



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS  
FACULDADE DE SERVIÇO SOCIAL**

**LIDIANE ALVES GOMES DE LIMA  
MARIA GENILDA DA SILVA SANTANA**

**VIOLAÇÃO DOS DIREITOS DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE EM  
SOFRIMENTO PSÍQUICO E A CONTRIBUIÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL**

**MACEIÓ  
2022**

**LIDIANE ALVES GOMES DE LIMA  
MARIA GENILDA DA SILVA SANTANA**

**VIOLAÇÃO DOS DIREITOS DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE EM  
SOFRIMENTO PSÍQUICO E A CONTRIBUIÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL.**

Trabalho de conclusão de curso de graduação em Serviço Social para a obtenção do título de Bacharel. Universidade Federal de Alagoas (UFAL). Faculdade de Serviço Social (FSSO).

Orientador: Prof.<sup>a</sup> Me. Sandra Barros Lima

**MACEIÓ  
2022**



UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS  
FACULDADE DE SERVIÇO SOCIAL  
COORDENAÇÃO DE TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO



**Folha de Aprovação do Trabalho de Conclusão de Curso para obtenção do título de Bacharel em Serviço Social pela Universidade Federal de Alagoas (UFAL).**

---

Alunos/as concluintes

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado em 23 / 08 / 2022.

**Título: VIOLAÇÃO DOS DIREITOS DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE EM SOFRIMENTO PSÍQUICO E A CONTRIBUIÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL.**

Conceito: \_\_\_\_\_

Banca Examinadora:

---

Prof.<sup>a</sup> Me. Sandra Barros de Lima  
(Orientadora)

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Margarete Pereira Cavalcante  
(Examinadora 1)

---

Lucyana Claudia Leão Leite da Silva  
Assistente Social e Especialização em Políticas Públicas Gestão e Serviços Sociais  
(Examinadora 2)

---

Coordenação de Trabalho de Conclusão de Curso

“Mais importante do que interpretar o mundo,  
é contribuir para transformá-lo”.

**Karl Marx**

## **AGRADECIMENTOS**

Quero aqui compartilhar a alegria de ter vencido mais um desafio em minha vida, quero agradecer, primeiramente ao meu Deus, por essa maravilhosa conquista, pois foi através da tua força e do teu poder, que eu consegui essa recompensa tão importante.

Aos meus pais, Manuel Messias e Liliane Alves, pela força e orações nessa caminhada, ao meu esposo Albert Einstein e aos meus filhos, Etanisllyw e Abner Cedryk, pelo apoio permanente, pela compreensão.

À minha amiga Ninha, pela força, incentivo, compreensão.

Aos professores e colegas de turma da graduação, pelo compartilhamento de uma nova visão de mundo.

Quero agradecer à todos que com seu apoio, amizade e amor contribuíram para este sucesso.

A vida não é um caminho isolado e as conquistas não são obtidas sem ajuda. Por isso, agradeço e quero dividir com todos a alegria dessa vitória.

É um momento de muita emoção e, meu coração está carregado de gratidão.

Lidiane Alves

## **AGRADECIMENTOS**

Em primeiro lugar eu agradeço a Deus pelas bênçãos recebidas.

A minha mãe, Maria José Pereira (in memória) pelos ensinamentos e todo apoio que sempre me deu, e mesmo no fim da vida, com suas palavras amorosas, me fez acreditar em mim mesma e seguir com meus objetivos.

Aos meus filhos Gyovanna, Gabriel e Maira, meus amores, as minhas irmãs, Gorete e Gabrielle, minhas companheiras, meu apoio, as minhas tias Geraldina, Aparecida e Gildete e a todos os familiares que sempre me deram força pra prosseguir.

Quero também agradecer aos colegas de trabalho da Secretaria de Assistência Social de Maceió, onde conheci o trabalho do Assistente Social de perto e isso despertou em mim, o desejo de voltar a estudar e assim ingressar na faculdade de Serviço Social, e desde o início recebi muito incentivo de todos.

Aos colegas de trabalho do CRAS Santos Dumont e do CRAS Cidade Sorriso, que foram muito importantes na trajetória, desde as palavras de apoio, as caronas para a UFAL, ao aprendizado diário na Política de Assistência.

A colega de turma Lidiane Lima, pela honrosa parceria no estágio supervisionado no Hospital Universitário Professor Alberto Antunes (HU)

Aos colegas de turma, companheiros dessa jornada e ao corpo docente da Universidade Federal de Alagoas, dos quais recebi o aprendizado necessário a minha formação e a nova profissão.

Por fim quero agradecer a Lidiane Alves, pela parceria neste trabalho de conclusão de curso, por se manter firme e forte nesta batalha, dividindo as aflições e somando forças para que no fim, nós duas alcançássemos o êxito.

Sigo em paz e muito feliz, por ter chegado até aqui, e ter como perspectiva, um fazer profissional de qualidade, amparada pelo arcabouço teórico que recebi e pela honra de ter estado numa universidade pública, gratuita e de qualidade.

Maria Genilda da Silva Santana

## RESUMO

Dentro de uma concepção de garantia de direitos para as crianças e adolescentes no Brasil, esse trabalho discutiu como se constituiu os direitos infanto-juvenil por meio das diversas intervenções governamentais até a chegada do Estatuto da Criança e do Adolescente em 1990. Num primeiro momento fizemos o levantamento bibliográficos dos dispositivos legais que garantem a proteção integral desse público do qual a lei 8080 se trata, analisando as situações em que ocorre desproteção em decorrência do não cumprimento da Lei. Na realização de pesquisa, optamos pela pesquisa bibliográfica e documental, realizando leitura de livros, monografias, artigos científicos e documentos do Ministério da Saúde e legislações complementares. Neste estudo demos ênfase à desproteção de crianças e adolescentes em sofrimento psíquico, observando o papel do Serviço Social na superação destas situações de desproteção. Por meio da análise da política de saúde mental infanto-juvenil, focalizando-se na atenção psicossocial buscaremos pontuar o envolvimento do Serviço Social e sua contribuição nos desdobramentos e mecanismos de enfrentamento das violações dos direitos das crianças e adolescentes em sofrimento psíquico, o papel do Centros de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil (CAPSI), o papel dos conselhos tutelares diante desta mesma demanda e as inúmeras ações significativas, que o Serviço Social pode oferecer para contribuir com a efetiva proteção e atendimento aos indivíduos em sofrimento psíquico. Considerando as dimensões técnico-operativa, ético-política e a teórico-metodológica da atuação do Serviço Social, podemos compreender que sua atuação garante o fortalecimento das políticas de direitos, que por meio da consolidação de estratégias de mediação interdisciplinar e multisetoriais vai garantir de forma eficaz o enfrentamento aos diversos tipos de violência. A partir do estudo, entende-se que o fazer profissional deve permanecer em consonância com o cuidar do indivíduo em sua totalidade, inserindo-o como parte integrante da sociedade. É todo um trabalho de garantia de direitos sociais.

**Palavras-chave: Violência. Assistente Social. Estatuto da Criança e do Adolescente. Atenção Psicossocial. Sofrimento Psíquico.**



## **ABSTRACT**

Within a concept of guaranteeing rights for children and adolescents in Brazil, this work discussed how children's rights were constituted through various government interventions until the arrival of the Child and Adolescent Statute in 1990. the bibliographic survey of the legal provisions that guarantee the full protection of this public that Law 8080 deals with, analyzing the situations in which lack of protection occurs as a result of non-compliance with the Law. In carrying out the research, we opted for bibliographic and documentary research, reading books, monographs, scientific articles and documents from the Ministry of Health and complementary legislation. In this study, we emphasized the lack of protection of children and adolescents in psychological distress, observing the role of Social Work in overcoming these situations of lack of protection. Through the analysis of children's mental health policy, focusing on psychosocial care, we will seek to point out the involvement of the Social Service and its contribution to the unfolding and mechanisms of coping with violations of the rights of children and adolescents in psychological distress, the role of the Child and Youth Psychosocial Care Centers (CAPSI), the role of guardianship councils in the face of this same demand and the numerous significant actions that Social Service can offer to contribute to the effective protection and care of individuals in psychological distress. Considering the technical-operative, ethical-political and theoretical-methodological dimensions of the Social Work performance, we can understand that its performance guarantees the strengthening of rights policies, which through the consolidation of interdisciplinary and multisectoral mediation strategies will guarantee in a effective in dealing with different types of violence. From the study, it is understood that professional practice must remain in line with caring for the individual as a whole, inserting him as an integral part of society. It is a whole job of guaranteeing social rights.

**Keywords: Violence. Social Worker. Child and Adolescent Statute. Psychosocial Care. Psychic Suffering.**

## LISTA DE SIGLAS

ABRAPIA	Associação Brasileira de Proteção à Infância e à Adolescência
D.C.	Depois de Cristo
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPSad	Centro de Atenção Psicossocial para tratamento de usuários de álcool e outras drogas
CAPSi	Centro de Atenção Psicossocial infanto-juvenil
CF	Constituição Federal
CMDCA	Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente
CNBB	Conferência Nacional dos Bispos do Brasil
CNSM	Conferência Nacional de Saúde Mental
COI	Centro de Orientação Infantil
COJ	Centro de Orientação Juvenil
CONANDA	Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente
CONDECA	Conselho Estadual dos Direitos da Criança e do Adolescente
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
CREAS	Centros de Referência Especializados de Assistência Social
DCA	Direitos da Criança e do Adolescente
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
FUNABEM	Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
LOAS	Lei Orgânica da Assistência Social
MEC	Ministério da Educação e Cultura
MNMMR	Movimento Nacional de Meninos e Meninas de Rua
MTSM	Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental
NAPS	Núcleo de Acompanhamento Psicossocial
OAB	Organização dos Advogados do Brasil
ONU	Organização das Nações Unidas
PAIF	Proteção e Atendimento Integral às Famílias
PNAS	Política Nacional de Assistência Social
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial

SAM	Serviço de Assistência ao Menor
SCFV	Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos
SGD	Sistema de Garantias de Direitos
SIPIA	Sistema de Informação para Infância e Adolescência
SUAS	Sistema Único de Assistência Social
SUS	Sistema Único de Saúde
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>13</b>
<b>1 DIREITOS DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE: Contextualização .....</b>	<b>16</b>
<b>1.1 Da gênese ao Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA): Resgate histórico .....</b>	<b>16</b>
<b>1.2 A dimensão do Estatuto da Criança e do Adolescente.....</b>	<b>29</b>
<b>1.3 Análise da desproteção social contra a criança e o adolescente.....</b>	<b>32</b>
<b>2 A POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL INFANTO-JUVENIL NO CONTEXTO BRASILEIRO .....</b>	<b>42</b>
<b>2.1 Saúde mental: da institucionalização aos serviços substitutivos .....</b>	<b>43</b>
<b>2.2 A saúde mental e atenção psicossocial para crianças e adolescentes .....</b>	<b>55</b>
<b>3 A CONTRIBUIÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NO ENFRENTAMENTO DA VIOLAÇÃO DE DIREITOS NO ÂMBITO INFANTO - JUVENIL.....</b>	<b>57</b>
<b>3.1 Serviço Social ante a questão do enfrentamento da violência infanto – juvenil .....</b>	<b>67</b>
<b>3.2 A atuação do Assistente Social frente à violência contra a criança e o adolescente em sofrimento psíquico.....</b>	<b>74</b>
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>79</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>81</b>

## INTRODUÇÃO

A História da Saúde Mental no Brasil perpassou um longo período sem receber atenção do poder público e da sociedade. No Brasil Colônia, indivíduos com menor poder aquisitivo que viviam e eram consideradas loucas, desde que considerados inofensivos para a sociedade, podiam vagar pelas ruas e viverem da caridade das pessoas. Por outro lado, os que apresentavam comportamentos agressivos, costumavam ser recolhidos para as cadeias (RESENDE, 2000). Nesse período, não havia, portanto, a busca por compreender o problema da loucura e, menos ainda, locais adequados para receber e atender os indivíduos em tais sofrimentos, relegando-os a situações degradantes, capazes de agravar suas condições.

A ausência de atenção e cuidados específicos tornou-se ainda mais evidente ao longo dos anos, e com o avanço e desenvolvimento do sistema capitalista, surgiu o ideário do higienismo social, que resultou na privação da liberdade das pessoas com problemas mentais, que acabaram sendo confinadas em hospitais psiquiátricos, construídos para retirá-los do convívio da sociedade.

Conforme Lisboa (2016) o tratamento dado às pessoas com problemas mentais era desumano, os métodos utilizados causavam dores e sofrimento e eram cometidas constantes violações dos direitos humanos. Diante disso, se expande na Europa do século XX um novo modelo de tratamento, sendo este uma proposta mais humanizada e que posteriormente chega ao Brasil passando a substituir o tratamento hospitalar e manicomial.

No Brasil, esse novo modelo chegou numa época de grande ebulição dos movimentos sociais, com destaque o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM). Este movimento trazia em seu bojo reivindicações por uma política pública voltada para um tratamento mais humanizado.

A luta iniciada no Brasil pelo MTSM ganhou visibilidade e conquistas relevantes como, por exemplo, a Lei nº 10.216/2001 que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas em sofrimento psíquico e busca dar um novo direcionamento a assistência em saúde mental.

Mesmo com todos estes avanços conquistados e com importantes mudanças de rompimento, com o modelo asilar, ainda existem desafios a serem enfrentados e erradicados da sociedade referentes à questão do preconceito direcionado aos indivíduos em sofrimento psíquico e sobre violações de direitos.

Assim, percebe-se que a luta antimanicomial ainda tem um longo caminho, que deve ser trilhado no sentido de abranger as reais necessidades das pessoas em sofrimento psíquico.

Nesse sentido, entende-se que um trabalho multiprofissional se constitui imprescindível, tendo o Serviço Social como um dos aliados nesse enfrentamento de violações de direitos.

O presente estudo, portanto, se faz relevante para entender e contribuir no enfrentamento de tais violações de direitos, principalmente no que se refere às crianças e adolescentes, pois essas pessoas, por um longo período da História do Brasil, não tiveram direitos instituídos, sendo tratadas como adultos, inclusive no que se refere às punições. A doença mental desses indivíduos, por muito foi negligenciado, até que fossem criados códigos e posteriormente o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), que com um novo olhar constitui regras e agentes de proteção capazes de promover um atendimento deste público, em sua totalidade, e os considerando como indivíduos com a necessidade maior de cuidado, uma vez que estão em formação. Portanto, é de suma importância estudar sobre o período em que essas crianças e adolescentes tiveram seus direitos negligenciados, até chegar ao ponto em que tais direitos foram paulatinamente reconhecidos e previstos em legislação, tendo em vista abordarem as situações de desproteção e os dispositivos legais disponíveis para impedi-las.

A reflexão que impulsionou a realização deste trabalho foi: será que, mesmo com todos os dispositivos legais instituídos pelo ECA, no que se refere à proteção integral de crianças e adolescentes, os direitos da criança e do adolescente em sofrimento psíquico estão sendo respeitados? Nesse contexto, qual o papel do Serviço Social no enfrentamento a violação dos direitos das crianças e adolescentes em sofrimento psíquico?

Neste entendimento, o objetivo geral do estudo se constituiu em buscar conhecimentos sobre a contribuição do Serviço Social, no enfrentamento dos direitos no âmbito, principalmente, da criança e do adolescente em sofrimento psíquico. Como objetivos específicos, tivemos: compreender sobre o contexto histórico da garantia dos direitos da criança e do adolescente no Brasil, até que fosse estabelecido Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) em 1990; fomentar uma reflexão sobre a política de saúde mental infanto-juvenil, abordando a atenção psicossocial voltada para crianças e adolescentes e, por fim, provocar uma reflexão sobre a contribuição do Serviço Social na saúde mental, especificamente no âmbito infanto-juvenil.

Quanto a metodologia, podemos afirmar que se tratou de uma pesquisa bibliográfica, qualitativa e descritiva em que foram utilizados artigos de sites de banco de dados, como Scielo, livros, leis e decretos. Foram consultados autores renomados capazes de contribuir com o tema abordado, dando subsídios para que os objetivos de estudo fossem alcançados, a exemplo de Braga e d'Oliveira (2019), Couto, Duarte e Delgado (2015), Minayo (2006), Vasconcelos (2002), Bisneto (2009), dentre outros também significativos.

Na primeira seção do trabalho, observa-se uma contextualização histórica onde as crianças e adolescentes não eram atendidos em suas necessidades básicas, sendo tratados como pequenos adultos. Posteriormente, observa-se que o desenvolvimento da sociedade trouxe consigo o surgimento das primeiras legislações que vieram gradualmente transformando a concepção de infância, e que criança e adolescente passaram a ser considerados sujeitos de direitos, demandantes de proteção integral nas várias fases que atravessam. Aborda-se, desde a criação das legislações mais incipientes até o advento do ECA, um marco para a garantia de direitos de crianças e adolescentes.

A segunda seção apresenta uma discussão sobre a política de saúde mental infanto-juvenil no Brasil, com o apoio do embasamento trazido pelos documentos do Ministério da Saúde (MS) por conferências e congressos de saúde mental. Dentro desse tema, destaca o surgimento dos Centros de Atenção Psicossociais (CAPS) e os Núcleos de Atenção Psicossociais (NAPS) e o importante projeto de lei de Paulo Delgado; aborda-se sobre as mudanças de percepção a respeito de pessoas em sofrimento psíquico; e sobre as lutas em busca da extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos e do tratamento diferenciado a cada indivíduo no campo da saúde mental, destacando-se a reforma psiquiátrica enquanto movimento fundamental nesse processo.

Na segunda seção também são abordados o ECA e o surgimento dos centros de atenção psicossocial à criança e ao adolescente, em sofrimento psíquico, que assegura a proteção integral, pretendendo superar a ideia do assistencialismo do Estado - voltado para o asilamento – e elevando a atenção para saúde mental de crianças e adolescentes ao patamar de saúde integral. Ainda nesta seção, aborda-se a questão do retrocesso que vem sofrendo a política de saúde mental, com a publicação da nota técnica N°11/2019, que dispõe sobre a reorientação das diretrizes da Política nacional de Saúde Mental.

Na terceira seção aborda-se o Serviço Social como parte integrante desse processo de luta e conquistas, que atua para garantir o atendimento das diretrizes da lei, condizentes com os propósitos de cuidado integral e atenção à criança e ao adolescente no campo da saúde mental, sempre em consonância com o Código de ética da profissão.

## **1 DIREITOS DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE: Contextualização**

### **1.1 Da gênese ao Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA): Resgate histórico**

Em séculos passados, o abandono de crianças, no contexto mundial se constituía algo corriqueiro. No contexto da Idade Média, datando a partir do século V (d.C.), era comum deixar recém-nascidos e crianças em matagais ou lugares em que não se havia a mínima chance de sobrevivência, onde as crianças acabavam morrendo pelo tempo, ataques de animais ou de fome (FREITAS, 2003).

Era o costume, na falta de outra opção, os bebês indesejados serem abandonados em bosques, portas de igrejas, estradas e assim, a maioria acabavam morrendo de fome e frio antes de serem encontradas e recolhidos. Com a finalidade de reduzir a mortalidade dessas crianças, surge a roda dos expostos<sup>1</sup> com a proposta de socorro, caridade cristã, uma forma de salvar essas crianças indesejadas da morte.

Então, entre os séculos XII e XIII houve na Europa, uma mobilização do Papa Inocêncio III, que instaurou a Roda da Misericórdia que foi colocada nos Conventos e casas de misericórdia, com a finalidade de receber crianças enjeitadas, consequência de gravidez indesejada. Assim, desde o século XV havia em Portugal as Irmandades da Misericórdia, que estimulavam os ricos a exercerem a caridade para ascender aos céus. A sociedade, o clero e a Coroa se esforçaram para criar as primeiras instituições de assistência direta à criança abandonada. A iniciativa desta ação partiu das mulheres da alta nobreza, infantas e rainhas que se apoiavam junto ao surgimento das confrarias de caridade (MOREIRA, 2015).

E assim, esse modelo de instituição de abrigo serviu de proteção aos enjeitados por toda a Europa, e por intermédio de Portugal, chegou também no Brasil. Foi uma iniciativa da Igreja para diminuir a mortandade e um meio de pôr em prática a caridade cristã.

