (48) FLICK, U. *Introdução a Pesquisa Qualitativa*. 3ª ed. Porto Alegre: Artedmed. 2009.
- (49) CRESWELL, J. *Projeto de Pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto*. 3ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas. 2010.
- (50) MINAYO, M. C. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec, 1992.
- (51) MINAYO, M. C. S. & SANCHES, O. *Quantitativo-Qualitativo: Oposição ou Complementaridade?* Cad. Saúde Públ., Rio de Janeiro, v 9, n 3, p. 239-262, jul/sep, 1993.
- (52) GOMES, R. *Análise e interpretação de dados de pesquisa qualitativa*. In: MINAYO, M. (Org). *Pesquisa Social Teoria método e criatividade*. Petrópolis, RJ: Vozes, 2011.p.9-29.
- (53) KINOSHITA, R.T. In. *Módulo Recursos e Estratégias do Cuidado: Álcool e Outras Drogas- Da Coersão a Coesão*, UFSC. Florianópolis. 2014, p.12
- (54) BASAGLIA, F. *O Homem do Pelourinho*. São Paulo. Tradução Instituto de Psiquiatria Social, 1979, p.38.
- (55) BRASIL. Ministério da Saúde. *Caminhos para uma política de Saúde Mental Infanto- juvenil* — Brasília- DF 2005. (p.9)
- (56) DELFINI, P.S.S; Reis, Alberto Olavo Advincula. *Articulação entre serviços públicos de saúde nos cuidados voltados à saúde mental infanto-juvenil*. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 28 (2) 357-366, fev, 2012.
- (57) ZAFFARONI, E. R. *A questão Criminal*. Rio de Janeiro: Revan, 2013.p.177.
- (58) VICENTIN, M. C.; ROSA, M.D. *Os Intratáveis: o exílio do adolescente do laço social pelas noções de periculosidade e irrecuperabilidade*. Revista Psicologia Política
- (59) FONSECA, C. *Família, fofoca e honra. Etnografia das relações de gênero e violência em grupos populares*. Porto Alegre: UFRGS.2004, p.13.
- (60) OLIVEIRA, J. P. *Pacificação e tutela militar na gestão de populações e territórios*. In: *Mana* vol.20 n.1 Rio de Janeiro Apr. 2014. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-93132014000100005>. Acesso em 10 mar. 2017.

(61) KINOSHITA, R.T. Contratualidade e Reabilitação Psicossocial. In Ana Pitta. Reabilitação Psicossocial no Brasil. 2ª Edição. São Paulo: Hucitec, 2001.

(62) BRASIL. Lei n. 844, de 10 de outubro de 1902. Auctoriza o Governo a fundar um Instituto Disciplinar e uma Colonia Correccional. 1902.

(63) BRASIL, Decreto n. 16.272, de 20 de dezembro de 1923. Approva o regulamento da assistencia e proteção aos menores abandonados e delinqüentes. 1923.

(64) PASSETTI, Edson. Crianças carentes e políticas públicas. In: PRIORE, Mary Del (org). História da Criança no Brasil. 5ª ed., São Paulo: Contexto, 2006.p.248

(65) Saraceno B. Reabilitação Psicossocial: Uma estratégia para a passagem do milênio. In Ana Pitta. Reabilitação Psicossocial no Brasil. 2ª Edição. São Paulo: Hucitec, 2001.

(66) Libertando Identidades: da reabilitação à cidadania possível. 2ª ed. Tradução de Lúcia Helena Zanetta, M. do Carmo Zanetta, Willians Valentini. Belo Horizonte: Te Corá; Instituto Franco Basaglia, 2001.

8-ANEXOS

A) Nota Técnica



MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE
SECRETARIO DE GESTÃO ESTRATÉGICA E PARTICIPATIVA

Em, 16/09/2015

NOTA TÉCNICA CONJUNTA Nº 001 - SAS E SGEP

ASSUNTO: Diretrizes e Fluxograma para a atenção integral à saúde das mulheres e das adolescentes em situação de rua e/ou usuárias de crack/outras drogas e seus filhos recém-nascidos.