No contexto brasileiro, quando se trata de crianças vale fazer uma retrospectiva ao período colonial que fora fortemente marcado pelo trabalho infantil, personificado pelas figuras dos grumetes e pajens, sendo estes jovens inicialmente trazidos pela coroa portuguesa para trabalharem na colônia em condições insalubres e inseguras. Os grumetes não eram

---

<sup>1</sup> O sistema de rodas dos expostos foi inventado na Europa Medieval, foi um instrumento usado para garantir o anonimato do expositor e estimula-lo a levar a criança que não desejava para a roda, assim evitando que elas fossem abandonadas pelos caminhos, bosques, porta de igrejas, entre outros lugares que a maioria dessas criancinhas não tinham chances de sobrevivência. A roda dos expostos era um instrumento formado por uma caixa dupla de formato cilíndrico, era adaptado no muro ou janela da instituição, onde era colocada a criança, quando o expositor girava a roda, a criança era conduzida para o lado de dentro da instituição, sem que a identidade de quem ali colocasse a criança fosse revelada (MARCÍLIO, 2016).



considerados como crianças e sim como animais úteis ao trabalho, e que trabalhavam com limpeza em geral, inicialmente, dentro dos navios onde eram transportados para a colônia – ajudando os marinheiros –, tendo uma baixa expectativa de vida, em média catorze anos. Os pajens se encontravam numa posição um tanto superior aos grumetes e, até mesmo, os explorava em algumas situações para aliviar sua carga de trabalho. Os pajens eram responsáveis por auxiliar membros da nobreza em suas necessidades, como em viagens a cavalo, por exemplo. Esses últimos, assim como os grumetes, sofriam abusos diversos praticados por seus senhores, não havendo legislação para proteger nenhum dos dois grupos de crianças trabalhadoras (ANDRADE, 2018).

Deste modo, as crianças trazidas pela Coroa Portuguesa sofriam abusos, trabalhos forçados e riscos constantes de mortes, enfrentando uma dura realidade, tal seja, a de não ser vista como um ser em formação e que necessitava de cuidados, mas sim, como um pequeno adulto deixado à própria sorte. Naquele momento, as crianças eram úteis ao trabalho, sem que sua condição fosse levada em consideração, o que evidencia mais uma faceta do capitalismo, que visa o lucro em detrimento as reais condições da força de trabalho.

Nessa época, a criança não era vista como um indivíduo, um ser em formação, não tinha direito a falar, ser ouvida ou expressar seus desejos. Não existia uma concepção legítima de infância e quando as crianças viviam no seio da família, sendo frutos de casamentos regulares, eram consideradas propriedades dos pais ou da família, destinadas única e exclusivamente a dar continuidade à descendência. Mas, se essa criança nascesse fora do matrimônio, era considerada bastarda e estaria fadada a humilhações ou ao abandono.

Nos períodos da nossa história denominada Brasil Colônia que foi de 1500 a 1822 e Brasil Império que teve início em 1822 e se estendeu até 1889 com a Proclamação da República, não houve a preocupação por parte dos nossos governantes em formular direitos à criança e ao adolescente, mas haviam regras bem claras para aqueles que viessem a cometer atos contrários as leis existentes na época aos adultos (SILVA FILHO, 2013, p. 7).

Portanto, percebe-se a despreocupação das autoridades brasileiras do século XIX em prover algum tipo de suporte às crianças e adolescentes, que faziam uso do poder de decisão unicamente nos momentos em que consideravam necessário punir e castigar. Um ponto que vale ser mencionado – ao se tratar de crianças no período colonial brasileiro – refere-se ao contexto do abandono, sendo este marcado por fatores como adultério, pobreza extrema e orfandade. As mulheres solteiras costumavam abandonar seus filhos temendo o preconceito e a opressão social. Desse modo, surge no Brasil a iniciativa de atendimento à criança abandonada

seguindo a tradição portuguesa, sendo instalada a roda dos expostos, nas Santas Casas de Misericórdia.

Essa medida foi regulamentada em lei, tornando-se a principal forma de assistência infantil do século XVIII e XIX, em virtude da ausência de atenção dos municípios a questão do abandono. Conforme citado, aquele que levava crianças às rodas dos expostos tinha sua identidade preservada, visto que apenas a criança era impulsionada para a parte de dentro das organizações que as recebiam. A forma em que as rodas foram criadas permitia que, de fato, esse indivíduo que deixava a criança não fosse revelado. Em alguns estados, a roda dos expostos perdurou até o século XX, terminando no período da república, com pequena quantidade de estabelecimentos nas cidades do Rio de Janeiro, São Paulo e Santa Catarina.

A preservação da identidade de quem abandonava encorajava as pessoas a não deixarem as crianças em lugares esmos, reduzindo assim a mortalidade infantil por fome, frio e ataques de animais. Todavia, com o grande número de crianças abandonadas nas Santas Casas de Misericórdia, surgiram os problemas de higiene e falta de alimentos nos abrigos, resultando, novamente, em altos índices de mortalidade (ANDRADE, 2018).

Assim, as rodas dos expostos foram deixando gradativamente de existir, mediante a ineficiência que o sistema adquiriu na proteção às crianças que acolhiam. Além da falta de recursos, nesse período, ainda, surge a medicina higienista<sup>2</sup>, com a justificativa de tomar medidas sanitárias, visto que ocorriam uma série de mortes nos mais variados ambientes em virtude de fatores sanitários. Logo, esse contexto acabou contribuindo para o enfraquecimento do sistema das rodas dos expostos no século XIX e sua completa extinção no século XX. Contraditoriamente, essa mesma medicina higienista acaba se caracterizando pelas suas práticas preconceituosas e elitistas, com uma busca de “limpar” a sociedade daqueles indivíduos com os quais esta não queria lidar, considerando os mais carentes como pestilentos e como nocivos para a vida social (ANDRADE, 2018).

Apesar da roda dos expostos ter sido extinta, vale considerar que esta foi a estratégia de assistência a crianças encontrada naquele período para evitar o abandono e morte destas, considerando-as como vidas que precisavam ser acolhidas. O fracasso da roda decorre da ausência de recursos e espaço físico para acolher tantos abandonos – ainda mais, com o grande

---

<sup>2</sup> O movimento higienista surgiu entre os séculos XIX e XX com o objetivo de realizar uma mudança nos hábitos comportamentais e com isso melhorar as condições de saúde da população, pois os médicos e sanitaristas passaram a observar as inúmeras ocorrências de surtos de algumas doenças, ficando alarmados com o elevado índice de mortalidade. Esses acontecimentos chamou a atenção, originando a linha de pensamento higienista, que buscou a disciplina de cada indivíduo e o controle de comportamento, defendia que esse controle fosse feito desde a infância, pois assim se tornaria um adulto higiênico irrepreensível (FERNANDES E OLIVEIRA, 2012).

número de mudanças da época —, pois já não se sustentava enquanto forma mais eficiente de atender crianças.

Deste modo, a roda dos expostos foi um modo assistencialista que ao longo do tempo tornou-se cada vez mais precário, passando a não conseguir atender à demanda gerada pelo crescimento desenfreado das cidades. Assim, a aglomeração das crianças nos abrigos passou a ser uma preocupação do poder público, gerando como resultado leis e medidas para a proteção, o que pode ser constatado no Código Penal de 1890<sup>3</sup>.

A legislação no Brasil Imperial em relação às crianças teve a finalidade de recolhimento das crianças abandonadas e órfãs, realizando punições quando achavam necessário. Mas, no início da república, começaram a surgir as bases para a organização da assistência a infância, quando surgiu, em 1890, o primeiro Código Penal da República onde ficou estabelecido que menores de nove anos não poderiam ser responsabilizados nem penalizados por pequenos atos ilícitos praticados. Entretanto, os que tivessem entre nove e quatorze anos de idade, o juiz teria o “poder” de julgar se essa criança ou adolescente agiu com discernimento ou não. Assim a responsabilização penal passa a considerar a Teoria do Discernimento, onde era avaliado psicologicamente se a criança ou o adolescente tinha discernimento sobre o delito cometido. Ainda previa a prisão disciplinar para os menores de vinte e um anos e prisão com trabalhos para aqueles considerados vadios e capoeiristas.

Entretanto, esse Código de 1890 diminuiu a idade da responsabilização penal para os nove anos de idade, assim crianças podiam ser levadas aos tribunais a partir dos nove anos de idade da mesma forma que os adultos, recebendo os mesmos tratamentos e punições dispensados aos adultos que cometiam crimes.

Tal situação se dava, conforme mencionado, pelo fato de que as crianças eram consideradas pequenos adultos, que tinham condições físicas e psíquicas de trabalhar, tomar decisões e responder pelas ações que realizavam. Assim, não se observava a fragilidade desses indivíduos, seu processo de desenvolvimento e suas necessidades durante cada uma de suas fases.

Dentro desse contexto, ocorre a ascensão e consolidação do sistema capitalista no Brasil, proporcionando mudanças socioculturais, econômicas e políticas. O Brasil passou por uma série de mudanças impulsionadas pelos chamados países centrais, o que também provocou

---

<sup>3</sup> Em 1890, foi criado o Código Criminal da República, para conter o aumento da violência urbana. A responsabilização penal passa a considerar a Teoria do Discernimento. Assim as crianças entre nove e catorze anos são avaliadas psicologicamente e penalizadas de acordo com o seu “discernimento” sobre o delito cometido. Elas poderiam receber pena de um adulto ou ser imputável (PEDROSA, 2015).

modificações também na forma de tratar a criança, considerando que ela não era digna de caridade, mas que era alguém que precisava de apoio no sentido de políticas públicas. Como prova dessa nova preocupação ocorre a criação da Lei de Cândido Mota<sup>4</sup> (Lei nº 844, de 10/10/1902) (PIROTTA E BROGGI, 2016). Essa preocupação surgiu em decorrência das prisões de crianças e adolescentes que praticavam pequenos delitos na época e acabavam presos na mesma cadeia com os adultos. Mas esse dispositivo legal veio com atitude moralista e corretiva, e também com alvo específico, crianças do sexo masculino, órfãs e pertencentes a famílias empobrecidas.

Assim, o Estado é chamado para resolver essa questão da marginalidade, pois se pensava que a sociedade estava em risco com essa geração de crianças e adolescentes com desvio moral e condutas criminosas, perturbando a ordem social. Diante disso, ocorreu uma institucionalização sem critérios na ordem dos direitos, mas em uma perspectiva de controle de classes sociais.

Porém, ao mesmo tempo em que se desenhavam mudanças, também se delineavam retrocessos e com a consolidação da industrialização no contexto nacional entre os séculos XIX e XX muitas crianças foram trabalhar nas indústrias. As crianças trabalhavam pelo fato de a renda ajudar na sobrevivência, sendo estas submetidas a excessivas jornadas de trabalho, onde realizavam trabalhos repetitivos, além de serem castigadas por chegarem atrasadas ou conversarem durante o trabalho. Muitas dessas crianças fugiam e eram procuradas pela polícia, sendo fichadas quando encontradas. Neste mesmo período, o número de menores moradores de rua aumentou, o que favorecia a exposição à criminalidade principalmente como autores de pequenos delitos na busca pela sobrevivência (LOPES E FERREIRA, 2010).

As crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade por terem pouco ou nenhum acesso à alimentação, à moradia, à educação ou à atenção familiar, eram fadadas à realidade das ruas, onde precisavam buscar seu próprio alimento, abrigo e dinheiro para sobreviverem. Sem suporte social, o que restava eram os furtos, de modo que pudessem sobreviver à fome e outras necessidades básicas. Diante dessa situação, a mesma sociedade que não atendia às necessidades dessas crianças e adolescentes, as punia severamente, tornando suas condições ainda mais degradantes. Percebe-se que poucas alternativas restavam às crianças e adolescentes

---

<sup>4</sup> A Lei nº 844, de 10/10/1902, de Cândido Mota, criou o Instituto Disciplinar, depois a Unidade Educacional Modelo e Colônia Correccional com a finalidade de reeducação, instrução literária, industrial e agrícola de jovens entre nove anos e vinte um ano de idade, sua atividade era predominantemente repressiva e correccional de adolescentes infratores (FONSECA e NARITA, 2019).

carentes, pois, ou eram considerados criminosos em virtude de buscarem a sobrevivência ou eram vítimas de trabalho infantil em lugares como as insalubres indústrias.

Na primeira metade do século XX, com as situações insalubres vivenciadas pelas crianças, adolescentes e mulheres, começa a surgir, no Brasil, de forma lenta e gradual, uma preocupação da sociedade e dos governantes com a formulação de uma legislação dirigida à infância, mas ainda era uma preocupação baseada numa lógica excludente. Sendo assim, o Brasil foi marcado, no início do século XX, pelo surgimento das lutas e movimentos sociais em busca de direitos sociais. Era o proletariado nascente que começava a lutar pelos seus direitos. Em 1917, através da Greve Geral, foi criado o Comitê de Defesa Proletária que reivindicava a proibição do trabalho de menores de 14 anos e o fim do trabalho noturno para mulheres e menores de 18 anos (LORENZI, 2016).

Neste contexto, em 1927, foi criado o primeiro juizado de menores, onde o primeiro juiz de menores da América Latina foi o brasileiro Mello Mattos. Diante disso, o Código de Menores foi o primeiro documento implementado como Lei, ficando conhecido como Código Mello Mattos.

Tal Código tinha como transversalidade tanto a visão higienista de proteção, como também, posteriormente, com a visão jurídica de controle social, promoveu a unificação da legislação de menores. A partir da Constituição de 1937, o Estado passou a proporcionar mínimas condições para a preservação da integridade física das crianças e concedeu acesso a um auxílio, para que as famílias pudessem conseguir a sua subsistência e educação de sua prole.

O Código já definia em seu Artigo 1º a quem a Lei se aplicava:

O menor, de um ou outro sexo, abandonado ou delinquente, que tiver menos de 18 anos de idade, será submetido pela autoridade competente às medidas de assistência e proteção contidas neste código. Código de Menores – Decreto N. 17.943 A – de 12 de outubro de 1927 (BRASIL, 1927).

Deste modo, percebe-se que essa legislação era destinada às crianças e adolescentes que viviam em situação de abandono ou aos que cometiam atos ilícitos, os chamados “menores” em situação irregular, que se tornava focos da atuação do Estado, pois os mesmos eram considerados uma ameaça aos status quo.

Com o objetivo de manter a ordem social, o Código, ao ser formulado, buscava regulamentar questões como trabalho infantil, tutela e pátrio poder, delinquência e liberdade vigiada. Todavia, a figura do juiz era revestida de grande poder e era o julgamento e a ética do juiz que ditava o destino de muitas crianças e adolescentes. Além disso, em questões irregulares em que a criança se encontrasse, como por exemplo: ausência de alimentação, saúde e educação; omissão dos pais/responsáveis para o provimento das necessidades da criança;

atuação no suporte às crianças vítimas de maus tratos e castigos. O Código também focalizava, como situação irregular o chamado desvio de conduta, que se caracterizava quando a criança tomava alguma atitude tida como inadequada e como algo inadaptável, para o convívio social, na sociedade da época. O Código em referência também abordava as infrações penais.

Com o Código de Menores de 1927, a maioridade penal chegou aos dezoito anos de idade, ficando proibida a prisão de crianças e adolescentes. Se o adolescente entre catorze e dezessete anos praticasse delito, seria enviado para uma escola de reforma, passando a receber educação e para aprender um ofício. Os menores de catorze anos que fossem órfãos, seriam enviados para a escola de preservação, em um local considerado como sendo uma versão menos rigorosa que o reformatório. Os mais novos que tinham família, eram liberados para voltar para casa com os pais, com orientação de que os pais não permitissem que os filhos voltassem a cometer atos ilícitos (ANDRADE, 2018).

O Código de Mello Mattos, foi o primeiro diploma legal a consolidar as normas esparsas anteriores e o que previu, pela primeira vez, a intervenção estatal nesta delicada seara. Contudo, muitos autores o descrevem como sendo puramente discriminatório e que tinha, como foco principal, o controle dos filhos da pobreza, numa perspectiva de vigilância e sanções. Em síntese, o Código de Mello Mattos, buscava disciplinar os procedimentos para atenção aos menores abandonados, delinquentes, órfãos e operários.

O Código de Menores permitiu que o Estado interviesse nas relações familiares, e proibiu a roda dos expostos. Assim as mães teriam que fazer a certidão de nascimento dos filhos, para depois levar a criança em um orfanato, normatizou a repressão do trabalho infantil, determinou a perda do poder pátrio e a formação de tribunais para julgamentos de menores de dezoito anos. De acordo com Andrade (2018, p. 7-8),

[O] Código de Menores veio alterar e substituir concepções obsoletas como as de discernimento, culpabilidade, penalidade, responsabilidade, pátrio poder, passando a assumir a assistência ao menor de idade, sob a perspectiva educacional. Abandonou-se a postura anterior de reprimir e punir e passou-se a priorizar, como questão básica, o regenerar e educar. Desse modo, chegou-se à conclusão de que questões relativas à infância e à adolescência devem ser abordadas fora da perspectiva criminal, ou seja, fora do Código Penal.

Nesse contexto, a sociedade exigiu, do Estado, um controle social, o que estimulou o surgimento do Código de Menores, o qual teve a finalidade de demonstrar que, se uma criança ou adolescente tem uma atitude contrária ao esperado pela sociedade, seria através da educação e do redirecionamento que esse indivíduo poderia obter uma modificação no seu comportamento. O termo “menor”, portanto, passa a ser utilizado para caracterizar as crianças

e os adolescentes que necessitam de apoio para que sua conduta seja condizente com as normas de conduta sociais, sendo este “menor” alguém carente de aconselhamento e exemplos sobre como discernir as atitudes corretas daquelas que devem ser repudiadas. Desse modo, o termo “delinquente”, disseminado na sociedade da época, passa a ser substituído pelo termo “menor” para designar as crianças e adolescentes em conflito com a lei.

Segundo Andrade (2018), essa nova maneira de observar uma criança/adolescente sofreu uma grande influência europeia, onde se considerou que o castigo não era a alternativa mais viável para que uma criança/adolescente se comportasse de maneira distinta e aceitável, mas através de intervenções psicopedagógicas capazes de ocupar a mente do indivíduo com exemplos e atividades consideradas positivas ao seu desenvolvimento, numa perspectiva da cidadania, e de um pensamento ético e humanizado.

Com a promulgação da constituição de 1937 a infância e a juventude passam a ser encargos do Estado que assumiu a responsabilidade de assegurar condições físicas e morais para o desenvolvimento desse público. Cabe ressaltar, também, que é por meio desta constituição que os pais passam a ser responsabilizados, na tentativa de prevenir o abandono moral, intelectual e físico.

Além das questões já referenciadas, o pensamento europeu que influenciou a criação do Código de Menores do Brasil trazia em seu bojo o entendimento de que, se a criança/adolescente estava tomando atitudes consideradas inadequadas, uma das razões poderia estar na ausência ou dificuldades em seus laços familiares, que poderiam impactar o contexto educacional e a disciplina do indivíduo. As razões poderiam estar vinculadas, ainda, a condições de trabalho infantil, abusos sofridos relacionados as refrações da questão social, que podem resultar em desordens, no seu cotidiano e no seio da família, falta de acesso à educação, alimentação e a um lar, dentre outras razões. Diante do exposto, seriam necessárias medidas educativas e intervenções capazes de solucionar os problemas vivenciados pela criança/adolescente.

Todavia, apesar da criação do Código e das influências positivas que este concentrou, ainda se percebia que o atendimento oferecido às crianças e aos adolescentes não resolvia de fato suas necessidades. Nesse contexto, a característica de repressão e castigo ainda estava presente na concretização da Lei, levando a situação das crianças e adolescentes a constantes retrocessos. Nesse aspecto, o poder revestido na figura do juiz, e a cultura da época – em que se observavam crianças e adolescentes vulneráveis como delinquentes – podem ter influenciado à ineficiência prática do Código. Percebe-se que a maioria das medidas se encontrava em um

contexto legal e teórico, mas, na prática, ainda havia entraves a serem superados para que esses indivíduos fossem de fato protegidos e atendidos de forma efetiva (ANDRADE, 2018).

Assim, em 1941, surge mais uma alternativa para atender às crianças e adolescentes, que foi chamada Serviço de Assistência ao Menor (SAM). Essa opção acontece no Estado Novo, período no qual Getúlio Vargas governava o país de forma antidemocrática. Inicialmente, a ideia do SAM foi de proteger crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade, institucionalizando-as em órgãos geridos pelos juizados de menores. Porém, o SAM acabou se concretizado sob a forma de reformatórios, em que esses indivíduos eram colocados para sofrer correções nos seus comportamentos de forma repressiva. O resultado, portanto, foi a ineficácia do projeto, que acabou objetivando retirar do convívio social e institucionalizar aqueles com quem a sociedade da época não desejava lidar (ANDRADE, 2018).