1. Ao considerar a responsabilidade do Estado brasileiro de assegurar direitos humanos de mulheres, adolescentes e crianças em todas as circunstâncias, o Ministério da Saúde apresenta esse documento composto por diretrizes e fluxograma com possibilidades de atenção às mulheres em situação de rua e/ou usuárias de crack/outras drogas e seus filhos(as) recém-nascidos.
2. Este documento direciona-se, especialmente, a gestores(as) e profissionais de saúde de todo o país, reconhecendo o protagonismo do Sistema Único de Saúde (SUS) na atenção integral a esse público. Fundamenta-se em marcos normativos nacionais e internacionais que, entre outros aspectos, atribuem às mulheres, adolescentes e crianças a condição de sujeitos de direitos, sendo necessário lhes garantir, entre outros, os direitos à convivência familiar e ao acesso a serviços públicos de qualidade, conforme suas demandas.
3. Orientar gestores e profissionais de saúde a respeito dessa temática faz-se fundamental frente a atual e recorrente recomendação de órgãos da Justiça, como Ministério Público, para a comunicação imediata ao Poder Judiciário do nascimento de crianças de mulheres em situação de rua e/ou usuárias de crack/outras drogas, bem como gestantes que se recusarem a realizar o pré-natal. Tais recomendações estão, por vezes, ocasionando decisões para o afastamento das crianças recém-nascidas de suas mães, logo após o nascimento, pelo fato de estarem nessas situações, ancoradas na suposta proteção da criança. Não obstante o disposto, a prática de retirada de bebês de mulheres em situação de rua e/ou usuárias de crack/outras drogas

foi identificada, igualmente, em maternidades de estados e municípios em que não há recomendações do Ministério Público.

Recomendação dos Ministérios Públicos.

4. A Constituição Federal estabeleceu nova configuração do Sistema de Justiça, desde a determinação de os estados criarem as Defensorias Públicas até as novas atribuições dos Ministérios Públicos, sobretudo voltadas à garantia dos direitos humanos de caráter difuso e coletivo, como os de crianças e adolescentes, populações em situação de rua, pessoas com transtornos mentais etc.

5. Dentre as ferramentas administrativas desses órgãos, encontramos um documento intitulado *Recomendação*. No que tange ao Ministério Público, a Lei federal n. 8.629/93 (Lei Orgânica do Ministério Público) informa a existência desse instrumento, conforme disposição do art. 27.

6. A Recomendação, portanto, é ferramenta necessária ao Ministério Público para mediar a relação entre a administração pública e as/os cidadãs/ãos quanto às políticas públicas destinadas à garantia de seus direitos. É o caso das Recomendações expedidas fazendo sugestões sobre a atuação dos serviços de Saúde no cuidado com mulheres em situação de rua e/ou usuárias de drogas e seus(suas) filhos(as) recém-nascidos. A Recomendação, portanto, é um documento opinativo, uma vez que não possui poder coercitivo ao poder público, sendo desse modo, de cumprimento espontâneo, porém incentivado^{1,2}.

7. Entretanto, “vê-se que algumas recomendações proferidas pelo Ministério Público carecem de maior conhecimento técnico sobre a execução da política pública, o que termina por tornar em muitos casos inexequível a adequação da conduta do agente público à forma recomendada”².

8. Diante desse cenário, entendido também como oportuno, apresentamos posicionamento técnico de contribuição à qualificação das ações de cuidado.

¹ Análise crítica sobre o instrumento da recomendação do ministério público ao Poder Executivo Federal. Disponível em http://www.ambito-juridico.com.br/site/index.php?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=10946. Acesso em 20/07/2015.

² *A Atuação do Ministério Público na Implementação de Políticas Públicas da área Ambiental*. Disponível em: <https://www.mprs.mp.br/ambiente/doutrina/id377.htm>. Acesso em 20/07/2015. Nesse sentido, o próprio documento ministerial explica: “a espontaneidade referida deve-se ao fato de que a recomendação ministerial não se impõe como ordem de coação: seu descumprimento não implica execução forçada, visto que não se constitui em título executivo”.

Do imediatismo à garantia de direitos humanos

9. Sobre esse assunto, o Ministério da Saúde entende que decisões imediatistas de afastamentos das crianças de suas mães, sem os devidos apoio e acompanhamento antes, durante e após o nascimento, bem como uma avaliação processual de cada situação, violam direitos básicos, tais como a autonomia das mulheres e a convivência familiar, legalmente assegurada às mulheres e às crianças. De acordo com a Constituição Federal, o tripé cooperativo “família, sociedade e Estado” é responsável pela garantia de direitos comuns e especiais às crianças e adolescentes (art. 227, CF, e art. 4º do Estatuto da Criança e do Adolescente).

10. As mulheres e adolescentes em situação de rua, via de regra, encontram inúmeras barreiras para acessar ações e serviços públicos de saúde. Isso decorre de várias ausências, tais como de informação, de documentação, de endereço convencional etc. No âmbito do SUS, gestores e profissionais de saúde precisam estar atentos a essas especificidades, atuando na eliminação dessas barreiras e garantindo o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde. Dentre esses, os Consultórios na Rua, as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são estratégicos.

11. Em âmbito internacional, o Brasil é signatário da Declaração e Plataforma de Ação da IV Conferência Mundial Sobre a Mulher (Pequim, 1995), cujos objetivos estratégicos³ na área da saúde englobam a promoção e proteção dos direitos das mulheres e o acesso a serviços de atenção primária e atendimento à saúde sexual e reprodutiva de qualidade.

12. No âmbito nacional, cabe destacar a Lei Federal n. 8.080/90, que dispõe sobre o Sistema Único de Saúde, estabelecendo que a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício (Art. 2º) sob as diretrizes: universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; integralidade e igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie.

³ i) proporcionar às mulheres serviços de atendimento primário à saúde mais acessíveis, econômicos e de qualidade, inclusive o atendimento à saúde sexual e reprodutiva que compreende serviços de planejamento familiar e informação a respeito, concedendo particular atenção aos serviços de maternidade e obstetrícia de emergência;

ii) fortalecer e reorientar os serviços de saúde, em especial os de atendimento primário à saúde, com os objetivos de dar, às meninas e às mulheres, acesso universal a serviços de saúde de qualidade;

iii) promover e proteger os direitos humanos das mulheres, por meio da plena implementação de todos os instrumentos de direitos humanos, especialmente a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher.

13. No acompanhamento das mulheres e das adolescentes em situação de rua e/ou com uso abusivo de drogas é essencial garantir seus direitos sexuais e reprodutivos, dentre os quais se destacam seu direito de decidir, de forma livre e responsável, se quer ou não ter filhos, quantos filhos deseja ter e em que momento de sua vida; direito de viver plenamente a sexualidade sem medo, vergonha, culpa e falsas crenças, independentemente de estado civil, idade ou condição física; e o direito de acesso a serviços de saúde que garantam privacidade, sigilo e um atendimento de qualidade, sem discriminação.
14. Nesse sentido, é necessário que se promovam ações de planejamento sexual e reprodutivo, por meio da disponibilização de orientações, informações e métodos contraceptivos, respeitando sua autonomia, e o direito de exercer a sexualidade e a reprodução livre de discriminação, imposição e violência. Essas ações também devem envolver o direito ao sexo seguro para prevenção da gravidez indesejada e de infecções sexualmente transmissíveis (IST) e Aids, assim como acesso a exames, testes rápidos, profilaxia pós-exposição (PEP), diagnóstico e tratamento de IST/HIV/Aids em tempo oportuno.
15. Há distintos grupos populacionais que têm seus direitos humanos violados em função da sexualidade, e outros para os quais se supõe a impertinência na reprodução, como é o caso das pessoas com deficiência, privadas de liberdade, em situação de rua, adolescentes e pessoas com orientações sexuais não heterossexuais. Para o Ministério da Saúde, é fundamental o reconhecimento da universalidade dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos para a qualificação da proposição de políticas públicas que contemplem as especificidades dos diversos segmentos da população. A prática sexual e a maternidade/paternidade são direitos de todos(as), que devem ser garantidos pelo Estado⁴.
16. É necessário, ainda, que profissionais de saúde que realizam o acompanhamento de mulheres e adolescentes em situação de rua e/ou usuárias de crack/outras drogas estejam atentos, também, a possíveis vivências de violência por parte dessas mulheres e adolescentes e, caso exista gravidez decorrente de violência sexual, orientá-las sobre o direito à interrupção legal da gestação e articular-se com serviços de saúde de referência para essa ação no território.
17. Quando se tornam gestantes, as mulheres e adolescentes em situação de rua, assim como todas as outras mulheres, apresentam demandas de saúde importantes e mais específicas que precisam ser atendidas. Nesse escopo inclui-se: o acompanhamento da gestação por meio do pré-natal; a disponibilização de orientações sobre os cuidados necessários nessa fase; a vinculação ao local do parto; a garantia de acesso qualificado a esse local e a um parto

⁴ Caderno de Atenção Básica 26 – Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva

humanizado; a atenção à criança recém-nascida e a continuidade da atenção à mulher no puerpério, incluindo o planejamento reprodutivo pós-parto; as articulações intersetoriais necessárias de acordo com suas demandas, por exemplo, o acolhimento em serviços da Assistência Social e a inserção em programas habitacionais.

18. Tão ou mais enfática deve ser a oferta de cuidados nos casos de gestantes adolescentes – dada a *condição peculiar de desenvolvimento* (art. 6º, Estatuto da Criança e do Adolescente) em que se encontram, necessitando de cuidados à saúde diferenciados e de proteção integral.