Em 1944 por intermédio do Decreto nº 6.865, O SAM teve redefinidas as suas competências cabendo-lhe orientar e fiscalizar as entidades particulares diagnosticar os casos em que caberiam internação e ajustamento social, por meio de exame médico-pedagógico, encaminhar e abrigar os menores aos estabelecimentos bem como supervisionar e controlar as instituições particulares que recebiam subvenção do Estado. Outrossim, em relação a esses episódios, Andrade (2018, p.9) afirma:

Em resumo nesse período, pode-se dizer que o Estado por diversas vezes foi dado como incapaz de dar as crianças e adolescentes, uma política de assistência mínima, ficando somente na seara repressiva, controladora e vigilante em relação aos referidos, além de estimular a inserção dos infantes nas atividades trabalhistas.

Assim, as atitudes legais tomadas com relação às crianças e adolescentes vão sendo marcadas por atitudes democráticas e antidemocráticas, até que no golpe militar de 1964, novas alterações vão surgindo, porém sem significativos avanços positivos na atenção a esses menores. Nesse período ocorre a criação da Fundação Nacional do Bem-estar do Menor (FUNABEM), que representou um reforço da intervenção estatal à repressão, no que se refere à condição da criança e do adolescente e na institucionalização desses indivíduos. Assim, todos os menores que estivessem fora do seu seio familiar, e que manifestassem atitudes consideradas infrações penais eram considerado como alguém que representasse um problema social, e eram institucionalizados nesses locais com vistas a modificar seu comportamento.

Durante esse período, a FUNABEM abre espaço para a criação de uma política voltada para a proteção dessas crianças e adolescentes. Todavia, as políticas eram direcionadas por uma



instituição intitulada Escola Superior de Guerra, que representava uma repressão que pode ser considerada como mais um dos retrocessos nas políticas de atendimento às crianças e adolescentes (ANDRADE, 2018). Para Silva Filho (2013, p. 12),

A FUNABEM foi uma instituição criada para cuidar dos menores abandonados ou aqueles que cometessem atos contrários à lei existente na época, mas na verdade exerciam um controle rigoroso sobre os mesmos. Esta instituição defendia a ideia da internação e exposição intensa ao trabalho como forma de recuperação do menor abandonado ou infrator.

Nessa linha descrita por esse último ator, é aprovado um novo código de menores, que utiliza como exemplo, as determinações da Organização das Nações Unidas<sup>5</sup> (ONU), elaboradas e instituídas em convenções. Todavia, apesar da influência ancorada na ONU, as características de reprimir, que se sobressaem às de educar, continuam a ser uma situação constante na educação brasileira. Assim, em 1979, observando-se as mudanças mundiais no tratamento às crianças e aos adolescentes, um novo código de menores é instituído no Brasil. Esse novo dispositivo legal retirou definitivamente a expressão delinquente ou infrator quando fosse feita qualquer referência a uma criança ou a um adolescente. De acordo com esse código, esses indivíduos nos casos em que estivesse em alguma situação considerada inadequada, eram considerados como “menor[s] em situação irregular”, como também lhes era oferecido apoio, quando estivessem em condições de abandono, violência ou em qualquer tipo de vivência inadequada nessa fase da vida

. Entretanto, o Código de Menores de 1979, a Lei nº 6.697/1979 ainda apresentava lacunas, não prevendo outras políticas além da institucionalização de crianças e adolescentes. Desse modo, aqueles que não eram institucionalizados (e sofressem repressões nesses locais) acabavam não tendo suporte para reestabelecer laços familiares ou encontrar outras famílias que os acolhessem, tornando-se moradores de rua e adultos muito antes do tempo, mediante o amadurecimento que os perigos das ruas os levavam a rapidamente adquirir (CUSTÓDIO, 2009 apud ANDRADE, 2018).

Como visto acima, o Código de Menores de 1979 trouxe poucas modificações e se mostrou como uma revisão do Código de Menores de 1927, permanecendo assim com uma perspectiva baseada em arbitrariedade, assistencialismo e repressão.

---

<sup>5</sup> O novo Código de Menores, se baseou na Declaração de Genebra sobre os Direitos da Criança de 1924, no Fundo Internacional de Emergência das Nações Unidas para a infância (UNICEF), em 1946, na Declaração Universal dos Direitos Humanos, em 1948 e na declaração dos Direitos da Criança, em 1959.

Desse modo, de acordo com Andrade (2018, p. 11), “somente a partir da década de 80 [...], com o advento da democracia, é que se inicia a perspectiva de proteção e garantia aos direitos das crianças e adolescentes”. O início do processo de abertura política possibilitou o surgimento de novas organizações da sociedade civil e da sociedade política. É nesse contexto que na metade dos anos 1980, houve no Brasil uma mudança conceitual importante.

A sociedade e os profissionais que trabalhavam na área da infância e da juventude se reuniram e promoveram debates e reflexões, fazendo a crítica ao conceito de “menor” e buscando alternativas no sentido de conceber e tratar as crianças e adolescentes como sujeitos de direitos. É importante pontuar que esses profissionais sofreram influência da Declaração dos Direitos da Criança (1959), que traz em seu conteúdo a transformação da criança de objeto de direito para uma criança, sujeito de direito, tendo em vista que na Declaração dos Direitos da Criança de 1924, já havia sido enunciada essa necessidade de proteção e que foi reafirmada em 1959. Deste modo, a partir deste último documento, as crianças podem receber uma proteção especial, sendo-lhes respeitadas as suas fases da vida. Tal documento esclarece todos os direitos humanos das crianças e adolescentes e estabelece como e quem pode promover condições para que a criança tenha uma infância digna e possa usufruir de direitos e liberdades, tanto no seio familiar como na sociedade (ANDRADE, 2018).

Assim, o ano de 1979 foi considerado o Ano Internacional da Criança, quando aconteceram muitas reflexões em variados campos do conhecimento, como nas universidades, que tiveram papel preponderante na produção e propagação do saber, com suas ponderações acerca do modo da doutrina da proteção integral, ou seja, a forma de levar para o fazer profissional um novo olhar, sobre a criança e sobre o adolescente, o que a partir do ano de 1979, passa a ser considerado em todas as esferas do direito, garantindo assim, o acesso adequado à saúde, a educação e ao lazer. Diante disso, os profissionais que trabalhavam diretamente com as crianças e adolescentes foram levados a refletir sobre as suas práticas profissionais. Entretanto, apenas dez anos mais tarde, em 1989, quando aconteceu a Convenção Internacional sobre os Direitos da Criança<sup>6</sup>, que se consubstanciou como um marco importante em prol da estruturação das bases, para a implantação de uma doutrina de proteção integral. Para Garcia (2009, p. 15),

---

<sup>6</sup> A convenção Internacional sobre os Direitos da Criança, é um tratado que tem por objetivo promover à proteção das crianças e dos adolescentes. É um instrumento de direitos humanos mais ratificado em escala mundial. O Brasil ratificou a Convenção em 1990 (ROSEMBERG E MARIANO. 2010).

Neste período muitas lideranças emergiram, grupos representativos se encontraram e se reconheceram. De todos os atores envolvidos, o mais importante foi o movimento social, o qual convocou e uniu os demais protagonistas em torno de suas estratégias em relação ao atendimento, a promoção e a defesa dos direitos da criança e do adolescente.

Os movimentos sociais exerceram um importante papel nessas mudanças e trouxeram a participação popular no processo de redemocratização e no exercício da cidadania, que se caracteriza pela participação dos cidadãos nas decisões políticas que os afetam. Foram esses movimentos sociais que direcionaram um rumo político que exigiu uma legislação voltada aos direitos da criança e do adolescente, iniciando assim uma ampla mobilização nacional em prol da elaboração e aprovação de uma nova legislação que conferisse às crianças e adolescentes com status que lhes legitimasse um amparo legal, como cidadãos de direitos.

Em 1985 é constituído o Movimento Nacional de Meninos e Meninas de Rua (MNMMR), que foi um movimento criado numa perspectiva de organizar crianças e adolescentes para a defesa dos seus direitos que, junto com a Pastoral do Menor e a Frente Nacional de Defesa de Direitos da Criança se articularam nacionalmente. Esses movimentos coincidiram com o começo do Período Constituinte em 1986, onde foram apresentadas, individualmente, várias propostas para a Constituinte, no entanto muito pouco foi aproveitado das emendas propostas por esse movimento. Em razão disso foi organizado o Fórum Nacional de organizações não governamentais de defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente, que foi criado num processo de Constituinte em 1988. A partir dessas importantes discussões, o Movimento de Meninos e Meninas de Rua assume a Secretaria Nacional desse Fórum, junto com outras organizações (SANTOS, 2009).

O Movimento de Meninos e Meninas de Rua elaborou duas campanhas, a “Campanha Criança e Constituinte” articulada pelo Ministério da Educação e Cultura com foco de 0 a 6 anos – é o grupo hoje que articula a primeira infância – onde eram organizados eventos nos Estados e reuniões, de forma articulada com a esfera da educação; e a campanha “Criança Prioridade Nacional” que dava origem às organizações recém-criadas na época, com o apoio do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF). De acordo com Costa (2000, p. 57),

Durante a Assembleia Nacional Constituinte toda essa mobilização resultou, principalmente, em duas emendas populares apresentadas ao Congresso com mais de duzentas mil assinaturas de cidadãos adultos e de um milhão e duzentas mil assinaturas de crianças e adolescentes. Essas duas emendas, conhecidas como “Criança Constituinte” e “Criança Prioridade Nacional” resultaram nos textos dos arts. 227 e 228 da CF de 05.10.1988, que elencam direitos inovadores em favor da infância e da juventude brasileira.

No Art. 227 da Constituição é que, pela primeira vez, são indicados os direitos da população infante juvenil. Ainda que de forma genérica, a Constituição prever os direitos fundamentais e acrescentar que esses direitos devem ser assegurados com absoluta prioridade. Essa previsão dos direitos da população infante-juvenil, é uma inovação da Constituição brasileira, que ultrapassou em importância, o princípio do superior interesse da criança, que está em todos os documentos, tratados e convenções internacionais, por contemplar o princípio do superior interesse da criança, que era um princípio absolutamente subjetivo, pois se tratava de como o juiz de menores entendia a questão (princípio do superior interesse da criança).

Assim, com a aprovação da Constituição brasileira em outubro de 1988 e com a incorporação dos artigos 227 e 228, surgiram iniciativas de regulamentação para que esses artigos fossem concretizados. O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) surgiu como a lei que concretizou e expressou os novos direitos das crianças e adolescentes, assegurados na Constituição Federal. Foi uma lei elaborada por várias camadas sociais, dentre elas o Fórum Nacional de Entidades Não-Governamentais (DCA), movimentos e entidades como a Organização dos Advogados do Brasil, a Associação Brasileira de Proteção à Infância e à Adolescência (ABRAPIA), a Pastoral do Menor da CNBB, o Movimento Nacional Meninos e Meninas de Rua, em que todos se articularam em prol de coordenar a elaboração e a aprovação do ECA. Com esse amplo processo de mobilização da sociedade brasileira, em prol da elaboração do Estatuto da Criança e do Adolescente, resultou na aprovação tanto na câmara dos deputados como no senado por unanimidade, e pelas lideranças de todos os partidos representados no Parlamento (COSTA, 2000).

Na construção do ECA, a participação da sociedade civil organizada foi muito importante, pois possibilitou que tal documento legal fosse construído e dialogado, como também, de como se fazer e se materializar os direitos descritos no Estatuto. O Estatuto da Criança e do Adolescente brasileiro foi a primeira legislação a conciliar os ditames da doutrina da proteção integral com os mesmos princípios da Convenção Internacional dos Direitos da Criança e do Adolescente, em um reconhecimento da infância e de todos os seus direitos civis e políticos, direitos econômicos e sociais e direitos especiais (proteção). Citando alguns desses princípios, direito a sobrevivência e ao desenvolvimento, direito ao lazer, descanso e cultura, direito à proteção contra a violência, direito à liberdade de pensamento, direito à consciência e crença religiosa (ROSEMBERG E MARIANO, 2010).

O ECA foi redigido ao mesmo tempo que a ONU preparava a Convenção Internacional de 1989, daí porque as regras mais importantes dessa Convenção foram introduzidas no ECA. Por conta disso, o UNICEF começou a indicar o modelo do Brasil para todos os países que

estavam em processo de adaptações de suas legislações a Convenção Internacional dos Direitos da Criança e Adolescente.

## **1.2 A dimensão do Estatuto da Criança e do Adolescente**

A História do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) faz parte de um amplo movimento social. De acordo com Santos et al. (2009), a sociedade passou por vários modos de observar a criança, havendo um período longo da história da humanidade em que as crianças e adolescentes não tinham direitos ou proteção. Essa história foi desde a soberania paterna associada ao caritativismo religioso, passando do estado de bem-estar social à ação filantrópica, até chegar no modo baseado em direitos, a ação emancipatória cidadã, com uma perspectiva de cidadania que tem a base na concepção de que crianças e adolescentes são sujeitos de direitos.

Nesse aspecto, o Estado, a família, como também a sociedade, foram convocados a se interessar, no sentido de proteção à criança e nos cuidados com a sua educação, impulsionados pelo surgimento de leis, normas e direitos que foram sendo conquistados gradativamente, garantidos em tratados e leis de abrangência internacional, representando um longo caminho, percorrido – na luta pela aquisição de direitos – que teve três momentos marcantes de tais direitos.

Em 1924, os direitos infanto-juvenis foram anunciados internacionalmente pela Declaração de Genebra, onde foi reconhecido o direito à proteção da criança e à proibição do tráfico de crianças e mulheres. Em 1959, foi proclamada a Declaração Universal dos Direitos da Criança, momento em que foi desenvolvido o princípio do “interesse superior da criança”, onde se afina em síntese, o direito da criança à proteção especial, oportunidades e facilidades necessárias para seu desenvolvimento saudável e harmonioso, adequada nutrição, moradia, recreação, serviços médicos, educação e a ser protegida contra todas as formas de negligência, crueldade e exploração. Ratificada por 191 países, teve como base a Declaração de Genebra de 1924 e no reconhecimento dos direitos da criança na Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948 (SANTOS, et al. 2009).

A Declaração de 1959 foi o primeiro marco em que se instituiu a noção de que crianças tinham direito à proteção integral. Em 1989, foi promulgada a Convenção Internacional dos Direitos da Criança. O quinto princípio da Declaração dos Direitos da Criança (1959) especifica o tratamento especial que deve ser dado às crianças e adolescentes com incapacidade mental, física – total ou parcial – assim como também, o tratamento que deve ser dado àquelas que sofre de algum impedimento social, para que recebam a educação e os cuidados especiais que requeira seu caso particular (INÁCIO; LIMA, 2019). Seguindo as diretrizes que já estavam

efetivas na Declaração de 1959, o Brasil assinou a Convenção Internacional em 1990, que instaura o paradigma da proteção integral. Diante disso, é afastada a ideia de que a criança era objeto de uma ação protetora e a coloca como um sujeito de direitos em inerente processo de desenvolvimento.

O século XX – século que no mundo inteiro inaugura os direitos da criança e do adolescente – foi um século de construção de direitos, e na última década, no Brasil, foi aprovado o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). O ECA foi efetivado em julho de 1990, através da Lei 8.069/1990 e representa um marco na concretização de direitos que, até então, não tinham sido efetivados nos códigos anteriores, pois eram sempre marcados por características conservadoras, como repressões ou uso de termos pejorativos – delinquentes e infratores – para designar crianças e adolescentes. Assim, o ECA, como comumente é conhecido, surge não apenas para emanar, mas para operacionalizar direitos de proteção integral desses indivíduos (BRASIL, 1990).

Para que o ECA se concretizasse, substituindo o Código de Menores de 1979, foi necessária uma pressão social significativa que envolvia autoridades e civis. Esses cidadãos consideravam que o código de 1979 já não atendia às necessidades das crianças e adolescentes, e apresentava uma lacuna, entre o que estava escrito e o que acontecia na prática. Esse era um problema a ser solucionado. Desse modo, indivíduos que almejavam uma lei que protegesse e não mais reprimisse crianças e adolescentes se uniram em grupos, como os movimentos pela infância e os progressistas, que desejavam transformar e avançar rumo a políticas mais adequadas aos novos tempos que se desenhavam, onde se reconstruía a democracia e os direitos em geral através da nova Constituição Federal criada em 1988. De acordo com Oliveira (2017, p.11),

O Estatuto da Criança e do Adolescente surgiu para romper um lastimável histórico na esfera jurídica e social representada até então pelo Código de Menores. Assim, para que o ECA se consolidasse, foi necessário um enorme e significativo empenho de classes e instituições inconformadas e enternecidas com a causa.

Através da criação do ECA foi possível garantir proteção às crianças e adolescentes independente das suas condições socioeconômicas, sem diferenciar os que estivessem em situação de rua ou que tivessem família. Assim, mesmo estando nas ruas, não mais significava que crianças e adolescentes necessitavam de repressão e institucionalização em locais opressores, mas evidenciava que precisavam de proteção do Estado e de toda a sociedade, para ter sua condição transformada e seu desenvolvimento garantido com dignidade e atendimento

às suas necessidades. Um fator importante emanado pelo ECA se constitui nas sanções<sup>7</sup> para aqueles que descumprirem suas determinações e infringirem de alguma forma sofrimentos, a crianças e adolescentes, impedindo-os de viver plenamente essa fase de suas vidas, cerceando seus direitos ou os violentando. Desse modo, o ECA aborda direitos basilares como saúde, educação, necessidade de vínculos familiares e comunitários, moradia, lazer, dentre outros direitos fundamentais a um desenvolvimento pleno de crianças e adolescentes (OLIVEIRA, 2017).

A Constituição Federal de 1988 representa um caminho para a concretização do ECA, visto que a Carta Magna, ao citar direitos, contemplava as crianças e os adolescentes, nesses. Assim, familiares, Estado e sociedade passam a ser responsáveis por garantir direitos e ofertar a proteção da integridade física/ mental das crianças e adolescentes. Assim, de acordo com a Constituição Federal,

Art. 227 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 (BRASIL, 1988).

O princípio da prioridade absoluta se apresenta com caráter objetivo, significa preferência na formulação, na execução de políticas sociais públicas, destinação privilegiada de recursos para área da criança e do adolescente.

Assim, no Art. 228 surgem as regras para o enfrentamento dessa realidade que era vivenciada por crianças e adolescentes que cometiam delitos na época. A Constituição Federal em seu art. 228 dispõe: “São penalmente inimputáveis os menores de dezoito anos, sujeitos as normas da legislação especial.” (BRASIL, 1988).

Desse modo, são lançando as bases da legislação pertinente a crianças e adolescentes, de acordo com a Convenção dos Direitos da Criança (ONU) e com documentos afins, do conteúdo dos direitos das crianças e adolescentes brasileiros. Sendo assim, a responsabilização criminal no Brasil inicia-se aos dezoito anos de idade. Nesse sentido, ocorre um reconhecimento de que a adolescência é uma fase especial do desenvolvimento humano, e que não se pode submeter os adolescentes às mesmas punições de um adulto.

---

<sup>7</sup> O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) prevê sanções administrativas e penais por ofensas aos direitos assegurados à criança e ao adolescente. O ECA também tipifica novos crimes e agrava penas previstas pelo Código Penal para quem comete crimes contra crianças e adolescentes (SANTOS, 2009).

O ECA preconiza que todas as crianças e adolescentes devem gozar de direitos que lhes possibilitem dignidade, proteção, oportunidades e também facilidades, de modo que alcancem seu amplo desenvolvimento, nos termos físicos, mentais, sociais, dentre outros, permitindo, assim, que lhes sejam concedidas as condições de perpassar por essas fases das suas vidas de forma livre e digna. O ECA também enfatiza a não discriminação, na aplicação da Lei, pois esta deve atender os indivíduos, independentemente da cor, da idade, do sexo, das condições financeiras das famílias, da etnia, da religião, de deficiências, da região. O Código não admite nenhum tipo de diferenciação que aparte a criança/adolescente da efetivação dos seus direitos legais.

Nesse sentido, observa-se que emana o princípio da equidade, onde todos os cidadãos devem obter um tratamento igualitário, sendo este também atrelado à ideia de justiça, nos casos de oferecer as oportunidades e condições para aquelas crianças e adolescentes que não possuem acesso aos meios mais básicos ao seu desenvolvimento, cabendo à lei ofertar essas possibilidades para garantir sua aplicabilidade.