19. Sabe-se que nem todas as mulheres que estão em situação de rua fazem uso de drogas. Para as que utilizam essas substâncias, é fundamental um direcionamento cauteloso das ações sanitárias que construa com as mulheres, em primeiro plano, a oportunidade de se desenvolver hábitos, modos e estilos de vida mais saudáveis - sozinhas ou em parceria familiar. Esse tipo de intervenção é que possibilitará a essas mulheres e adolescentes que ressignifiquem as escolhas sobre tudo que lhes afeta e por elas é desejado, inclusive por manter ou não o uso de substâncias psicoativas.

20. No âmbito da saúde pública, compreende-se, igualmente, que o tratamento baseado no encarceramento, na punição e/ou na repressão possui pouco ou nenhum efeito terapêutico. As necessidades das mulheres e das adolescentes com quadro de intenso sofrimento psíquico decorrente do uso de álcool e outras drogas, ou mesmo em outra situação de vulnerabilidade social, como a vivência na rua, são muitas e de diferentes naturezas e gradações. Nessas circunstâncias, o papel do Estado brasileiro direciona-se a promover ações para o fortalecimento dessas mulheres e adolescentes, agindo a partir das demandas e especificidades que apresentam, com ações específicas também voltadas à fase da vida gestacional e puerperal (art. 6º, CF).

21. **A eventual condição gestante ou nutriz não enseja a relativização ou flexibilização dos direitos, inclusive de autonomia e liberdade⁵**, tampouco gera o direito de o Estado intervir no processo de cuidado intrafamiliar uma vez que não cabe aos agentes estatais impedir o exercício dos direitos individuais assegurados na Constituição Federal e nos instrumentos internacionais de direitos humanos. Portanto, o planejamento familiar é “livre decisão do casal, competindo ao Estado propiciar recursos educacionais e científicos para o

⁵ É o que impõe a Declaração de Direitos Humanos de Viena (1993), que dispõe que “Todos os direitos humanos são universais, indivisíveis, interdependentes e inter-relacionados (...)” (Art. 5º).

exercício desse direito, vedada qualquer forma coercitiva por parte de instituições oficiais ou privadas” (Art. 226, § 7º)⁶.

22. Resta alertar, portanto, que a vulnerabilidade social de tais populações não pode ser utilizada como condicionante para a manutenção ou eliminação de direitos fundamentais. Assim, a não submissão de mulheres que exercem o direito de escolher fazer uso de álcool e outras drogas aos cuidados em saúde e às intervenções judiciais, ainda que gestantes ou nutrizes, não podem interferir no seu direito de permanecer ou não com seus(suas) filhos(as), assim como no acesso aos serviços de saúde com qualidade. Portanto, esses **direitos de liberdade e à saúde não concorrem entre si**, e constitui violação aos direitos humanos recomendar que o acesso à saúde e a garantia da convivência familiar serão assegurados somente mediante a forçada escolha de não estar mais nas ruas e/ou em uso de drogas⁷.

23. É o que concluímos diante do Estatuto da Criança e do Adolescente, ao identificarmos que o direito à convivência familiar é também uma estratégia de garantia do direito ao desenvolvimento sadio e harmonioso, em condições dignas de existência (art. 7º, ECA), cabendo ao Estado assegurar os cuidados que contemplem as escolhas das pessoas envolvidas, dentre elas a de se permanecer na relação entre mães e filhos⁸, não constituindo a falta de recursos materiais, eventualmente demonstrada pela situação de rua, motivo em si para a separação familiar⁹. E que, ao mesmo tempo – e também para tal garantia -, as ações em Saúde acentuem cuidados em algumas fases como a gestacional (arts. 8º e 10, ECA¹⁰).

⁶ Além disso, a *Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos da Criança (1989)* dispõe que os Estados partes declararam-se “convencidos de que a família como elemento básico da sociedade e meio natural para o crescimento e o bem-estar de todos os seus membros e em particular das crianças, deve receber a proteção e assistência necessária para poder assumir plenamente suas responsabilidades na comunidade”.

⁷ Esses direitos ainda estão presentes nos seguintes planos políticos: Plano Nacional de Convivência Familiar e Comunitária (2006), Plano Decenal de Direitos Humanos de Crianças e Adolescentes (2014) e Política Nacional para a População em Situação de Rua (Decreto nº 7.053 de 2009).

⁸ Art. 23. A falta ou a carência de recursos materiais não constitui motivo suficiente para a perda ou a suspensão do poder familiar.

⁹ Art. 39. § 1º A adoção é medida excepcional e irrevogável, à qual se deve recorrer apenas quando esgotados os recursos de manutenção da criança ou adolescente na família natural ou extensa, na forma do parágrafo único do art. 25 desta Lei.

¹⁰ Art. 8º É assegurado à gestante, através do Sistema Único de Saúde, o atendimento pré e perinatal.
§ 1º A gestante será encaminhada aos diferentes níveis de atendimento, segundo critérios médicos específicos, obedecendo-se aos princípios de regionalização e hierarquização do Sistema./ § 2º A parturiente será atendida preferencialmente pelo mesmo médico que a acompanhou na fase pré-natal./ § 3º Incumbe ao poder público propiciar apoio alimentar à gestante e à nutriz que dele necessitem./ § 4º Incumbe ao poder público proporcionar assistência psicológica à gestante e à mãe, no período pré e pós-natal, inclusive como forma de prevenir ou minorar as consequências do estado puerperal./ § 5º A assistência referida no § 4º deste artigo deverá ser também prestada a gestantes ou mães que manifestem interesse em entregar seus filhos para adoção.
Art. 10. Os hospitais e demais estabelecimentos de atenção à saúde de gestantes, públicos e particulares, são obrigados a:
V - manter alojamento conjunto, possibilitando ao neonato a permanência junto à mãe.

24. A atenção integral à saúde das mulheres em situação de rua e/ou usuárias de crack/outras drogas e seus(suas) filhos(as) recém-nascidos deve fundamentar-se nesses parâmetros legais e nos paradigmas que atribuem à população em situação de rua a condição de sujeito de direitos, tal qual crianças e adolescentes, público que, em sua condição peculiar de pessoas em desenvolvimento, deve ser contemplado sob a ótica da proteção integral.
25. Ao mesmo tempo, é preciso garantir os direitos das mulheres de decidirem ficar ou não com a criança, não cabendo aos profissionais de saúde julgá-las, mas propiciar o apoio necessário para suas escolhas, entendendo que este é um momento crítico de suas vidas e uma situação que exige um processo de amadurecimento da decisão.
26. Para serem efetivas, as ações para o fortalecimento das mulheres e adolescentes, para a proteção de seus direitos, dos direitos dos recém-nascidos, bem como para a criação de condições dignas que lhes proporcionem acompanhar o desenvolvimento e a educação de suas crianças, precisam traduzir-se em ações em REDE. Tais ações devem ocorrer de forma integrada e articulada, envolvendo vários setores (saúde, assistência social, segurança pública, conselhos, representações da população de rua e outros), orientados e sensibilizados para atuar sempre com base na garantia dos direitos humanos de mulheres, adolescentes e crianças.
27. Caso seja identificada qualquer situação que vulnerabilize a mulher ou a criança durante o pré-natal, o parto ou o puerpério, os órgãos da rede existentes no território devem ser acionados para assegurar o acolhimento da gestante e sua rede de apoio para uma gravidez e um parto saudáveis, evitando a necessidade de futuro rompimento do vínculo mãe e filho(a) após o nascimento da criança.
28. Nesse sentido, é importante que os gestores propiciem espaços de acolhimento para as mulheres e seus(suas) filhos(as) onde estes sejam cuidados nos momentos de vulnerabilidade durante a gravidez e após a alta da maternidade. Esses espaços não devem ser cerceadores de direitos ou punitivos. Devem ser espaços que podem transitar entre a Saúde e a Assistência Social, promovendo o cuidado compartilhado da criança com a mulher, caso seja necessário, e assegurando ações que garantam a proteção desses sujeitos, assim como a possibilidade das mulheres vivenciarem uma outra forma de inserção na sociedade, caso desejem.
29. Frente a essas considerações, gestores e profissionais de saúde precisam reconhecer o papel fundamental do SUS na promoção de ações e nas articulações intersetoriais necessárias. No âmbito federal, o Ministério da Saúde disponibilizará o presente documento com diretrizes e fluxograma. Esse tem como objetivo principal fortalecer a atenção e possibilitar alternativas de promoção e defesa dos direitos de mulheres, das suas crianças e famílias (art. 226,

Constituição Federal), dentro dos parâmetros legais vigentes, preservando o direito à integridade física e psicossocial das mulheres e crianças nos seus contextos familiares.