O artigo 5º do ECA traz um ponto relevante na forma de tratar a criança e o adolescente dispondo que “nenhuma criança ou adolescente será objeto de qualquer forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão, punido na forma da lei qualquer atentado, por ação ou omissão, aos seus direitos fundamentais” (BRASIL, 1990). Percebe-se que o aspecto central se tornou a proteção desse indivíduo que, durante um longo período, foi considerado como alguém que poderia vivenciar correções e penalidades que servissem de lição, para que pudesse aprender ou transformar sua conduta.

De acordo com Simões (2009, p. 219), no ECA é possível encontrar as disposições de direitos fundamentais e as medidas preventivas, protetivas, socioeducativas, as linhas de ação e diretrizes da política de atendimento:

O ECA institui os direitos fundamentais e as medidas preventivas, socioeducativas e protetivas que objetivam assegurá-los. Estabelece as linhas de ação da política de atendimento, como as políticas e programas sociais serviços de prevenção, entidades de atendimento, medidas de proteção e organização pública. Prioriza a reinserção familiar, como medida de ressocialização, em vez da tutela de instituição estatais e conveniadas. Define os atos infracionais, estabelece os direitos e as garantias processuais e as medidas socioeducativas, a remissão e as pertinentes aos pais ou responsáveis.

Sendo assim, percebe-se que o Estatuto da Criança e do adolescente é um marco muito importante para a orientação dos órgãos responsáveis pela proteção e defesa dos direitos da criança e do adolescente. É possível citar como órgãos de defesa e de proteção contra ameaça ou violação dos direitos o Conselho Tutelar, o Ministério Público, a Justiça da Infância e da



Juventude, a Defensoria Pública, e outros órgãos governamentais e não governamentais como delegacias, disque 100, dentre outros.

Logo depois da aprovação do ECA, foi criado o Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente – (CONANDA, Lei nº 8.242, de 12/10/1991) e os seus respectivos conselhos estaduais e municipais – Conselho Estadual dos Direitos da Criança e do Adolescente – (CONDECAs) e o Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente – (CMDCCAs.) Para Sales (2003, p. 224), o CONANDA é considerado uma das maiores conquistas depois do ECA.

Tem como competência básica formular as diretrizes gerais da Política Nacional de atendimento aos direitos da criança e do adolescente e avaliar as políticas estaduais e municipais, sua execução, e a atuação dos conselhos estaduais e municipais dos DCA.

O CONANDA é o principal órgão do sistema de garantia de direitos, e a sua gestão é compartilhada entre governo e sociedade civil, tendo por objetivo atuar em favor da efetivação e proteção dos direitos da criança e do adolescente, contribuindo para a construção de uma sociedade livre, justa e solidária.

O Conselho Tutelar foi instituído pelo ECA, mas os parâmetros para sua criação e funcionamento foram traçados pelo CONANDA, com a Resolução nº 75, de 22/10/2001. De acordo com o artigo 131 do ECA, o Conselho Tutelar é um órgão público municipal permanente e autônomo, não jurisdicional, com a competência de zelar pelo cumprimento dos direitos da criança e do adolescente, desenvolvendo uma ação continuada -- sem interrupção -- e, uma vez criado e implantado, não desaparece, apenas os membros são renovados. Composto por cinco membros maiores de 21 anos e eleitos pela comunidade local sendo permitido reeleição (BRASIL, 2001).

O Conselho Tutelar tem suas atribuições especificadas no artigo 136, do ECA. No ECA, dispõe-se que o Conselho Tutelar, tem o dever de dar suporte às crianças e aos adolescentes, nas situações em que ocorre negligência para com os seus direitos, quando são violados, seja por uma falta de atenção do Estado, da família ou em razão de sua própria conduta. Nessas situações, cabe ao Conselho Tutelar garantir que os direitos previstos em Lei sejam reparados, oferecendo proteção às crianças e adolescentes.

O ECA também prevê que o Conselho Tutelar deve atender às demandas como: encaminhar a criança ou adolescente para seus responsáveis, buscar para a criança ou adolescente uma família substituta ou acolhimento temporário, e buscar tratamentos

profissionais para a criança ou adolescente, incluindo-se tratamentos psicológicos e em organizações que tratem alcoólatras e toxicômanos (BRASIL, 1990).

Ainda no mesmo artigo citado acima, também é possível encontrar outras atribuições do Conselho Tutelar, o que envolve o aconselhamento de pais e responsáveis sobre a forma de tratar a criança e adolescente, de modo a atender os seus direitos instituídos no ECA; execução de decisões, mediante observância de infrações cometidas contra a criança e ao adolescente; encaminhamento de casos para as autoridades judiciais; expedição de notificações, encaminhamento para a autoridade judiciária situações em que o adolescente cometeu infrações penais, dentre outras atribuições.

A partir dos pontos apresentados no que se refere ao Conselho Tutelar e algumas das suas atribuições, percebe-se a importância desse órgão para garantir a aplicabilidade dos direitos das crianças e adolescentes previstos no ECA. Percebe-se, portanto, que, em consonância com Martins (2017, p. 2), o Conselho Tutelar estabelece

[Uma] interface com os demais órgãos e instituições públicas e privadas, como, por exemplo, o Ministério Público, o Poder Judiciário, as Escolas, as Delegacias e Hospitais, buscando, de forma ativa, eficaz e com urgência, o cumprimento dos direitos de crianças e adolescentes. O Conselho Tutelar é, ainda, um facilitador na elaboração de Políticas Públicas, por meio das demandas detectadas mediante a constatação da violação dos direitos de crianças e adolescentes. Portanto, age diretamente na proposição e no acompanhamento de políticas públicas e legislação junto aos Conselhos dos Direitos Municipais e Estaduais, junto ao Poder Executivo e ao Poder Legislativo.

Portanto, o Conselho Tutelar tem o papel de solicitar serviços que sejam necessários para a efetivação do ECA em cada caso, estabelecendo um elo com diversos órgãos e autoridades para possibilitar o atendimento a cada necessidade em particular.

Para além do disposto sobre o Conselho Tutelar, o ECA delineia outros tópicos para garantir a proteção da criança e do adolescente, dentre estes, é possível citar aspectos, tais como o que dispõe sobre os itens que não podem ser vendidos a crianças ou a adolescentes; que tratam sobre autorizações para que a criança ou adolescente realizem viagens desacompanhados; que abordam a não permissão de privação da liberdade, de crianças e adolescentes, com exceção do cometimento de ato infracional ou ordem judiciária; que se referem aos requisitos para colocação da criança e do adolescente em família substitutiva; e os que tratam sobre a habilitação do cidadão para adotar uma criança ou um adolescente, dentre outras.

O ECA ainda prevê que todo município brasileiro deve ter programas especializados para crianças e adolescentes, como atendimento de família e fortalecimento de vínculos; enfrentamento ao abuso e exploração; erradicação do trabalho infantil; atendimento às vítimas de maus tratos e violência; convivência familiar e comunitária, incluindo programas de apoio sociofamiliar e acolhimento institucional (BRASIL 1990; MARTINS, 2017). Assim, uma série de outros artigos elencados no ECA visam garantir o zelo, a proteção, o direito à infância e à juventude, de modo que as crianças e os adolescente não sejam vítimas de negligências, de violências e de outros atos que venham a ferir a Lei e os seus direitos destes.

### **1.3 Análise da desproteção social contra criança e adolescente**

O surgimento do Estatuto da Criança e do Adolescente representa um marco na proteção social desses indivíduos, além de detalhar inúmeras áreas e situações em que a proteção é direito adquirido, o Estatuto ainda realiza uma divisão de responsabilidades entre atores sociais, para que a criança e o adolescentes não passem por situações de desamparo. Todavia, apesar da articulação criada pelo ECA, observa-se que direitos emanados por esse dispositivo legal podem não estar sendo atendidos, caracterizando uma condição contrária, de desproteção social. Tal condição representa um retrocesso desde a criação da Lei que institui o ECA, sendo essa desproteção decorrente de variadas situações, atores e contextos, o que confere uma ampla complexidade ao problema (GARCIA E OLIVEIRA, 2017).

Uma instituição onde a desproteção social da criança e do adolescente, pode ser vista com bastante regularidade, é o Conselho Tutelar, ou seja, são os Conselhos Tutelares, que lidam com conflitos emanados pela relação da criança/adolescente com a família, da criança/adolescente em conflitos com a Lei, com profissionais da saúde, da educação, dentre outros segmentos da sociedade. Nessas instituições Conselhos Tutelares, toma-se conhecimento de inúmeras violações que as levam a serem caracterizadas como elo relevante do Sistema de Garantias de Direitos– (SGD)<sup>8</sup>, por fornecerem suporte ao enfrentamento, dando visibilidade aos casos de violação, e oferecendo medidas resolutivas a casos dos mais diversos níveis, dos mais simples aos mais complexos.

---

<sup>8</sup> Em 2006, por meio de uma Resolução 113, o Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA) institucionalizou o Sistema de Garantia dos Direitos da Criança e do Adolescente (SGDCA) que é a articulação e a integração entre o Estado, as famílias e a sociedade civil, cabendo a todos eles a responsabilidade na aplicação de mecanismos de promoção, defesa e controle, para garantir e efetivar os direitos da criança e do adolescente no Brasil, para isso o sistema se articula e atua nas áreas da saúde, educação, assistência social, trabalho e segurança pública (RIBEIRO, 2020).

A família se constitui em uma instituição responsável por proteger a criança e ao adolescente, sendo que é o primeiro grupo que mais se cogita, quando se pensar em cuidado, em zelo e atenção, às necessidades de crianças e adolescentes. Todavia, pode ocorrer que a família vá na contramão dessa visão, caracterizando-se como uma violadora dos direitos e como criadora de uma condição de desproteção social. Garcia e Oliveira (2017, p. 153) relatam que: “[...] a família é chamada a proteger em decorrência da visão naturalizada de que esta é a sua função primeira. Quando a família não corresponde a esta visão, é considerada disfuncional e responsável pela vulnerabilidade dos seus membros”.

Entretanto, o Conselho Tutelar precisa ter um cuidado maior quando se trata de desproteções às crianças e adolescentes relacionadas às famílias, principalmente nas situações daquelas de menor poder aquisitivo. Assim, o Conselho Tutelar tem o papel de observar se a situação de desproteção ocorrida não se relaciona à ausência de outros tipos de situação/proteção, que possibilitem a essas famílias viver com dignidade, tendo acesso aos serviços básicos, como direito à alimentação, saúde, moradia, etc. Desse modo, o Conselho Tutelar precisa de um atendimento personalizado a cada situação, e lida, não apenas com o problema e suas consequências, mas realizando sanções ou tomando medidas em inúmeras frentes – inclusive político-pedagógica – para que a desproteção não venha mais a ocorrer (GARCIA E OLIVEIRA, 2017).

Em outras situações de desproteção social que podem ocorrer no âmbito familiar, encontra-se a relativização da violência. Muitas vezes, no seio familiar, violências podem ser realizadas no cotidiano, como situações de violência psicológica, castigos corporais e de privações. Entretanto, àqueles que envolvem a família, e ela mesma, podem considerar que essas atitudes são educativas, não as analisando numa perspectiva de violação de direitos. Esse não reconhecimento da situação de violência, em virtude do fato de ser praticada pelo pai, pela mãe ou outro membro da família constitui-se em uma problemática, visto que sua prática cotidiana, além de ferir a legislação, pode causar inúmeros danos à saúde física e mental da criança e do adolescente. Para Garcia e Oliveira (2017, p. 154),

Há menos de três décadas, no Brasil, as relações envolvendo crianças e adolescentes eram marcadas por um caráter essencialmente disciplinador. Formas de educar, atualmente reconhecidas como violentas, foram exercidas sem que se identificasse as possíveis implicações deletérias para o desenvolvimento biopsicossocial das crianças e jovens. A disciplina foi, durante muito tempo, considerada um objetivo em si mesmo, justificando a rigidez e a dimensão corretiva das formas de educar. Sob o novo marco legal, as crianças e os adolescentes passaram a ser vistos como pessoas em desenvolvimento, sujeitos de inúmeros direitos, entre eles o da dignidade e do

respeito. A não observância dos direitos previstos no ECA configura uma violação, passível de punição.

Desse modo, os atores sociais que se relacionam com crianças e adolescentes precisam de uma reformulação do olhar sobre esses indivíduos, que necessitam de apoio e atenção direcionados a cada fase do seu desenvolvimento, de modo a transformar a maneira que crianças e adolescentes foram tratados ao longo da história e garantir-lhes o zelo tanto do aspecto físico, como do mental. Nesse ponto, as famílias, os agentes da Lei, os profissionais da educação, dentre outros que mantêm relação com crianças e adolescentes, em termos de educar, de dar suporte no desenvolvimento ou de aplicar algum tipo de sanção, precisam ter em mente que existe uma legislação que visa proteger, e não de fazer retroceder os direitos conquistados. Vale mencionar a importância de levar conscientização para as famílias, conduzindo o conhecimento do ECA, para elas. Para essa compreensão, os Conselhos Tutelares são um importante caminho.

Atualmente, existem mecanismos que possibilitam acesso às situações de desproteção social, o que se caracteriza como relevante, no sentido de entender quais as situações que precisam de uma ação mais efetiva, e que pedem um novo olhar e novas medidas de proteção social. Os Conselhos Tutelares se encontram na linha de frente de acesso a essas informações, sendo responsáveis por prover um sistema chamado Sistema de Informação para Infância e Adolescência (SIPIA). Por meio desse sistema, é possível observar como se encontram as situações de desproteção social, se as mesmas vêm aumentando ou sofrendo queda, em quais locais são mais comuns, permitindo um enfrentamento direcionado em situações de violação de direitos (GARCIA E OLIVEIRA, 2017).

O Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA), por meio da Resolução nº 50, de 28 de novembro de 1996, institui a base SIPIA, para fornecimento de dados e números para a formulação e execução de políticas para a infância e adolescência. Esses dados dão a real compreensão dos tipos e formas de violação e de que jeito se pode reagir a elas, quais mecanismos, caminhos e instrumentos legais deverão ser usados (GARCIA E OLIVEIRA, 2017).

Com a Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), pode-se vislumbrar, também a possibilidade, que é reafirmada com a Política Nacional de Assistência Social, de sair da seara de benevolência e caridade, inscrevendo-se definitivamente, nos compromissos e responsabilidades do Estado e da sociedade. Sposati (2013, p. 13) afirma:

[...] pessoas e famílias demandantes de proteção social face a agravos de fragilidades próprias do ciclo de vida humano, pela presença de deficiências, decorrentes de vitimizações, por violência, por desastres ambientais, pela

presença de discriminação, pela defesa da sobrevivência e de direitos humanos violados (SPOSATI, 2013, p. 13).

Segundo Sposati (2013), a Assistência Social tem o Sistema único de Assistência social (SUAS), como sistema único federativo e está organizada em dois níveis de proteção social, a proteção básica e a proteção especial, que funcionam como porta de acesso a usuários e famílias que necessitam de proteção social nos mais diversos aspectos, como, por carências nutricionais; de moradia; de emprego e renda; de saúde; de educação; em ocorrências de desastres ambientais, no apoio e direcionamento em questões jurídicas; no âmbito dos direitos humanos violados; em preconceitos de gênero e racial; e por violências dos mais variados tipos, nas vitimizações de correntes dessas violências. O SUAS opera na perspectiva de refazer vínculos familiares perdidos, em meio a tantas degradações e perdas provenientes de abandono, negligência, abuso sexual, escassez de bens primários à subsistência, enfim, em situações humanas que podem causar danos aos sujeitos e à sua dignidade, se não forem vistos e tratados em sua totalidade, com um olhar técnico e atendendo às demandas num engajamento dito em rede.

De acordo com a Política Nacional de Assistência Social (PNAS) a inclusão da Assistência Social no âmbito da Seguridade Social, como política social pública, que segue um novo caminho, no campo do direito, da responsabilidade do Estado e da universalização dos acessos, e que junto com a saúde e a previdência social formam a tríade da seguridade social que a encaminha ao caráter de política de proteção social, articulada a outras políticas sociais que visam garantir direitos ao público que, por causas naturais ou sociais, buscam esses serviços (BRASIL, 2004).

Analisar as desproteções exige olhar sob o vértice de uma sociedade inserida num modo de produção capitalista, que nega aos sujeitos a condição precípua de sujeitos de direitos, os quais acessam os serviços socioassistenciais por causas naturais ou sociais. O modo de produção capitalista, regido pela lógica neoliberal e burguesa – onde há menor intervenção estatal –, promove diminuição dos gastos com a área social e aumento da exploração gerando assim crescimento da desigualdade.

A PNAS oferece duas modalidades de proteção social, as quais são direcionadas a um estágio de desenvolvimento, por assim dizer, ou lacuna, no desenvolvimento de um grupo da sociedade. Cada qual enfatiza suas ações nas necessidades latentes desses grupos:

A Proteção Social Básica, que tem como objetivos prevenir situações de risco por meio do desenvolvimento de potencialidades e aquisições, e o fortalecimento de vínculos familiares e comunitários Destina-se à população que vive em situação de vulnerabilidade social decorrente da pobreza,

privação (ausência de renda, precário ou nulo acesso aos serviços públicos, dentre outros) e, ou, fragilização de vínculos afetivos – relacionais e de pertencimento social (discriminações etárias, étnicas, de gênero ou por deficiências (BRASIL, 2004).

O serviço é responsável por dar apoio aos indivíduos e às famílias nas situações de dificuldades, como: por motivo de falta de trabalho, precariedade de renda, carências alimentares, dificuldade de acesso à escola e a cursos profissionalizantes, dificuldades nas políticas de habitação, como também no fortalecimento de vínculos familiares e comunitários por meio do Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos (SCFV) e do Serviço de Proteção e Atendimento Integral às Famílias (PAIF), que é desempenhado por assistentes sociais, psicólogos, pedagogos, facilitadores de atividades físicas e de artes (BRASIL, 2004).

A proteção social básica tem no Centro de referência em Assistência Social (CRAS) a porta de entrada aos serviços socioassistenciais, que traz em seu arsenal o trabalho com indivíduos e famílias, visando a orientação e o convívio sociofamiliar e comunitário. Deste modo,

A proteção social especial é a modalidade de atendimento assistencial destinada a famílias e indivíduos que se encontram em situação de risco pessoal e social, por ocorrência de abandono, maus tratos físicos e, ou, psíquicos, abuso sexual, uso de substâncias psicoativas, cumprimento de medidas socioeducativas, situação de rua, situação de trabalho infantil, entre outras (BRASIL, 2004).

A Proteção Social Especial organiza-se sob a oferta de serviços onde os vínculos familiares e sociais já foram quebrados, com o agravamento por violações de direitos. Esta se divide em: Proteção Social Especial de média complexidade e Proteção Social Especial de alta complexidade.

Diante das inúmeras desproteções que se manifestam na vida dos indivíduos, onde já houve uma quebra de vínculos, a Política de Assistência no âmbito da proteção social especial, ocorre a violação propriamente dita. Essa situação tem no CREAS um dos principais centros de apoio, pelo fato de parte dessa cadeia de proteção à criança e ao adolescente e está ligada diretamente aos conselhos tutelares, na busca dessas garantias. Reconhecer que os indivíduos que procuram essa política são produto de uma sociedade capitalista, que estão imersos na questão social e oferecer direcionamento às suas necessidades faz do profissional dessa rede de serviços uma testemunha ocular de inúmeras violações – muitas vezes em cadeia – que fazem desse indivíduo imensamente desassistido dos deveres e garantias, que a priori, são obrigação estatal (ALMEIDA, 2016).

O reconhecimento do indivíduo como detentor de direitos, no âmbito da proteção social pública exige que os profissionais envolvidos conversem sobre os casos e façam uma leitura além da aparência, do que superficialmente pode se mostrar, oferecendo uma escuta qualificada da fala do usuário e evidenciando os processos manifestados em sua história de vida, de forma a deslocá-lo para a situação de indivíduo portador dos direitos de inclusão, proteção e cidadania.

É no seio da família que crianças e adolescentes sentem os desdobramentos do processo que se inicia com a desproteção social que, pela precariedade no acesso, ou pela falta total desses acessos às políticas sociais, quando os seus direitos são negados, onde as potencialidades não têm alicerce para o desenvolvimento, deixando lacunas, que dão margem a desigualdades que, por conseguinte, geram as condições propícias às violações. Como pode ser observado a seguir, o SUAS oferece um destaque importante ao novo conceito em que as famílias estão inseridas:

A família, independentemente dos formatos ou modelos que assume é mediadora das relações entre os sujeitos e a coletividade, delimitando, continuamente os deslocamentos entre o público e o privado, bem como geradora de modalidades comunitárias de vida. Todavia, não se pode desconsiderar que ela se caracteriza como um espaço contraditório, cuja dinâmica cotidiana de convivência é marcada por conflitos e geralmente, também, por desigualdades, além de que nas sociedades capitalistas a família é fundamental no âmbito da proteção social (BRASIL, 2004).