Atenciosamente,



LUMENA ALMEIDA CASTRO FURTADO
Secretária de Atenção à Saúde/MS



ROGÉRIO CARVALHO SANTOS
Secretário de Gestão Estratégica e Participativa

Anexo

Fluxo de atenção à saúde das mulheres em situação de rua e/ou usuárias de crack e aos seus(suas) filhos(as) recém-nascidos

- 1- Atenção às mulheres em situação de rua e/ou usuárias de crack: a atenção deve ser realizada na unidade básica de saúde e/ou no consultório na rua e deve garantir atenção integral às mulheres, com oferta de consulta ginecológica, atenção em saúde sexual e reprodutiva com orientações e oferta de métodos contraceptivos, dentre eles a anticoncepção de emergência. Também deve-se garantir a oferta de testes rápidos de HIV e Sífilis a fim de proporcionar diagnóstico e tratamento em tempo oportuno e teste rápido de gravidez, assegurando o início do pré-natal o mais precocemente possível. Em relação às situações de violência sexual, é necessário garantir acolhimento respeitoso, profilaxia pós-exposição e encaminhamento para serviço de referência, se desejado pela mulher. Cabe destacar que, de acordo com o Estatuto da Criança e do Adolescente, são direitos fundamentais do adolescente a privacidade, a preservação do sigilo e o consentimento informado, não sendo necessária a presença de um responsável legal durante a consulta.
Ainda, deve-se considerar o encaminhamento/acompanhamento e articulação com o Centro de Atenção Psicossocial e/ou Núcleo de Apoio à Saúde da Família, conforme cada caso.
- 2- Gravidez: no acolhimento à mulher com teste/exame de gravidez positivo, deve-se considerar se esta gravidez é desejada ou indesejada e respeitar o desejo de escolha e autonomia das mulheres. No caso de gravidez indesejada, é importante identificar se esta resulta de violência sexual e garantir amparo legal no caso de desejo de interrupção da mesma.
- 3- Pré-natal: o acompanhamento pré-natal pode ser realizado pela UBS ou pela equipe de consultório na rua. Durante o pré-natal deve-se garantir a oferta dos exames preconizados, com resultado em tempo oportuno, vacinação e administração de medicamentos, caso necessário. Ainda, deve-se garantir a vinculação à maternidade de referência para o parto e/ou emergências obstétricas. Deve-se avaliar e classificar o risco da gestante e, de acordo com cada caso, encaminhar para serviço especializado de pré-natal de alto risco, articular com CAPS e NASF, acionar outros pontos da rede de saúde como a Casa da Gestante, Bebê e Puérpera, Unidade de Acolhimento, e pontos da rede de assistência social, se necessário.

4- Nascimento: no momento do nascimento, é importante que a mulher seja acolhida e acompanhada na maternidade por uma equipe multiprofissional. Deve-se respeitar seu direito de escolha de ficar ou não com a criança, garantindo o amadurecimento desta decisão a fim de que a mulher tenha clareza e certeza da mesma. Caso haja o desejo de ficar com a criança, deve-se avaliar se a mulher tem condições para cuidar da criança e garantir a convivência familiar assistida em um serviço de acolhimento transitório do sistema de saúde ou de assistência social, dependendo de cada caso. No caso da mulher não desejar ficar com a criança, deve-se buscar a família extensa, verificando se o pai da criança ou outros familiares podem e querem ficar com ela. Cabe ressaltar que deve-se recorrer ao processo de adoção apenas quando esgotados os recursos de manutenção da criança na família natural ou extensa.

5- Atenção à saúde do recém-nascido: deve-se garantir a alta responsável da criança, não devendo a mesma permanecer internada sem necessidade. Nos casos de prematuridade e/ou malformações, é importante que a criança seja acompanhada por um especialista. A oferta de serviços de saúde e/ou assistência social que acompanhem ou compartilhe com a mãe o cuidado à criança deve ser garantido pelos gestores, a fim de proporcionar a convivência familiar e garantir à mulher a possibilidade de permanecer com seu filho em segurança. Ainda, a UBS e/ou o consultório na rua devem acompanhar o crescimento/desenvolvimento da criança por meio de visitas institucionais intensivas ou consultas periódicas. Nenhuma situação justifica a separação da mãe e seu(sua) filho(a) ou a organização de casas de apoio distintas para as crianças e outra para as mães.