Conforme citado, no Brasil, a proteção para crianças e adolescentes é muito recente e, mesmo com a efetivação do Estatuto da Criança e do Adolescente, existem ainda muitas crianças e adolescentes que têm os seus direitos violados, tanto pelos seus responsáveis legais como pelo Estado. A desproteção social revela a magnitude da dívida social do Estado e da sociedade com essas crianças e adolescentes.

Adentrando na face das violações e dando nomes às demandas enfrentadas cotidianamente por profissionais das políticas protetivas, vale enfatizar a intensidade e os tipos de violências enfrentadas por estes, com base em Minayo (2006, p. 92): “A criança e o adolescente vem sofrendo violências cometidas pelos pais, parentes, instituições e por outras pessoas, sendo pela prática do ato violento ou por omissão, e isso pode causar danos tanto físico como psicológico ao longo de sua vida”. A autora em referência contextualiza o que se denomina violência estrutural, delinquência e violência intrafamiliar. A violência estrutural acaba sendo relacionada à falta de recurso financeiro da família. No Brasil, o supracitado fator resulta em uma desigualdade social acentuada, que afeta, diretamente, a vida de muitas crianças e adolescentes, em termos de alimentação, habitação, escolarização, como também, ocorre que muitas crianças sofrem com a exploração de sua mão de obra.



As crianças que acabam vivendo em situação de rua, muitas vezes fugindo de maus tratos ou abusos que sofrem em suas residências, passam a conviver com perigos de morte, em condições desumanas. Desprovidos de suporte, sofrem preconceito por parte da sociedade, sendo taxados de “trombadinhas”, na visão do senso comum de “futuros bandidos”. A delinquência juvenil, comumente está relacionada às crianças e adolescentes que vivem em situação de rua ou em famílias com falta de recursos financeiros. Diante disso podemos mencionar que a delinquência no Brasil tem causas sociais.

Nesse sentido, Minayo (2006) aponta que a violência é um fenômeno de causalidade complexa, não podendo ser considerada uma, mas múltipla, pois o emprego ilegítimo de força física, moral ou política, contra a vontade do indivíduo, causa danos por constrangimento, conflito de autoridade, dominação, discriminação. E se tratando de indivíduos em fase de aprimoramento físico e psíquico, esses ditos danos podem ser devastadores.

Sobre as variadas formas de manifestação da violência, vale explicitar:

Violência física como a ação infligida à criança ou ao adolescente que ofenda sua integridade ou saúde corporal ou que lhe cause sofrimento físico; violência psicológica: qualquer conduta de discriminação; o ato de alienação parental ou qualquer conduta que exponha a criança ou o adolescente a crime violento contra membro de sua família ou de sua rede de apoio; violência sexual: abuso sexual, exploração sexual comercial e/ou tráfico de pessoas; violência institucional: entendida como a praticada por instituição pública ou conveniada, inclusive quando gerar vitimização (BRASIL, 2017).

Criada com o intuito de proteger crianças e adolescentes vítimas de violência, a Lei 13.431/2017 traz em seu contexto mecanismos de proteção, como escuta qualificada e depoimento especial, para que as vítimas possam denunciar e se sentirem protegidas, minimizando o agravamento dos danos, possíveis traumas maiores e para sua segurança. A Lei em referência possui caráter protetivo para esse público e foi pensada para vários âmbitos, principalmente, para os que estão na linha de frente nos atendimentos nos casos de violência.

Ademais, essa Lei traz para o âmbito da assistência social os meios capazes de viabilizar o atendimento da criança e do adolescente e da família, dando ênfase ao convívio familiar saudável, para que não haja a ruptura dos vínculos familiares, que mesmo frágeis, dão sustentação ao desenvolvimento desses laços, inclusive, lançando um olhar para a vulnerabilidade indireta dos demais membros da família e sugerindo a inclusão destes, em políticas, programas e serviços existentes.

A Lei em pauta pede atenção e acompanhamento em casos de intimidação, constrangimento, ameaça e discriminação, com tomada de providências. E, com apoio do Ministério Público e na ausência de responsável legal, assegura a necessidade de eleição de

uma nova família, ou o encaminhamento da criança ou do adolescente uma parte da família que tenha condições de cuidar, em consonância com serviço de acolhimento familiar ou institucional.

É possível observar que a desproteção social se encontra em uma lacuna entre obrigações estatais e aquilo que de fato se pratica, no que se refere à proteção ao cidadão, no caso deste estudo, as crianças e os adolescentes. Percebeu-se que, muitas vezes a desproteção pode se iniciar no seio familiar, onde deveria ser um dos primeiros locais a prover proteção e cuidado. Assim, variados tipos de violência, como a violência física e a violência psicológica, podem ser praticadas – mascaradas na ideia de educação –, podendo trazer danos permanentes à saúde física e mental, de crianças e adolescentes. Observa-se, portanto, que instituições que deveriam ter a função de ajudar as crianças e adolescentes a crescerem com garantia de direitos, como o Estado e a família, podem acabar exercendo um papel contrário àquele para o qual foram instituídas. Desse modo, acentua-se a vulnerabilidade social e a violação de direitos (ALMEIDA, 2016).

Todavia, apesar de muitas vezes a desproteção se configurar uma realidade, também vale mencionar ações na contramão dessa situação, visto que a Constituição Federal de 1988 trouxe o tripé da Seguridade Social constituído por Assistência Social, Previdência Social e Saúde com o intuito de segurança social universal através de parceiros como os Conselhos Tutelares, Centros de Referência Especializados de Assistência Social (CREAS), Centros de Referência de Assistência Social (CRAS) e também a legislações. Assim, essas instituições têm o papel de garantir a proteção e o cuidado, estando atentas a situações de violação de direitos e de entraves que prejudiquem a vida do cidadão, neste estudo as crianças e os adolescentes.

A seguir, esta análise foi direcionada para a política de saúde mental, de modo a estudar sobre a violação de direitos de crianças e adolescentes em sofrimento psíquico, inclusive trazendo uma abordagem sobre o posicionamento do Serviço Social neste aspecto.

## **2 A POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL INFANTO-JUVENIL NO CONTEXTO BRASILEIRO**

## 2.1 Saúde mental: da institucionalização aos serviços substitutivos

Antes de iniciarmos a análise da loucura no contexto brasileiro, é importante pontuar que historicamente a forma de tratamento da loucura na Europa, no Estados Unidos da América e no contexto Latino Americano estava centrada na internação.

O conhecimento psiquiátrico, produzido pela escola alienista apresentava suporte que justificava ideologicamente a internação, uma vez que, a loucura decorria do desvirtuamento das paixões incontroláveis, que se desvelariam nas relações sociais. Os psiquiatras tornaram-se os detentores do conhecimento específico e legítimo, impondo a internação como a única solução para proteger o indivíduo doente, sua família e a sociedade. Sendo a loucura administrada pela psiquiatria, esta especialidade passou a medicalizá-la, e essa atitude gerou um novo status – jurídico, social e civil –, para o louco, que passou a ser considerado alienado (LIMA, 2013).

Só a partir da II Guerra Mundial houve críticas acirradas a este modelo chamado de Pineziano, que pedia uma necessária mudança no espaço asilar. Naquele contexto surgiram as psiquiatrias reformadas (comunidades terapêuticas, psicoterapia institucional, psiquiatria de setor, psiquiatria preventiva), que buscavam aperfeiçoamento das relações interpessoais.

Um estágio que se seguiu foi a antipsiquiatria que fazia uma forte crítica à psiquiatria e à psicologia, como instrumentos de controle social. É importante destacar que os movimentos citados continuavam postulando a permanência das instituições psiquiátricas, desde que eles estejam centrados na perspectiva de humanização.

No início da década de 1960 surge a psiquiatria democrática ou Basagliana. Franco Basaglia foi um psiquiatra italiano que propiciou o rompimento com o paradigma psiquiátrico tradicional, revolucionando a forma de como lidar e cuidar do adoecimento mental.

A perspectiva basagliana promoveu o processo de reinserção social, que foi a efetivação do processo de desinstitucionalização psiquiátrica, que influenciou, significativamente, no tratamento do adoecimento mental, no Brasil (LIMA, 2013).

No Brasil Colônia, as questões de saúde mental já eram observadas, embora não fossem tratadas. Todavia, segundo Resende (2000 apud BOTTI, 2004), as pessoas que enfrentavam problemas mentais eram relegadas a vagar pelas ruas pedindo esmolas – se fossem pobres e se considerasse que não representassem perigo ao restante da sociedade – ou, no caso de serem consideradas agressivas, a serem institucionalizadas, tiradas de vista. Esse encarceramento do indivíduo com problemas mentais, que o afastava do restante da sociedade caracterizava-se,

portanto, como uma forma de não lidar com as questões relacionadas à saúde mental, mascarando a realidade.

No período colonial, a desigualdade social era marcante, tendo em vista que a economia era dominada pelos senhores donos dos meios de produção, que se utilizavam do trabalho escravo para obter seus ganhos, também deixando em uma condição degradante a população livre que geralmente era trabalhadora e de classes sociais populares. Os escravizados, nesse período, ocupavam atividades que iam além da lavoura, e se adentravam no contexto doméstico, onde não havia pagamentos de salários pelos senhores e nem a contratação de indivíduos da população livre. Assim, as injustiças sociais se acentuavam, a desigualdade social se assolava, e os que não tinham trabalho acabavam na mendicância e ociosidade, sendo considerados vadios, desordeiros e perturbadores da paz social.

Assim, quando algum indivíduo que não fazia parte das classes mais abastadas apresentava problemas mentais, restavam-lhe escassas opções de proteção, podendo estes depender do cuidado da sua família ou acabar por viver em condições degradantes, como nas ruas. Nesse cenário, não havia políticas para o cuidado da saúde mental dos adultos e também não havia interesse, no que se refere à saúde mental das crianças e adolescentes. Para Braga e Oliveira (2019, p. 405),

[...] a assistência até então produzida para essa população [...] acarretou não na inserção social em uma perspectiva de construção de direitos de crianças e adolescentes, mas, sim, na “institucionalização do cuidado” e na “criminalização da infância pobre”, o que gerou “um quadro de desassistência, abandono e exclusão”; trata-se de uma lógica de enquadramento e de isolamento das crianças e dos adolescentes considerados desviantes.

A concepção de que as crianças e adolescentes eram cidadãos de direitos foi sendo construída três períodos históricos, fortemente marcados por mudanças substanciais, quais sejam: o Estado Novo, a era do governo Vargas (1930 a 1945), a ditadura militar, a era da repressão (1964 a 1985), e o período de redemocratização, a partir de 1985 (PEREZ E PASSONE, 2010).

Nas primeiras décadas do século XX, observa-se que a saúde mental no Brasil ainda teve como principal medida a institucionalização, como modo de afastar da sociedade aqueles que apresentassem qualquer transtorno psiquiátrico, sem a preocupação de tomar medidas para a reinserção social desses indivíduos e para protagoniza-los enquanto pessoas capazes de tomarem suas próprias decisões e fazerem suas próprias escolhas.

Nesse cenário, a criança e o adolescente que apresentavam problemas mentais nesse cenário acabavam sendo encaminhados para abrigos voltados a pessoas com doença mental, no

formato de asilos, sem receberem o apoio necessário, conforme sua condição mental. Aqueles que não eram institucionalizados peregrinavam em busca de ajuda, sem encontrar um efetivo suporte que mudasse sua realidade. Nesse contexto, ainda se pode citar o tratamento ofertado à criança pobre, que era observada como errante e como alguém propenso a realizar atos infracionais. Assim, se uma criança com essa realidade socioeconômica apresentasse problemas psicológicos, era ainda mais excluída da sociedade. Braga e Oliveira (2019, p. 405) afirmam que,

[...] no âmbito jurídico-político, esse cenário era corroborado inicialmente pelo Código de Menores de 1927, conhecido como Código Mello Mattos, que foi substituído pelo Código de Menores em 1979. Se o primeiro expressava a finalidade de “saneamento social”, o segundo entendia que havia situações de riscos na infância e na adolescência que precisavam ser resolvidas por meio de internações em massa, sendo aplicadas preferencialmente para crianças e adolescentes que se encontravam em situação de vulnerabilidade social ou que haviam cometido pequenos atos infracionais.

O posicionamento antes referido privilegiava uma prática repressiva, considerando o internamento como a ferramenta essencial de proteção, para a criança e para o adolescente. Assim, buscava-se institucionalizar o que se chamava de loucura, como forma de retirar da convivência social e isolar aqueles que mais precisavam de apoio e cuidado.

Nas décadas de 1930, 1940 e 1950 no Brasil, indivíduos diagnosticados com doença mental, continuavam sendo tratados de forma cruel, desumana e discriminatória, e viviam em hospícios psiquiátricos, sem as mínimas condições de sobrevivência. Logo, esse panorama vai ganhando outras características, por meio do novo modo de agir, em decorrência do envolvimento de movimentos sociais, destacando-se, dentre eles, a Reforma Sanitária que buscava o oferecimento de uma saúde pública e gratuita para todos, tendo em vista que, na década de 1980 só tinham acesso à saúde os contribuintes da previdência social, por meio dos vínculos trabalhistas. A Reforma Psiquiátrica, foi iniciada na década de 1970, por trabalhadores da saúde, que se colocavam contra a atual situação desumana pela qual passavam os pacientes institucionalizados, além das péssimas condições de trabalho desses profissionais (FABRICIO, 2009).

A psiquiatria torna-se participante na promoção de saúde pública para a população brasileira, sendo reconhecida pela adoção dos preceitos eugênicos, com o objetivo de minimizar as predisposições mórbidas hereditárias, em busca da formação de um povo brasileiro que pudesse apresentar as condições de saúde necessária a que o país tivesse uma força produtora apta. Para atender a esse desiderato, buscava-se prevenir a propagação dos problemas mentais

que assolavam o povo brasileiro, por meio da utilização da propaganda educacional e pelo estabelecimento de hábitos que eram considerados como saudáveis para a população; defendiam medidas de caráter negativo; se observava os fatores hereditários eram observados, como sendo causadores dos transtornos mentais; proibição de casamentos de raças muito diferentes e de indivíduos incapazes; e a esterilização de indivíduos incapazes, dentre outras medidas.

A ideologia dos anos 1930 estava ligada à valorização do trabalho, como meio de elevação do homem, levando-o ao ideal de adquirir bens e direitos sociais que o Estado passaria a garantir, estando a saúde dentre esses direitos. É nesse contexto que a psiquiatria ocupa seu espaço, fora dos asilos e manicômios, e passa também a intervir na sociedade e nos seus hábitos, com a finalidade de propagar a higiene mental. Ainda na década de 1930, também surge a Diretoria de Proteção à Maternidade e a Infância, que tinha em vista o projeto de formação de um novo homem brasileiro, que fosse saudável e apto para o mercado de trabalho.

Com o advento do Estado Novo, houve mudanças no cenário político e social, quando foram criados os primeiros ambulatórios psiquiátricos oficiais. Na década de 1940, foi criado o Serviço Nacional de Doenças Mentais (SNDM), mas ainda se continuava com a utilização dos preceitos eugênicos defendidos durante os anos de 20 e 30 do século XX (FABRICIO, 2009).

Em 1941 foi realizada a Conferência Nacional de Saúde, ocasião em que ficou evidente que a eugenia continuava sendo o único caminho que eles acreditavam que fosse confiável para o melhoramento do homem brasileiro, reiterando a busca pela prevenção das doenças mentais. Por outro lado, os problemas nos hospitais psiquiátricos só aumentavam, o número de pessoas em sofrimento psíquico crescia e surgiu a necessidade de novas instalações, que suprissem, de forma satisfatória, reivindicadas como necessidades emergenciais para o funcionamento das instituições; construção de pavilhões para adolescentes; mulheres; para pacientes epiléticos; creches para os filhos dos alienados; contratação de médicos psiquiatras, enfermeiros, guardas dentre outras necessidades. Nesse contexto algumas necessidades foram atendidas, outras não foram, por falta de recursos, o que continuou oferecendo motivos de insatisfação, frente a esse modo de assistência precária, dada às pessoas com doenças mentais (FABRICIO, 2009).

Ainda na década de 1940, na questão da saúde mental infanto-juvenil, com o objetivo de diagnóstico e tratamento de crianças consideradas “problemas” houve a implementação da educação higiênica nas escolas e na família. Surge no Brasil o Centro de Orientação Infantil (COI) e o Centro de Orientação Juvenil (COJ), foram serviços sob a influência do movimento de higiene mental. Nesse período, constatamos a inserção direta do Serviço Social em serviços de saúde mental no Brasil. Esses centros de orientação foram relevantes na organização e

propagação da tradição de Serviço Social clínico, sob objetivos baseados em princípios higienistas e servia como serviços de higiene mental, como prevenção para distúrbios na infância e na juventude, um trabalho centrado no diagnóstico, na orientação e no tratamento de casos individuais e da família (VASCONCELOS, 2002).

Na década de 1960, no Brasil, é criado o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), o que promoveu a unificação dos institutos de aposentadorias e pensões, tornando-se um novo modelo de assistência médica privatista. Diante disso, o Estado começa a comprar serviços psiquiátricos do setor privado, com a alegação de que os serviços oferecidos nos hospitais psiquiátricos público eram precários e que a contratação de leitos em hospitais da rede privada se tornava mais econômico aos cofres públicos, o que acabou provocando um aumento relevante no número de vagas e internações em hospitais psiquiátricos privados, o que culminou num crescente aumento de hospitais psiquiátricos particulares.

A década de 1960 se caracterizou pela crescente intervenção do Estado na regulação e execução dos mecanismos de acumulação capitalista. Sendo assim, os anos de 1965 até 1970, ficaram marcados pelo crescente número de internações em hospitais da rede privada. Mesmo assim, o hospital psiquiátrico – sendo ele público ou da rede privada –, continuou sendo um lugar onde ainda se viam maus tratos, violações de direitos humanos e até mortes (BORGES, 2007).

A década de 1970 foi essencial na mudança deste cenário, visto que movimentos sociopolíticos começam a colocar em pauta a proteção social, o que engloba a necessidade de tratamento aos indivíduos.

No final da década de 1970, o Brasil se encontrava num processo de lutas pela redemocratização, ocasião esta quando aconteceu a retomada dos principais movimentos sociais no país, após um longo período de repressão imposta pelo regime militar que impedia e punia qualquer forma de expressão política da sociedade civil. Foi nesse período, também, que aconteceu uma intensa discussão sobre a assistência nos hospitais psiquiátricos públicos e, nesse contexto, houve a criação do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), cujos os participantes faziam críticas ao modelo de assistência às pessoas com transtornos psiquiátricos.

O Movimento em referência foi composto por vários segmentos da sociedade –, trabalhadores integrantes do movimento sanitário, associações de familiares, sindicalistas, membros de associação de profissionais e pessoas com longo histórico de internações psiquiátricas –, e é este movimento que dá início às denúncias de violência sofrida pelos pacientes, nos manicômios, passando a denunciar a mercantilização da loucura, a hegemonia

da rede privada de assistência, e conseqüentemente passa a construir coletivamente uma crítica ao modo de cuidar das pessoas em sofrimento psíquico (BRASIL, 2005). Buscou, assim, um cuidar e assistir mais digno e sem preconceitos aos indivíduos que sofrem de problemas psíquicos, como também, construindo espaços de luta contra as estruturas psiquiátricas, criticando inclusive, o saber psiquiátrico e suas instituições. Começa um processo de reflexões e práticas e a procura por um outro modelo de assistência, diferente daquele imposto pelo capitalismo monopolista, o modelo hospitalocêntrico.

A Reforma Psiquiátrica é um marco nesse processo, na busca de uma atenção mais humanizada as pessoas com transtornos psiquiátricos, no intento de demonstrar que pessoas que enfrentam condições de adoecimento mental não precisam estar institucionalizadas, reclusas e até mesmo, de viverem à margem da sociedade, e sim, devem ser cuidadas de modo que possam exercer os seus direitos de cidadãos, fazer suas escolhas e viver em sociedade.

Assim, a Reforma Psiquiátrica surge com o objetivo de humanizar a forma que as pessoas com problemas psíquicos eram tratadas, buscando mudar a atuação dos profissionais do campo e a mentalidade da sociedade sobre o sofrimento psíquico, dissipando pensamentos discriminatórios e estigmas como a loucura (BRAGA E D'OLIVEIRA, 2019).