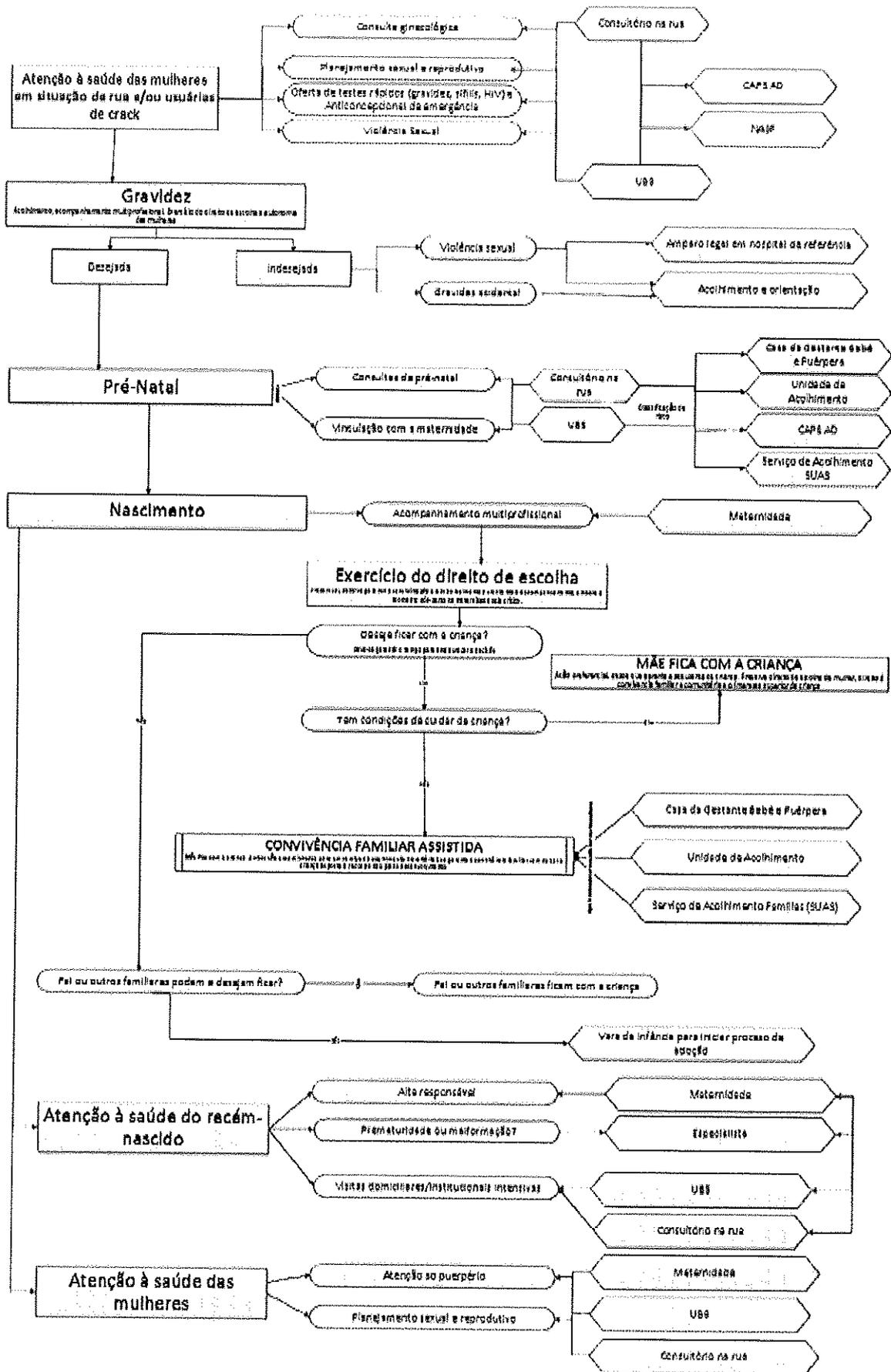
6- Atenção à saúde das mulheres: após o parto, a mulher deve receber orientações, apoio e avaliação em relação ao puerpério, planejamento sexual e reprodutivo e amamentação. A UBS e/ou o consultório na rua devem realizar consultas ou visitas institucionais que visem ao atendimento das necessidades de saúde da puérpera, dentre eles a oferta de métodos contraceptivos.

Recomenda-se a leitura das seguintes publicações do Ministério da Saúde:

- Saúde da população em situação de rua: um direito humano (2014)
- Manual sobre o cuidado à saúde junto a população em situação de rua (2012)
- Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências: orientação para gestores e profissionais de saúde (2010)

- Aspectos Jurídicos do atendimento às vítimas de violência sexual: perguntas e respostas para profissionais de saúde (2011)
- Anticoncepção de emergência: perguntas e respostas para profissionais de saúde (2005)
- Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: norma técnica (2012)
- Caderno de Atenção Básica nº26 – Saúde Sexual e Reprodutiva (2010)
- Guia técnico – teste rápido de gravidez na atenção básica (2013)
- Caderno de Atenção Básica nº32 – Atenção ao pré-natal de baixo risco (2012)
- Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher (2001)
- Caderno HumanizaSUS v. 4 - Humanização do parto e do nascimento (2014)
- Caderno de Atenção Básica nº33 - Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento (2012)