Percebe-se, portanto que a Reforma Psiquiátrica no Brasil se dá num contexto em que o modelo de cuidados, centrados no hospital psiquiátrico não atendiam às necessidades dos pacientes que estavam expostos a condições deplorável. Assim, essa Reforma colaborou com o surgimento das críticas à estrutura ora existente, e contra a forma de tratamento dispensado às pessoas em sofrimento psíquico, excluindo-as da sociedade e violando seus direitos.

A Reforma Psiquiátrica busca romper com um paradigma psiquiátrico que não separava o sujeito do seu sofrimento psíquico, que deixava de levar em conta a pessoa, suas necessidades, seus pensamentos, seus direitos e a definia unicamente pelo sofrimento que enfrentava. A Reforma Psiquiátrica surge, portanto, na busca de elaborar novos saberes, novos olhares e novas formas de lidar com os diferentes sofrimentos, enfrentados por cada indivíduo, em particular. A partir das críticas da Reforma, os indivíduos devem ser vistos em sua totalidade e em sua complexidade, enquanto pessoa humana. O propósito da Reforma é ajudar a compreender que esses indivíduos, têm direito à liberdade, como qualquer pessoa, como também a condição de viver em sociedade e de receber cuidado e tratamento, sem que precisem renunciar ao seu lugar de cidadão.

Os serviços de atenção psicossocial destinado aos adultos, surgiram desde a década de 1980, já a atenção voltada para a saúde mental de crianças e adolescentes foi deixada em segundo plano na década de 1990, pois as crianças e adolescentes já tinha sido reconhecidas



como sujeitos de direitos e deveres com a promulgação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) em 1990. Entretanto, o projeto da assistência para esse público na saúde mental, para esse público, só teve prosseguimento anos depois, com a aprovação da Lei nº 10.216/2001 e da Portaria 336/2002.

A Lei nº 10.216/2001 dispõe sobre os direitos da pessoa em sofrimento psíquico e a Portaria 336/2002 reconhece e amplia o funcionamento do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), como um serviço aberto e comunitário. Daí porque esses dois avanços jurídicos são relevantes na consolidação da rede de saúde mental no Brasil e na implantação dos primeiros Centros de Atenção Psicossocial específicos para crianças e adolescentes em 2002, que deram ensejo ao surgimento dos Centros de Atenção Psicossocial Infância Juvenil (CAPSi), uma rede de cuidados em saúde mental de forma integral, que se tornou uma das principais estratégias, na perspectiva da efetivação dos princípios da Reforma Psiquiátrica (CARVALHO et al, 2014).

O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) é um serviço que oferece atividades terapêuticas e atendimento clínico em regime de atenção diária, com uma prática de atenção e cuidado integral, que possibilitou mudanças, na compreensão e nos tratamentos dos usuários em sofrimento psíquico. São cinco modalidades de CAPS, CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi e CAPSad, e diferença entre eles é a ordem crescente de porte/complexidade e alcance populacional.

É importante destacar que o CAPSi nasce com o principal objetivo de ser um espaço necessário para subjetivar o sofrimento psíquico, onde a voz da criança e do adolescente é ouvida, permitindo que ele saia da posição de objeto e reconstrua sua própria história. E esse objetivo deve ser alcançado com o envolvimento da equipe multidisciplinar, por meio de um sistemático trabalho de orientação e conscientização sobre a desmitificação da loucura e por meio de uma atuação voltada ao um indivíduo em sua totalidade, evitando de vê-lo fragmentado apenas na sua patologia (BRASIL, 2004).

Segundo Amarante (2003 apud Braga e d'Oliveira, 2019), o cenário brasileiro político, possui diferentes dimensões interligadas que constituem o movimento pela Reforma Psiquiátrica, são: teórico-conceitual, técnico assistencial, jurídico-política e sociocultural. Na dimensão teórico-conceitual, o Brasil teve uma expressiva influência italiana, ampliando consideravelmente uma profunda crítica à instituição psiquiátrica em todos os sentidos. Esta dimensão diz respeito ao movimento de ruptura, elaboração e à produção de novos saberes e práticas e dá criação de novas relações. Junto a essa dimensão, encontra-se a técnico-assistencial, que abrange os modelos assistenciais, onde entram os Centros de Atenção

Psicossociais (CAPS) e os serviços da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), que garantem ao usuário acolhimento, escuta, atendimento e ações de reinserção social ao usuário.

Nessas novas dimensões, a pessoa em sofrimento psíquico é percebida como um sujeito de direitos e é neste contexto de direitos que se articula a dimensão jurídico-política. Nesse contexto são citados, como marcos desta dimensão, a Declaração de Caracas em 1990<sup>9</sup> que gerou um consenso entre os países latino-americanos em torno dos objetivos da reforma psiquiátrica e a Promulgação da Lei nº 10.216/2001, que trouxeram em seu arcabouço legal, princípios e diretrizes para o modelo de atenção em Saúde Mental, possibilitando a aceleração do processo de Reforma Psiquiátrica em todas as suas dimensões, imprescindível para o fortalecimento do desenvolvimento de desinstitucionalização e da Reforma Psiquiátrica.

A Lei 10.216/2001 é também norteadada pelos princípios do SUS, que são a universalidade do atendimento, a equanimidade, a descentralização, a integralidade dos serviços e o controle social, na intenção clara que todos tenham direito ao atendimento, oferecendo serviços em cada território e ao alcance de todos, e ainda, com dispositivos que atendam às necessidades desses usuários e a divulgação de informações para proteger-lhes de manipulações políticas. E sobre a dimensão sociocultural, é encontrada na articulação “entre as novas formas de intervenção com as pessoas em sofrimento psíquico e com a criação de novas concepções e conceitos acerca do sofrimento psíquico” (BRAGA, D’OLIVEIRA, 2019, p. 403).

As Conferências Nacionais de Saúde Mental, realizadas em 1987, 1992, 2001 e 2010, fazem parte do arcabouço da dimensão jurídico-política e fortaleceram a construção e a consolidação da Reforma Psiquiátrica, além de ter uma relação mútua com as outras dimensões, que são: teórico-conceitual, técnico-assistencial e sociocultural.

Na I Conferência Nacional de Saúde Mental (1987) no Rio de Janeiro, foram trabalhados os temas: Economia, Sociedade e Estados: impactos sobre saúde e doença mental; Reforma sanitária e reorganização da assistência à saúde mental; Cidadania e doença mental: Direitos, deveres e legislação do doente mental. O relatório Final da Conferência em tela, pontuou as implicações sociopolítica e a econômica, como as que produzem uma sociedade desigual. É importante mencionar que, como proposta desta conferência, ficou demarcada a necessidade de se criar uma comissão de usuários com o objetivo de discutir, acompanhar e fiscalizar as questões referentes à democratização das instituições. (BRASIL, 1987).

---

<sup>9</sup> A Declaração de Caracas é um documento que marca as reformas na atenção à saúde mental nas Américas, foi produzida na Conferência Regional para a Reestruturação dos Sistemas Locais de Saúde (SILOS), em novembro de 1990, na cidade de Caracas, a capital da Venezuela (DECLARAÇÃO DE CARACAS, 1990).

A supracitada I Conferência Nacional em Saúde Mental (1987), ocorreu em ampliação à VIII Conferência Nacional de Saúde, que representa um marco histórico, pois trouxe as reflexões e anseios de todos envolvidos no processo, que entendem a necessidade que a Política Nacional de Saúde Mental esteja integrada à política nacional de desenvolvimento nacional do governo federal, trazendo três temas básicos: “Economia, Sociedade e Estado: impactos sobre a saúde e doença mental, reforma sanitária e reorganização da assistência à saúde mental, Cidadania e doença mental: direitos, deveres e legislação do doente mental”. Nas discussões, foram oferecidas orientações para que os trabalhadores em saúde mental atuassem em parceria com a sociedade civil, trazendo o usuário do serviço, como protagonista e também trazendo a proposta de política de saúde mental da Nova República.

Na I Conferência Nacional em Saúde Mental foi destacada, também, a necessidade de uma nova legislação e inversão do modelo assistencial, centrado no hospital. Diante disso, o II Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental (1987), evento realizado em Bauru-SP, com o Lema: “Por uma sociedade sem manicômios” e a “Carta de Bauru” – escrita pelos trabalhadores, usuários e familiares – este documento teve a finalidade de se tornar público, a luta contra a exclusão e a discriminação e pelos direitos das pessoas em sofrimento psíquico

Em 1987, surgiu o primeiro centro de Atenção Psicossocial no Brasil, na cidade de São Paulo – CAPS Luiz da Rocha Cerqueira, que se tornou um modelo de referência, para a implantação dos outros CAPS. Em 1989 houve uma intervenção feita pela Secretaria Municipal de Santos (SP), em um hospital psiquiátrico – a então Casa de Saúde Anchieta –, que era local de maus tratos e mortes de pacientes. A partir dessa intervenção, observou-se a necessidade da construção de uma rede de cuidados humanizados, em substituição definitiva ao hospital psiquiátrico.

Posteriormente foram implantados, no município de Santos, Núcleos de Acompanhamento Psicossocial (NAPS) e foram criadas cooperativas, residências terapêuticas, para os que deixaram os hospitais e associações. Essa prática vivenciada pelo Município de Santos se tornou um marco no processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil, pois fez com que fosse evidenciado, na prática, que era sim possível ter uma rede de cuidados humanizados (BRASIL, 2005).

Em 1989, o Deputado Paulo Delgado (PT-MG) responsável pelo projeto de Lei nº367/1989, explicitou a importância do processo de superação do modelo hospitalocêntrico.

Em 1992, em Brasília, aconteceu a II Conferência Nacional de Saúde Mental, que estava pautada em três temas: A rede de atenção em Saúde mental; transformações e cumprimentos da lei; direito a atenção e direito à cidadania. O seu relatório final tornou-se um

marco conceitual para a discussão da atenção integral e cidadania e foi tomado como referência, para as ações municipais. Por meio desta conferência, os usuários da saúde mental passaram a ser reconhecidos como sujeitos de direitos, confirmando o seu espaço de participação, na formulação das políticas públicas voltadas principalmente para suas demandas. A II Conferência Nacional de Saúde Mental também traz como inovação a descriminalização dos usuários de álcool e de outras drogas, com essa nova visão, esses usuários passam a ser encaminhados para tratamento no âmbito da saúde. É importante ressaltar que também ocorreu a criação de programas específicos para o tratamento em referência (BRASIL, 1992).

A II Conferência Nacional de Saúde Mental foi realizada após a Declaração de Caracas (1990), como também, depois da aprovação do Sistema Único de Saúde (SUS) e das primeiras normatizações da política de saúde mental –, onde já se vislumbrava as mudanças no modelo assistencial –, na necessidade de construir as mudanças no modo de pensar, em sua totalidade, na pessoa em sofrimento psíquico, em relação à sua subjetividade, e não só no seu diagnóstico. Com a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), a atenção à saúde mental começa a fazer parte da rede de serviços de saúde oferecidos gratuitamente pelo SUS, alinhada às diretrizes da Reforma Psiquiátrica brasileira que visa o cuidado em saúde mental extra-hospitalar, priorizando o cuidado em comunidade.

Nesse processo, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) se tornam dispositivos importantes para a substituição dos hospitais psiquiátricos, pois são unidades especializadas em saúde mental para tratamento e reinserção social de pessoas em sofrimento psíquico, inclusive, os seus serviços de saúde são em caráter aberto e comunitário.

O IV Encontro Nacional de Luta Antimanicomial, ocorreu, por sua vez, em 1999, em Paripueira (AL), com o Tema “Novas formas de produção de sentido”, cujas discussões ocorreram em torno da necessidade de aprofundar reflexões específicas da saúde mental. Aconteceu uma reunião sobre a criança e o adolescente, onde as discussões abordaram: a necessidade de formulação de uma política pública de atenção à saúde mental desse público, em todas as esferas do governo (federal, estadual, municipal), e a articulação da questão da criança e do adolescente no âmbito do movimento da luta antimanicomial em todos os núcleos, nos diferentes estados. Foi destacada também a relevância da inclusão do tema sobre criança e adolescentes nos encontros realizados pelo movimento da luta antimanicomial (TRINDADE, et al, 2007).

O Projeto de Lei do deputado Paulo Delgado, que objetivava a extinção gradual dos hospitais psiquiátricos no Brasil, acabou se arrastando no Congresso por longos doze anos até

sua aprovação em 2001. Essa Lei instituiu novas formas de atenção em saúde mental. Por outro lado:

A partir do ano de 1992, os movimentos sociais inspirados pelo Projeto de Lei Paulo Delgado, conseguem aprovar em vários Estados brasileiros as primeiras leis que determinam a substituição progressiva dos leitos psiquiátricos por uma rede integrada de atenção à saúde mental (BRASIL, 2005).

A Reforma Psiquiátrica brasileira teve forte influência Basagliana, onde o cuidado com a pessoa com doença mental, passa do hospital para a comunidade. O processo da reforma, adveio de um grande movimento de luta por modificação no trato com as pessoas com doença mental. Esse processo resultou em consideráveis avanços na compreensão e na assistência às questões da saúde mental. A partir dessa lógica, o Estado é o responsável pelo desenvolvimento da política de saúde mental.

É neste contexto e no processo da realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental (2001), que a política de saúde mental do governo federal se consolida, ganhando maior apoio e visibilidade. O tema da III Conferência se constituiu “Cuidar sim, excluir não”, especificamente, essa conferência foi a primeira que diretamente se referiu e conceituou a reforma psiquiátrica e trouxe propostas como a de extinção gradual dos leitos em hospitais psiquiátricos no Brasil, até 2004; a supressão do eletrochoque, na busca de concretização de direitos de cidadania. Diante disso, são criadas, linhas específicas de financiamento e novos mecanismos, para a fiscalização, gestão e redução de leitos psiquiátricos, no país, pelo Ministério da Saúde destinados aos serviços abertos e substitutivos do hospital psiquiátrico. Com isso, a rede de atenção diária à saúde mental passa a se expandir em todas as regiões, ocorrendo a criação de novos serviços, como os CAPSi, os CAPS ad III e os serviços residências terapêuticas.

Neste mesmo período, o processo de desinstitucionalização de pessoas longamente internadas ganha um reforço com a criação do Programa “De Volta para Casa<sup>10</sup>”. Em seguida, em 2004, ocorre o primeiro Congresso Brasileiro de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), em São Paulo (BRASIL, 2005).

A IV Conferência Nacional de Saúde Mental Intersetorial ampliou suas ações, unindo-se com a Secretaria Especial de Direitos Humanos, e se tornando a primeira Conferência intersetorial, ela aconteceu em 2010, em Brasília, e teve como tema “Saúde mental direito e compromisso de todos: consolidar avanços e enfrentar desafios” e trouxe reflexões sobre as

---

<sup>10</sup> O Programa de Volta para Casa teve como objetivo contribuir para o processo de reinserção social dos doentes mentais por meio do auxílio-reabilitação.

mudanças estabelecidas no campo da saúde mental, nos últimos anos, com a participação numerosa de usuários, familiares, profissionais, gestores do campo da saúde mental e de outros setores da sociedade brasileira que têm envolvimento com as políticas públicas. Nesse momento, discutiu-se as formas de cuidado, os desafios enfrentados no cuidar em liberdade, o cuidado em rede e no território. Abordou-se, ainda, a luta pelos direitos humanos e cidadania, o respeito à diversidade e o estigma que as pessoas em sofrimento psíquico ainda vivenciam. Em seu documento final essa conferência pontua a indicação de que a garantia de serviços substitutivos de caráter público estatal depende da participação da sociedade na formulação e efetivação das políticas de saúde mental (BRASIL, 2010).

Em dezembro de 2011, foi instituída no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), destinada as pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e de outras drogas, estabelecendo os pontos de atenção, que são parte integrantes do SUS, compostos por serviços variados: Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), nas suas diferentes modalidades; Serviços Residenciais Terapêuticos (STR); os Centro de Convivência e Cultura, as Unidades de Acolhimentos (UAs), dentre outros, com a finalidade de criar, ampliar e promover o acesso da população, garantindo a articulação e integração, entre os pontos de atenção das redes de saúde no território.

A RAPS, é integrada pelos serviços de saúde de caráter aberto e comunitário, responsáveis pela indicação do acolhimento, acompanhamento, pelo planejamento da construção do Projeto Terapêutico Singular (PTS), que dão continuidade ao cuidado e que possibilita a articulação intersetorial, para a promoção da reinserção dos usuários na comunidade. São compostos por uma equipe multiprofissional, com perspectiva interdisciplinar, tendo o objetivo de criar um ambiente terapêutico e acolhedor (AZEVEDO, 2014).

A Reforma Psiquiátrica, portanto, se constituiu de suma relevância para uma modificação de cenário nos casos de pessoas em sofrimento psíquico que puderam ter na Reforma o início da transformação das suas realidades, a mudança do olhar da sociedade sobre seus enfrentamentos e uma forma mais humanizada de tratamento, de modo a poderem exercer seus direitos de cidadãos, que são reforçados e determinados em anos seguintes, em um processo de redemocratização nacional e de reafirmação da cidadania.

Dentro desse contexto, a Reforma Psiquiátrica buscou a extinção gradativa dos hospitais psiquiátricos, atuando na defesa dos direitos dos indivíduos em sofrimento psíquico. Para Amarante (2009) apud Melo (2012, p. 3),

A centralidade nas estratégias de desconstrução da ideia do sujeito louco como perigoso para o convívio social, ou seja, um novo lugar para a loucura; e o fortalecimento dos serviços substitutivos que segundo Amarante (2009), são aqueles que além de oferecer uma assistência integral e tratamento diferenciado a população que necessita de atendimento em saúde mental, é capaz de substituir em sua totalidade a lógica manicomial, onde o manicômio e o saber da psiquiatria clássica são considerados como as únicas estratégias de tratamento e intervenção na vida desses sujeitos.

Esse movimento social iniciou-se no Brasil na década de 70, inspirado pela reforma psiquiátrica italiana, e se desenvolveu nas décadas posteriores, sendo corroborado pela sociedade brasileira que, até então, tratava as pessoas em sofrimento psíquico em manicômios, trancadas e longe dos olhos da sociedade (MELO, 2012).

Desde 2016, que a política de saúde mental vem sofrendo retrocessos, com a publicação da Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017, que reinstaura práticas asilares, valorizando as intervenções biomédicas em detrimento da lógica de Atenção Psicossocial, que é por meio de serviços abertos de base territorial e comunitária. A Portaria supracitada, traz de volta o Hospital Dia, caracterizando um retrocesso.

Em 2019, prossegue o retrocesso com a nota técnica Nº 11/2019 criada no governo Temer, que foi intitulada como “nova saúde mental”, é publicada pela coordenação geral de saúde mental, álcool e outras drogas do Ministério da Saúde. A referida portaria trouxe mudanças na Política de Saúde Mental. Dentre as principais mudanças, tem-se: inclusão dos hospitais psiquiátricos, nas Redes de Atenção Psicossocial (RAPS); financiamento para compra de aparelhos de eletroconvulsoterapia, mais conhecidos como aparelhos de eletrochoque; possibilidade de internação de crianças e adolescentes em hospitais psiquiátricos (situação que infringe o artigo 4º da lei 10.210); e a abstinência, como uma das opções de tratamento de usuários de álcool e de outras drogas (MORAES-FILHO, et al, 2019).

## **2.2 A saúde mental e atenção psicossocial para crianças e adolescentes**

A saúde mental infantil no Brasil começa a ser estruturada no século XIX, quando começam a surgir os primeiros estudos em psicologia e psiquiatria e quando foi criado o

primeiro hospital psiquiátrico brasileiro, o hospício D. Pedro II. Depois desse hospital, foram criados outros, do mesmo modelo, pelo país inteiro. Vale frisar que, nesse período as crianças em adoecimento mental eram internadas no mesmo espaço que os adultos, pois nessa época, não se tinha muitos conhecimentos sobre as doenças mentais inclusive no âmbito infantil.

Conforme Zaniani e Luzio (2014), no final do século XIX começaram as iniciativas de institucionalização psiquiátrica. A assistência dada às crianças era precária, e essa negligência no cuidado com as crianças consideradas doentes mentais eram acompanhadas pela imprensa, relatórios oficiais e artigos. No século XIX, o movimento higienista buscava soluções para as situações adversas da população brasileira, nos problemas sanitários. Já no século XX, membros do movimento higienista se preocuparam com a saúde mental, mas a medicina higienista dirigida à infância contribuiu apenas para as intervenções em modo asilar e na institucionalização dessas crianças. As crianças e os adolescentes pobres eram vistos como um problema para o Estado, necessitando de um cuidado que, ao ver da sociedade, o mais adequado era um cuidado assistencialista, pois a sociedade os via como um “perigo”, e que precisavam ser educados, moldados e punidos. Se algum deles não se adequasse as exigências para tornarem-se cidadãos promissores economicamente, o que se tornou uma institucionalização do cuidado para as crianças e adolescentes e na discriminação da pobreza.

Na compreensão de Zaniani e Luzio (2014), a assistência à saúde mental voltada para as crianças e adolescentes foi debatida no âmbito político, econômico e social, no final da década de 1970, quando estava acontecendo o movimento pela redemocratização do país. Posteriormente, em 1988, a Constituição Federal foi promulgada, e foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS). Em 1990, depois de muitas mobilizações sociais, criou-se o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA).

Com a infância e a adolescência sendo apropriadas pelo Estado, criou-se uma institucionalização dessas crianças e adolescentes. O movimento higienista influenciou lançando bases para uma medicina preocupada com a criança e com seu desenvolvimento, mas era uma preocupação negativa, direcionada aos distúrbios (psicopatologia), e ao aprimoramento genético. As crianças, à época, tidas como normais eram institucionalizadas em escola ou internatos, mas as crianças consideradas anormais, que apresentavam algum distúrbio, eram internadas em manicômios, onde dividiam o espaço com os adultos, visto que ainda não havia instituições específicas para crianças e adolescentes, e o modelo de atenção para o adulto era adaptado para eles (SINIBALDI, 2013).

Segundo Braga e d’Oliveira (2019) a assistência produzida para as crianças e adolescentes consideradas doentes mentais tinha como base a lógica higienista, com caráter normativo, sendo



um cuidado institucionalizado, isolando essas crianças e adolescentes do convívio em sociedade. Só em 1988 com a Constituição Federal, foi afirmada a cidadania das crianças e adolescentes e, com a Promulgação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), em 1990, foi consolidado o caráter de cidadão das crianças e adolescentes, que foram reconhecidos como sujeitos de direitos, enfatizando o dever do Estado de garantir a sua proteção integral.

No período em que a institucionalização de crianças consideradas doentes mentais foi pensada, a sociedade capitalista considerava, de fato que essa era a medida mais eficaz para o tratamento de crianças nessa condição. Apenas com o passar do tempo e o avançar dos estudos em saúde mental percebeu-se que outras medidas poderiam ser mais eficazes e mais humanizadas do que a institucionalização. Essa institucionalização da infância perdurou, ainda no século XX. Só no final da década de 1980, quando houve a promulgação da Constituição Federal, que trouxe em seu arcabouço os direitos de cidadania, inclusive os da criança e do adolescente, é que aconteceu a conquista da cidadania por crianças e adolescentes que se encontram em sofrimento psíquicos.

Sendo assim, novos modelos de cuidado foram sendo construídos, baseados no acolhimento, e em uma rede de cuidado capaz de levar em conta as singularidades de cada indivíduo, focando no fortalecimento de sua autonomia, priorizando uma escuta atenta às suas reais necessidades, garantindo a escuta de suas vozes, em articulação com o território dessas crianças e adolescentes, com seus vínculos sociais e suas histórias, promovendo assim, a garantia dos direitos e fortalecendo seu protagonismo. Logo, mais do que institucionalizar e afastar da sociedade a criança e o adolescente em sofrimento psíquico, tornou-se importante entender a condição psíquica de cada um desses indivíduos, em particular, de modo a obter maiores avanços no tratamento e manter esse indivíduo convivendo em sociedade, criando vínculos e permanecendo no seu seio familiar (BRAGA E D'OLIVEIRA, 2019).

É um processo constante de luta pela formação e implementação dos direitos das crianças e adolescentes em sofrimento psíquico, que é um campo em que é preciso investir continuamente, desenvolvendo projetos empenhados com a expansão da participação social de crianças e adolescentes em sofrimento psíquico e com a garantia da cidadania. Além disso, esse campo necessita de constantes estudos e avanços, de modo que o cuidado esteja alinhado às transformações sociais e ao desenvolvimento da ciência, tendo em vista ofertar um atendimento cada vez mais humanizado.

É fundamental pontuar que, no início dos anos de 1990, com a efetivação da Convenção da ONU e a criação do ECA, seguidos em 2001 pela Lei da Saúde Mental e também da III

Conferência Nacional de Saúde Mental, houve a visibilidade necessária da emergência de uma política de saúde mental para o público infanto-juvenil.

Após o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), fizeram-se necessárias mudanças para a efetivação e consolidação de um novo modelo de assistência, não mais institucionalizada, mas com base comunitária. Com o Movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira, “a gestão da Saúde Mental no SUS, efetivou a substituição do antigo modelo asilar pôr o modelo de cuidados com base territorial e comunitária” (BRASIL, 2005). Neste contexto, surgiram ações para o cuidado de crianças e adolescentes consideradas doentes mentais, e foi nos encontros realizados em Conferências que as pessoas começaram timidamente a discutir e debater que a saúde mental de crianças e adolescentes é uma questão de saúde pública e que deve ser integrada no conjunto de ações do Sistema Único de Saúde (SUS).

Segundo Couto, Delgado e Duarte (2015), a partir do século XXI é que no Brasil iniciam-se os caminhos para o desenvolvimento de uma política de saúde mental para crianças e adolescentes, pois não existiam eixos orientadores para a construção de uma adequada rede de cuidados. É importante pontuar que o foco das ações era efetivado por meio dos setores de assistência social/ e educação onde as propostas eram centradas na disciplina. Dessa forma, em torno das crianças e adolescentes não é dada a mesma contemplação e estratégias do cuidado que tinham sido ofertadas à população adulta, que eram observados como “[...] tipos de transtornos, principais fatores de risco e de proteção, estratégias de intervenção e organização dos sistemas de serviços[...]” (COUTO; DELGADO; DUARTE, 2015, p. 391).

Ainda a saúde mental tem como princípio ético e político a integralidade do cuidado, interligando assim o campo da saúde com os outros campos de política social, fazendo-se necessário a intersetorialidade, uma rede de serviços na busca pela atenção integral, universal com equidade, com iniciativas, projetos, promoções e ações destinadas a pessoas em sofrimento psíquico em várias áreas, como: direitos humanos, educação, assistência social, previdência social, justiça, trabalho e economia solidária, habitação, cultura e lazer. Propondo a participação da sociedade como um todo, profissionais, gestores, usuários, familiares, movimentos sociais, têm o objetivo de garantir e fortalecer o diálogo, e as estratégias para seguir sempre na direção da atenção comunitária e territorial (BRASIL, 2010).

Observou-se no campo da Saúde Mental a necessidade de novas ações para o cuidado de crianças e adolescentes em sofrimento psíquico.

A II Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em 1992, apontou os efeitos perversos da institucionalização de crianças e jovens e a III Conferência Nacional de Saúde Mental (2001) foi contundente sobre o tema,

determinando que não fossem postergadas as ações político-assistenciais necessárias para que um novo tempo se instaurasse no que diz respeito ao cuidado e tratamento da população infanto-juvenil. A institucionalidade para todas as mudanças está materializada na Lei nº. 10.216, de 06/04/2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtorno mental e redireciona o modelo assistencial em saúde mental (BRASIL, 2005).

A prioridade no cuidado e tratamento na saúde mental das crianças e adolescentes se efetivou na instituição do Fórum Nacional de Saúde Mental Infanto-Juvenil, cuja implementação se deu com o empenho de representantes de diferentes setores, tanto da esfera governamental como do não-governamental e esse engajamento resultou num imprescindível espaço de diálogo e construção de uma política voltada para as crianças e adolescentes, considerando suas peculiaridades e necessidades e na consolidação e fortalecimento das redes de serviços.

Em 2002, o Ministério da Saúde, através da Portaria nº 336/2002 regulamenta a criação dos Centros de Atenção Psicossocial a crianças e adolescentes (CAPSi), seguem os mesmos princípios orientadores que regulam os demais CAPS no Brasil, com serviços territoriais, gratuitos e com o objetivo de promover atenção em saúde mental, com base na integralidade do cuidado, exclusivo ao atendimento de crianças e adolescentes, com a responsabilidade pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental em seu território de abrangência. O CAPSi é responsável pelo atendimento regular de um número de crianças e adolescentes e suas famílias, com tratamentos diferenciados de acordo com a necessidade de cada caso, sendo composto por uma equipe multiprofissional: psiquiatra, neurologista ou pediatra com formação em saúde mental, psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, pedagogo trabalhando de forma interdisciplinar, é portanto, considerado como um dispositivo especializado e imprescindível no atendimento à saúde mental de crianças e adolescentes (COUTO, DUARTE E DELGADO, 2008).

As determinações da Lei 10.216/2001, a III Conferência Nacional de Saúde Mental – (CNSM) e as recomendações provenientes do Grupo de Trabalho sobre Saúde Mental de Crianças e Adolescentes, indicaram urgência de expandir rapidamente e com eficácia as iniciativas da Reforma Psiquiátrica à população de crianças e adolescentes em sofrimento psíquico. Observa-se que os casos de transtornos psicossociais nesse público aumentavam significativamente, carecendo de atendimento assistencial e de um diagnóstico aprofundado, sendo necessária uma construção de uma rede de cuidados capaz de assistir às necessidades de crianças e adolescentes, e à construção de estratégias para articulação intersetorial. Neste sentido, foi constituído, sob a coordenação da área da saúde mental do Ministério da Saúde o

Fórum Nacional de Saúde Mental Infante Juvenil, com diretrizes para o processo de desinstitucionalização de crianças e adolescentes no Brasil, que se tornou um espaço importante para o debate sobre o tema (BRASIL, 2014).

Em 2003, a Portaria nº 1.946/2003 juntamente com a decisão tomada após análise e reflexão que ocorreram na III Conferência Nacional de Saúde Mental, que possibilitou a criação de um “Grupo de Trabalho com a finalidade de se ter um espaço de articulação intersetorial”, sendo assim criou-se o Fórum Nacional (BRAGA, 2015 apud BRASIL, 2003c) a partir das discussões da III Conferência Nacional de Saúde Mental, essa que destacou o tema saúde Mental infante-juvenil, ampliando o debate dessa temática possibilitou o surgimento do Fórum de Saúde Mental infante juvenil, surgindo um espaço de debate coletivo, baseado na intersetorialidade com representantes de vários setores das políticas públicas

O Fórum Nacional de Saúde Mental de Crianças e Adolescentes, criado em 2004, pela Portaria MS/GM nº 1.608/2004, “é um importante espaço de discussão e de articulação intersetorial que objetiva debater diferentes questões relacionadas à saúde mental de crianças e adolescentes”, possibilitando uma ampla participação da sociedade na elaboração de proposta, oferecendo subsídios para a construção e consolidação das políticas públicas de saúde voltadas a esse público específico (BRASIL, 2004).

A IV Conferência Nacional de Saúde Mental, em 2010, foi um marco importante, pois foi a primeira que houve a integração de diferentes setores, desde a convocação até a realização. Nela foi reconhecido os avanços da expansão de serviços de base territorial, a redução dos leitos em hospitais psiquiátricos, por outro lado observou-se os desafios para a efetivação dos serviços com atenção em saúde mental. O tema sobre a saúde mental de crianças e adolescentes é retomado, confirmando o reconhecimento de crianças e adolescentes em sofrimento psíquico como sujeitos de direito (BRASIL, 2010a).

As Conferências Nacionais de Saúde Mental foram essenciais para o debate e apontamentos da necessidade de se ter ações políticas-assistenciais no cuidado e tratamento das crianças e adolescentes em sofrimento psíquico, entretanto, só no relatório final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental Intersetorial (2010) que se tem especificadas as diretrizes para o público criança-adolescente. Este relatório sinaliza a relevância de medidas intersetoriais de cuidado à saúde mental de crianças e adolescentes, atentando-se não apenas para os problemas encontrados nas capitais, mas também em outras regiões mais afastadas, onde há menor contingente populacional e, comumente, maior precariedade nos serviços voltados à saúde mental.

O relatório desta IV Conferência se tornou um marco significativo na consolidação de uma política de saúde mental infanto-juvenil, pois sinalizou não só a relevância da construção de ações intersetoriais de assistência e de promoção de saúde mental, mas também, apontou que a construção de redes para a consolidação da política de saúde mental deve estar presente em todas as cidades, sejam elas grandes ou pequenas, revelam a necessidade de se consolidar um novo modelo de assistência em saúde mental, com base na inclusão social e na emancipação das crianças e adolescentes em sofrimento psíquico.

O surgimento de Conferências Nacionais voltadas para a saúde mental, na passagem do século XX para o século XXI, juntamente ao Fórum Nacional de Saúde Mental de Crianças e Adolescentes vem a fortalecer a necessidade do cuidado e atenção à saúde mental de crianças e adolescentes. Como resultado desse contexto de lutas, atualmente, a rede de Atenção Psicossocial oferece atividades terapêuticas e atendimento clínico a pessoas que precisam de atenção nesse âmbito, inclusive, no caso da atenção a crianças e adolescentes, de forma personalizada e pautada no cuidado.

### **3 A CONTRIBUIÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NO ENFRENTAMENTO DA VIOLAÇÃO DE DIREITOS NO ÂMBITO INFANTO - JUVENIL**

Iniciamos essa terceira seção fazendo um breve resgate histórico da gênese da profissão na Europa, onde as transformações do modo de produção capitalista trouxeram à sociedade novas formas de sociabilidade nunca vistas antes, em relação ao modo e pela forma contraditória. Em seguida, veremos o surgimento do Serviço Social no Brasil, com as peculiaridades pertinentes a nossa sociedade e seguimos vendo a transformação da profissão que, no marco da reconceitualização, segue num processo de adequação aos diversos campos em que a profissão, que tem uma atuação generalista, demanda diferentes saberes e posturas, mas que são regidos pelo projeto ético e pelas dimensões inerentes à profissão, que são: teórico-metodológica, técnico operativa e ético política, trazem norte ao processo de lidar com a realidade, no cotidiano dos sujeitos, viabilizando direitos.

Inseridos no atendimento das demandas inerentes às refrações da questão social, “objeto de trabalho” do Assistente social, e em especial, no sistema de garantia de direitos, que objetiva conhecer sobre a contribuição do Serviço Social no enfrentamento da violação de direitos no âmbito infanto juvenil, principalmente no caso da criança e do adolescente em sofrimento psíquico.

É premente alertar que o enfoque dado aqui é que a generalidade do Serviço social nos faz tecer considerações acerca da atuação do Assistente Social, nas diversas políticas, de forma pontual, dado a grandiosidade de subtemas e aspectos, importantes como um todo.

No contexto aqui abordado, daremos ênfase à Assistência social, à Saúde e, em especial, à Saúde mental e à sua atuação de forma marcante.

Segundo Martinelli (2000), a profissão surge para responder às demandas causadas pelas mudanças na forma que se desenvolve o modo de produção capitalista, num momento da história em que o capitalismo concorrencial dá lugar ao capitalismo monopolista, visto que, o liberalismo econômico não tem sustentação e precisa da intervenção estatal.

O modo de produção capitalista, em sua fase industrial, transforma sobremaneira a história da sociedade e dá nova forma às relações humanas, pois sob a égide da compra e venda da força de trabalho, institui-se a sociedade de classes onde a propriedade privada é a característica de uma minoria, dona dos meios de produção, a burguesia, que explora a maioria que se submete a ganhos insuficientes, jornada de trabalho extenuante e péssimas condições de vida, tornando essa relação permeada por contradições, já que o proletariado luta pela sobrevivência, sua reprodução e pela superação da sociedade burguesa.

A referida autora afirma que desde cedo havia, nos trabalhadores uma vocação revolucionária, que, com manifestações, protestavam pelo avanço do capital e pela dominação das máquinas. As lutas eram cada dia mais organizadas em oposição às investidas nefastas do capital, que se valia de leis, como por exemplo, do Estatuto do Trabalhador, de 1349, que ainda vigorava em meados do século XIX, e levava o trabalhador à casa de correção se não concordasse com os salários pagos e as condições de trabalho a ele impostas. Com o crescimento das expressões da questão social sobre a classe trabalhadora, pelo avanço do capitalismo, era preciso conter o antagonismo das classes, com outros desdobramentos das relações societárias em curso, requisitou a junção de forças do Estado, da igreja e da burguesia. Surgem os reformistas, que seguiam os preceitos da escola filantrópica. Na tentativa de neutralizar as manifestações dos trabalhadores, dissuadindo sua expressão política e social, surge na Inglaterra, em 1869, a Organização de caridade, responsável a partir de então pela racionalização e pela normatização da assistência, onde surgem os primeiros assistentes sociais, atividade profissional denominada Serviço Social (MARTINELLI, 2000)

Martinelli (2000) assevera que o caminho trilhado pelo Serviço Social foi o pensamento conservador, juntamente com o apoio da igreja, que agora, com as encíclicas papais *Rerum novarum* (1891) que tratava das relações capital e trabalho, com seu perfil conservador e a *Quadragesimo ano* (1931) que trazia a organização profissional e a estrutura da empresa, que

exortava os trabalhadores a buscar a prudência e a ética cristã, com soluções para o equilíbrio entre patrões e empregados, gerando “Justiça social”. Mas o que vigorava era a dimensão de controle, repressão e ajustamento, inseridos na doutrina social da igreja. No Brasil, o Serviço Social surge na década de 1930, com o mesmo intuito existentes nos países da Europa e nos Estados Unidos, melhor dizendo, para conter o avanço do movimento operário, com a perspectiva que a conjuntura organizacional brasileira, com suas peculiaridades, que a época solicitava.

Em 1932, é criado o Centro de Estudos e Ação Social (CEAS) de São Paulo, onde foi ministrado o primeiro curso de preparo para o exercício da ação social, com a denominação de curso intensivo de formação social para moças, ministrado pela assistente social Belga Adele de Loreux. É neste ínterim que surge a necessidade de intervenção que trouxe controle e apaziguamento, nas refrações da questão social. Serviço social de caso, de grupo e de comunidade foram as frentes de trabalho dos profissionais, em solo brasileiro (MARTINELLI, 2000).

De acordo com Netto (2010), o Serviço Social tem seu desenvolvimento atrelado às transformações do modo de produção capitalista e, em nossa formação social brasileira, havia uma saturação nas relações entre as classes, tensões que necessitavam serem dirimidas, tornando necessária a criação e a consolidação de um mercado nacional de trabalho do assistente social, inserido na divisão sociotécnica do trabalho, pois a questão social torna-se objeto de intervenção do Estado, vinculando-se ao grande capital. No momento que ocorre a laicização do Serviço Social, dentro da profissão com a indicação de pluralismo profissional, tem início o movimento de reconceituação, que se desenvolveu em etapas e teve três perspectivas a saber: A perspectiva modernizadora, a reatualização do conservadorismo, e a intenção de ruptura.

A partir de 1964, tem início o período da Ditadura Militar Brasileira, quando se processou a renovação do Serviço Social, com seus elementos tradicionais e de caráter contestatório. A primeira perspectiva é de modernização conservadora e representou um esforço para adequar o Serviço Social, como instrumento de intervenção técnica nas experiências postas pelo processo de ditatorial e, portanto, está vinculada ao processo desenvolvimentista. É todo um discurso que fez a transversalidade no cerne da questão entre o tradicional e o moderno. A perspectiva buscou o rompimento com a metodologia dos processos de caso, de grupo e de comunidade. Foi um movimento que propôs questionamentos sobre o objeto, objetivos e métodos na profissão (FARIAS; SOUZA; LESSA E COSTA, 1993, p.41).

A segunda perspectiva refere-se a reatualização do conservadorismo. Trata-se de uma corrente que retoma os elementos mais conservadores da profissão. Esta perspectiva apresentou características que conferiram à profissão o aspecto microscópico de sua atuação e o retorno ao pensamento católico tradicional.