Fluxo de atenção à saúde das mulheres em situação de rua e/ou usuárias de crack e aos seus(as) filhos(as) recém-nascidos



B) Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa



INSTITUTO DE PSIQUIATRIA
DA UNIVERSIDADE FEDERAL
DO RIO DE JANEIRO/ IPUB/



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Determinantes da Institucionalização de Crianças e Adolescentes em tempos de Doutrina da Proteção Integral

Pesquisador: ISADORA SIMOES DE SOUZA

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 59419316.7.0000.5263

Instituição Proponente: Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro/ IPUB/

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.810.215

Apresentação do Projeto:

Pretende-se analisar os determinantes para a aplicabilidade da medida de proteção de acolhimento institucional de crianças e adolescentes, e as estratégias desenvolvidas para garantir o retorno ao convívio familiar, comunitário, bem como as demais estratégias de inclusão social, que visam superar a tendência de institucionalização que caracterizou o primeiro século da República no que diz respeito a assistência à infância e adolescência. Como hipótese, os pesquisadores creem que os argumentos que determinam as medidas de acolhimento institucional de crianças e adolescentes são calcados em crenças e valores presentes nos antigos códigos de menores, em discordância com o preconizado pelo ECA, bem como supõe-se que a morosidade nos processos de desinstitucionalização para efetivar o direito ao convívio familiar e demais estratégias de inclusão podem ter como prerrogativa os mesmos argumentos

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Investigar, através de análise documental dos processos judiciais, e de observação participante em Audiências concentradas na Vara da Infância e da Juventude da Penha, quais os determinantes para a aplicabilidade da medida de acolhimento institucional de crianças e adolescentes, bem como investigar como vem sendo realizado o processo de desinstitucionalização, quais são as

Endereço: Av. Venceslau Brás, nº 71, 2º andar - FDS

Bairro: Botafogo

CEP: 22.290-140

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)3938-5510

Fax: (21)2543-3101

E-mail: comite.etica@ipub.ufrj.br



Continuação do Parecer: 1.810.215

estratégias desenvolvidas

para garantir o retorno ao convívio familiar, comunitário, bem como demais estratégias de inclusão social.

Objetivo Secundário:

- Analisar quais os marcos jurídicos e psicossociais têm embasado as decisões em relação à aplicação da medida do acolhimento institucional;
- Investigar como os serviços que compõem o sistema de garantia de direitos de crianças e adolescentes atuam para garantir os direitos preconizados no ECA;
- Investigar como tem ocorrido a articulação entre os diferentes atores do sistema de proteção à infância e adolescência, em especial entre os operadores do direito e os profissionais da rede de saúde mental, no que diz respeito à garantia do curto tempo preconizado no ECA e recomendações do Conselho Nacional de Justiça, para que o acolhimento seja o mais breve possível, por se tratar de uma medida excepcional;

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Já descritos em versão anterior de análise

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Já descritos em versão anterior de análise

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Orçamento prevê financiamento próprio e compatível

Cronograma adequado

TCLE adequado

Termo de autorização institucional anexado

Recomendações:

envio de relatórios parcial e final , ao término desta pesquisa, via Plataforma Brasil

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

não há

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P	07/11/2016		Aceito

Endereço: Av. Venceslau Brás, nº 71, 2º andar - FDS

Bairro: Botafogo

CEP: 22.290-140

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)3938-5510

Fax: (21)2543-3101

E-mail: comite.etica@ipub.ufrj.br



INSTITUTO DE PSIQUIATRIA
DA UNIVERSIDADE FEDERAL
DO RIO DE JANEIRO/ IPUB/



Continuação do Parecer: 1.810.215

Básicas do Projeto	ETO_780955.pdf	16:45:28		Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	declaracao_de_instituicao_einfraestrutur a.pdf	07/11/2016 16:45:04	ISADORA SIMOES DE SOUZA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	03/11/2016 14:55:22	ISADORA SIMOES DE SOUZA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projetodetalhado.pdf	30/08/2016 17:50:45	ISADORA SIMOES DE SOUZA	Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRosto.pdf	30/08/2016 17:43:13	ISADORA SIMOES DE SOUZA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIO DE JANEIRO, 08 de Novembro de 2016

Assinado por:
Jorge Adelino Rodrigues da Silva
(Coordenador)

Endereço: Av. Venceslau Brás, nº 71, 2º andar - FDS

Bairro: Botafogo

CEP: 22.290-140

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)3938-5510

Fax: (21)2543-3101

E-mail: comite.etica@ipub.ufrj.br