O Serviço Social é considerado como uma intervenção que se inscreve no processo da ajuda psicossocial. Possuía como suporte metodológico o recurso à fenomenologia. "A fenomenologia deve descrever coisa, o dado, o fenômeno tal qual ele se dá a conhecer" (CAPALBO, 1975, p.17)

A terceira perspectiva foi a de intenção de ruptura com o Serviço Social tradicional, que propõe uma crítica e busca romper com a tradição teórico-metodológica e ideológica do pensamento conservador e com seus modelos de intervenção social. Tal perspectiva surgiu no Panorama da estrutura Universitária Brasileira, na primeira metade dos anos 70, tendo como palco a Escola de Serviço Social de Minas Gerais. A perspectiva ganha repercussão fora do âmbito Acadêmico na virada da década e começa a repercutir com clareza nos debates de classe profissional. (FARIAS; SOUZA; LESSA; COSTA ,1993, p.45)

A partir do movimento de reconceituação, o Serviço social mostra adesão e oposição ao projeto burguês, num reconhecimento das contradições nele inseridos, vinculando-se para conhecer, e assim, poder modificar. Assim o processo de reconceituação, sendo inovador, e sendo em etapas provisórias, decodifica, desnuda, combate concepções e posições, compreende a diversidade e pluralidade da vida social a serem observadas e preservadas no debate democrático e, por conseguinte, rende-se à evidência que a realidade impõe. De acordo com Martinelli (2000, p. 144),

Movimento de reconceituação resposta de uma crise interna da profissão aguçada por crise estrutural e conjuntural da realidade brasileira encontrou a categoria profissional como um grupo subalterno que não tendo tomado coletivamente consciência de sua força e de suas possibilidades não havia conseguido superar ainda a fase do primitivismo em termo de consciência política de consciência crítica.

E é no cotidiano que o Assistente social atua, com consciência crítica e buscando desvendar a realidade dos sujeitos que demandam sua atuação.

O sistema de garantia de direitos é formado por diversas frentes, das quais trataremos pontualmente, neste instante.

É fundamental pontuarmos que é por meio do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) que são efetivadas as ações da política de assistência social, onde são colocadas em



prática as determinações da Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS) que foi sancionada sob a lei nº 8.742/1993, pelo então presidente Itamar Franco que assumiu o governo após o impeachment do presidente Collor de Melo, essa lei dispõe sobre a organização do setor e o intuito do SUAS.

O Sistema Único de Assistência Social foi fruto de um grande debate realizado em todos os estados e, no Distrito Federal, no ano de 2004, foi fruto de uma proposta elaborada pela Secretaria Nacional de Assistência Social, com a participação do conselho Nacional de Assistência Social, dando cumprimento às deliberações da IV Conferência Nacional de Assistência Social, em 2003. O SUAS vai reorganizar os serviços, benefícios, programas e projetos que serão direcionados à população que dele necessita, diminuindo assim as desigualdades sociais e garantindo proteção básica e especial, de média e alta complexidade, com base no território no qual a família reside.

A Proteção Social Básica será prestada pelos Centros de Referência de Assistência Social (CRAS), já a proteção Social Especial será oferecida pelos Centros de Referência Especializados de Assistência Social (CREAS), pelos Centros de Referência Especializado para População em Situação de Rua (Centro POP) e pelas Unidades de Acolhimento segundo o nível de complexidade. A seguir, pode-se observar outros detalhes dessa questão, em documento oficial:

CRAS unidade de proteção social básica do SUAS, que tem por objetivo prevenir a ocorrência de situações de vulnerabilidades e riscos sociais nos territórios, por meio do desenvolvimento de potencialidades e aquisições, do fortalecimento de vínculos familiares e comunitários, e da ampliação do acesso aos direitos de cidadania (BRASIL,2009).

A proteção Social Especial, por meio de programas e serviços, tem como objetivo principal contribuir para a reestruturação dos vínculos familiares e comunitários, e para a defesa dos direitos constituídos. Dividida em nível de complexidade (média e alta complexidade) trabalha o fortalecimento das potencialidades e aquisições na proteção de famílias ou indivíduos, no enfrentamento das situações de violação de direitos. Os serviços de média complexidade são voltados aos indivíduos com seus direitos violados, porém, com os vínculos familiares preservados; já os serviços de alta complexidade serão aplicados aos indivíduos ou às suas famílias que tenham necessidade de proteção integral, como moradia, alimentação, higienização e cujos os vínculos familiares e comunitários foram rompidos. Seu objetivo é de promover a atenção socioassistenciais as famílias e indivíduos que se encontram em situação

de risco pessoal e social por ocorrência de maus-tratos, abusos, situação de rua, trabalho infantil e outros (Coelho, 2021)

Dentro de todo o cenário onde se faz necessário a intervenção do Serviço Social, frente ao combate à violação de direitos e a proteção da família e indivíduos, temos como principal vertente o combate à violência doméstica que, há décadas, vem ganhando visibilidade no cenário nacional. No entanto, faz-se necessário o envolvimento de toda a sociedade e do poder público, na tentativa de minimizar e até mesmo de acabar com esse problema que assola todas as classes sociais do país. A violência contra crianças e adolescentes representa uma demanda que necessita de uma intervenção imediata, uma vez que, pode acarretar problemas significativos na vida desses indivíduos em desenvolvimento.

A violência pode ser desencadeada por diversos fatores, inclusive pela forma como o indivíduo foi criado e pela educação desses indivíduos, fatores que podem desencadear atitudes violentas. A violência doméstica e intrafamiliar consiste em proporcionar abusos e constrangimentos -- entes familiares ou pessoas próximas --, causando lesão corporal e perturbações de ordem psicológica e emocional na criança ou adolescente (BRASIL, 2001). A violência doméstica contra a criança e adolescente muitas vezes é provocada por diversos atores, porém, em sua maioria, é provocada por familiares, ou seja, pelos que têm o papel de zelar e cuidar.

Segundo Silva (2002), dentre as violências sofridas pelas crianças e adolescentes está a violência psicológica. Nessa tipificação o adulto interfere de modo negativo na vida social da criança ou do adolescente, por meio de práticas de rejeição, ameaça constante e isolamento social. É de grande prejuízo para o indivíduo, uma vez que, mesmo sem deixar marcas físicas, interfere no seu comportamento e nas suas emoções. Apesar da violência psicológica ser a mais frequente dentro da família, a identificação é algo muito difícil e a criança e ao adolescente tendem a passar muito tempo sob o jugo desses violadores.

A violência física também é algo que acomete o público infantil, e é assim denominada pela ação ou omissão que causa risco à integridade física do indivíduo. Tal tipo de violência nem sempre deixa marcas evidentes e pode levar, em muitos dos casos à morte. Esse tipo de agressão se caracteriza por uma simples palmada e até mesmo agressões com armas, paus, barras de ferro, imposição a queimaduras, socos, pontapés dentre outras. Em decorrência dessas agressões, as vítimas mas passam a ter comportamentos atípicos, podendo apresentar agressividade, medo fora do normal, apatia e depressão.

Outro tipo de violência ao qual são submetida as crianças e adolescente é a negligência, que está associada à ausência dos cuidados de que estão incumbidos os adultos, em relação aos

indivíduos que estão sob os seus cuidados. A negligência torna-se um tipo de violência quando a criança e o adolescente que são negligenciados e/ou sofrem privações de carinho, alimentação e de limpeza.

A violência sexual contra crianças e adolescentes trata-se do uso desses indivíduos, com o propósito de satisfação sexual, o que pode ser por meio da força, da persuasão ou de trocas. Esse tipo de violência tem um efeito devastador na vida das crianças que veem a sua intimidade violada por pessoas que deveriam cuidar delas. Na maioria das vezes o abusador, faz parte do convívio afetivo da criança e do adolescente e, nesse sentido fica, ainda mais difícil a denúncia do fato, uma vez que, o adulto pode usar de ameaça, ou até mesmo, pode ocorrer o medo, dessas crianças e menores, de não acreditarem nelas (UNICEF, 2021).

A criança e o adolescente que passam por essa situação de violência acabam mudando radicalmente de comportamento e isso passa a ser um sinal de alerta, sendo necessário que seja realizada a comunicação às autoridades competentes, usando os canais de denúncia ou mesmo procurando o conselho tutelar ou delegacia mais próxima. O abuso sexual será considerado, inclusive, qualquer contato sexual das crianças e adolescentes a conteúdos pornográficos, jogos sensuais, existindo ou não a penetração. De acordo com informações oferecidas pelo UNICEF (2021),

Dados de estupros e estupros de vulneráveis apontam que, entre 2017 e 2020, entre as vítimas de 0 a 19 anos, 81% tinham até 14 anos de idade. Em números absolutos, isso significa que nos últimos quatro anos, de um total de 179.278 casos registrados, em 145.08619 deles as vítimas tinham até 14 anos.

O atendimento dentro da política de Assistência Social tem como principal compromisso o acolhimento do indivíduo em situação de risco e violação de direitos, por meio de acolhimento, apoio e orientação e com o propósito de sanar a situação inicial, fortalecer a família, prevenir a ruptura dos vínculos afetivos, e assim, garantir que toda a família possa viver em um ambiente sem violências e com direitos preservados.

### **3.1 Serviço Social ante a questão do enfrentamento da violência infanto – juvenil**

A práxis do Serviço Social está diretamente vinculada a situações de vulnerabilidade e risco sociais, nos quais se enquadram os casos de violência contra crianças e adolescentes. Pedersen (2009) afirma que a violência, nas suas mais diversas expressões, estabelece demandas que requerem estudos e intervenções profissionais do/a assistente social, e que a

violência contra as crianças e adolescentes brasileiros pode se caracterizar como um fenômeno que ocorre em todos os lugares e espaços, apresentando-se em diferentes formas, como também estabelecendo-se por inúmeros fatores que interferem na realidade social e cultural. Por isto, além de constituir-se como grave ameaça à integridade física e à vida, podendo ser apresentada como abuso sexual, psicológico ou físico. Deste modo, a violência é considerada uma articulação de relações gerais e específicas de exploração e de forças desiguais em situações concretas, não podendo ser considerada como se fosse resultante das forças da natureza humana ou um mecanismo autônomo e independente de determinadas relações sociais (PEDERSEN, 2009).

Há de se reconhecer e entender as mais diversas maneiras de violência que se apresentam na sociedade, enfatizando que ela não é a mesma, de um período a outro, e que, contemporaneamente, situa-se assim de acordo com a junção dos aspectos sociais, políticos, econômicos e culturais da sociedade, ou seja, exprime as transformações nela vividas. Enfatiza-se que a violência infanto-juvenil se manifesta numa relação de poder exercido pelo adulto sobre a criança ou/e o adolescente, em um processo de apropriação e dominação. Diante disso, pode-se considerar ações violentas e/ou de omissões aquelas podem cessar, impedir, deter ou retardar o desenvolvimento pleno dos seres humanos, principalmente, quando relacionadas às condições de desenvolvimento da criança e do adolescente, que necessitam de proteção e cuidado.

Investigar as diferentes expressões de violência na atualidade e relacioná-las com o Serviço Social, em seus múltiplos espaços de atuação, é um fator primordial para o exercício efetivo da profissão. Por tratar-se de uma iniciativa que ocasiona discussões da violência como um todo, sob as circunstâncias sócio históricas, demanda dos assistentes sociais condutas e ações para prevenção dos processos dessa violência.

É importante pontuar que, o Serviço Social conseguiu quebrar com as suas protoformas e acabou assumindo o papel na atuação da garantia dos direitos da criança e do adolescente, sendo responsável pela mediação das ações e medidas focadas no pleno acesso aos direitos referentes à temática infanto-juvenil (PEDERSEN, 2009). Essa intervenção profissional, na perspectiva da garantia de acesso aos direitos sociais e pelo atendimento de forma integral, posto que o sujeito social, apesar de ser uma criança ou/e um adolescente, é dado como um todo e não fragmentado, por isso, os mecanismos utilizados, na atuação do Serviço Social são: a implantação, formulação e execução das políticas públicas.

Além disso, pondera-se que, para o enfrentamento da violência contra a criança e ao adolescente, são necessárias demandas e articulações entre uma rede de profissionais que

atendam às necessidades da abordagem do problema e às suas complexidades, por meio também, de planos voltados para ações interdisciplinares e intersetoriais. Para Vieira (2021, p. 40)

Diante das inúmeras repercussões da violência na vida das crianças e adolescentes, é fundamental promover a consolidação de uma atuação em rede que integre vários/as profissionais e serviços, com chances de se encontrar equilíbrio nas organizações das tarefas, com uma integração inclusiva e harmoniosa entre os/as envolvidos/as para se chegar a um processo de humanização.

Vale ressaltar, que o profissional do Serviço Social, ante a esse tipo de violência, executa sua atuação com base nas leis que representam o direito da criança e do adolescente, como, a Constituição Federal de 1988, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), o Código de Ética do Assistente Social (Lei nº 8662/1993) e a Lei de Regulamentação (Lei nº 8.662/1993); conforme explicitado a seguir:

De acordo com o ECA os casos de suspeita ou confirmação de castigo físico, de tratamento cruel ou degradante e de maus-tratos contra criança ou adolescente serão obrigatoriamente comunicados ao Conselho Tutelar da respectiva localidade, sem prejuízo de outras providências legais (BRASIL, 1990).

Sendo assim, ao deparar-se com um caso de violência contra a criança e ao adolescente, o primeiro passo a ser dado pelo assistente social é a escuta atenta, pois é nela que se realizará a triagem, que identifica a demanda que lhe foi apresentada e leva a compreensão da busca do serviço, pelo usuário. Além dessas vantagens da escuta atenta, o profissional de Serviço Social conseguirá “produzir um conhecimento da realidade, entendendo as causas/raízes do problema” (PIRES; HAIKAWA, 2013, p. 12).

É de extrema importância que o/a assistente social tenha uma escuta ativa e sensível. Nesse processo, o profissional precisa ser cauteloso para compreender, que num primeiro momento, a vítima apresentará demandas distintas, devido ao fato de a mesma estar introduzida em um espaço desconhecido, o que provavelmente dificultará a fala sobre o ocorrido. Em seguida, o/a assistente social utilizará instrumentais técnicos para adoção de medidas interventivas, que possam amenizar ou solucionar a situação, podendo utilizar “a escuta, visita domiciliar e institucional, entrevista, estudo social, orientação” (PIRES; HAIKAWA 2013, p.12), dentre outras estratégias, buscando a possibilidade de desvendar os determinantes e as

condições em que seu objeto de estudo e intervenção se manifesta, visando um processo interventivo eficaz.

Assim o assistente social realiza um estudo para compreender a dinâmica da família, compreender as relações sociais da vítima, por isso, a avaliação social é realizada com a família e com a criança ou adolescente. O objetivo desta avaliação é verificar a dinâmica social da família em questão, as redes de apoio disponíveis, a composição familiar, e os fatores que contribuíram para a violência, seja ela física, emocional ou sexual. Ou seja, o profissional de Serviço Social precisa decifrar toda a teia social da qual essa família e a criança/o adolescente fazem parte e com isto interferir na manutenção da relação de violência, buscando encontrar as probabilidades de alteração do quadro (PAZ, 2018).

Um dos fatores que precisa ser corroborado é que a política de assistência social deve centrar suas ações também na família, por considerar que as novas configurações assumidas por esta, principalmente, pelas dificuldades e vulnerabilidades que permeiam o cotidiano, muitas vezes marcado por profundas desigualdades.

Considera-se que os profissionais em pauta não se concentram em estabelecer um modelo ideal de família, mas sim, em identificar a competência da mesma em desempenhar a função de proteção e socialização, de suas crianças e adolescentes, a fim de que as crianças e os adolescentes sejam protegidos, tendo seus direitos garantidos e assegurados, como também, que as políticas, os programas, projetos e serviços sejam continuados em relação, ao indivíduo violentado. De acordo com Pederson, (2009, p.121),

É necessário que as dificuldades e expressões da questão social que perpassam o cotidiano das mesmas, decorrentes da violência estrutural que vitima milhares de famílias brasileiras, também sejam superadas e tenham as suas necessidades satisfeitas, pois são estes fatores que na maioria das vezes determinam a ocorrência de situações que violam os direitos dos demais sujeitos integrantes da família e de forma particular, as crianças e adolescentes, por sua condição peculiar de crescimento e desenvolvimento.

Nesse contexto, destacam-se as intervenções que possuem a intencionalidade de ressignificar as vivências dos sujeitos diante das expressões da violência, e assim, criar subsídios para o rompimento da violação de direitos, fortalecendo os laços familiares e comunitários e prevenindo a reincidência da violência que, muitas vezes, ocorre no âmbito familiar (PAZ, 2018).

Nesse contexto, acredita-se que um dos meios de proteção social oferecidas pelo assistente social é oficializar a denúncia, a notificação, por compreender que essa oficialização não é apenas uma proteção, mas sim o preenchimento da Ficha de Notificação Compulsória de

maus-tratos que alimenta os dados epidemiológicos, ou seja, é desta forma que se evidencia o quadro de violência contra a criança e ao adolescente. Além disso, a notificação ao Conselho Tutelar é obrigatória, conforme o art. 13 do ECA. Sendo assim, notificar é um mecanismo duplamente significativo, no combate à violência, visto que produz benefícios para casos singulares e serve também como instrumento de controle epidemiológico da violência.

Outro ponto importante é que ao falar da atuação do assistente social, diante os casos de violência a criança e ao adolescente, precisamos destacar a criação de fatores importantes para a efetivação tanto do trabalho do assistente social como também como forma de garantia dos direitos sociais destes indivíduos.

A Proteção Social Especial é a modalidade de atendimento assistencial destinada a famílias e indivíduos que se encontram em situação de risco pessoal e social, por ocorrência de abandono, maus-tratos físicos e/ou psíquicos, abuso sexual, uso de substâncias psicoativas, cumprimento de medidas socioeducativas, situação de rua, situação de trabalho infantil, dentre outras situações.

Sintetizando, a Proteção Social Especial é composta por serviços voltados para o acompanhamento individual, com flexibilidade superior nas soluções protetivas, através dos encaminhamentos controlados, aos apoios e métodos que certificam a qualidade da ação protetiva e na efetividade da reinserção almejada.

A atenção às situações de violência sexual infanto-juvenil no âmbito da proteção social especial de média complexidade tem como eixos norteadores do trabalho social: a atenção especializada, qualificação do atendimento; território e localização; acesso a direitos socioassistenciais; centralidade na família; mobilização e participação social; trabalho em rede e interdisciplinaridade (BRASIL, 2011).

É importante enfatizar que, ao destacar a Proteção Social Especial, é necessário compreender sua composição, desvelando que esta se divide em média e alta complexidade, onde a média complexidade refere-se à observação de ações pertinentes à violência e aos direitos violados, porém, quando o indivíduo ainda mantém vínculos familiares ou comunitários, mesmo que fragilizados. Já a proteção social de alta complexidade é para quando se apresenta demandas com os vínculos familiares já rompidos, dessa forma, abrangendo situações de abrigo e, em alguns casos, estando em situação de rua.

É perceptível que a ruptura da violência contra crianças e adolescentes não é uma demanda de fácil resolução e que expõe resultados subsequentes, pois “a violência contra crianças e adolescentes acompanha a trajetória da humanidade desde os tempos antigos até o

presente” (SANCHEZ, MINAYO, 2004, p. 29). Por isso, as políticas públicas precisam ser implementadas a fim de assegurar os direitos humanos, sejam das crianças ou/e dos adolescentes violentados ou bem como de suas famílias, de modo que o objetivo seja romper com as ocorrências de violência vivenciadas (PEDERSEN, 2009).

Para esses sujeitos, talvez o sentido da infância sequer existiu e seus direitos e necessidades peculiares não procederam, muito menos ocorreu uma linearidade, visto que, só ocorreram durante as transformações socioculturais e políticas, em que os valores, significados, representações e papéis desempenhados pelas crianças e os adolescentes mudaram, no desenvolvimento da sociedade.

Nos serviços e programas, dentro da política da Assistência Social, o Serviço Social deverá realizar a acolhida, desenvolver ações comunitárias, encaminhamentos a serviços e ações particulares, tudo dentro de uma normatização operacional.

Com o propósito de enfrentar e erradicar qualquer tipo de violência contra a criança e o adolescente, o Serviço Social pode auxiliar as famílias a envolver todos que fazem parte do convívio desses indivíduos, envolvendo assim a própria vizinhança e os demais membros da família, convidando-os à responsabilidade coletiva e comunitária, para com a criança e o adolescente, assim como afirma o Estatuto da Criança em seu artigo 4<sup>a</sup>.

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, a saúde, a alimentação, a educação, ao esporte, ao lazer, a profissionalização, a cultura, a dignidade, ao respeito, a liberdade e a convivência familiar e comunitária.

No trabalho em rede, o enfrentamento de todo os tipos de violência se faz parte bastante importante e, neste sentido, o Serviço Social deve ser o elo que liga os demais serviços de enfrentamento, como a educação, a saúde e os conselhos tutelares que são os guardiões dos direitos infanto-juvenil.

O conselho Tutelar faz parte dessa rede de cuidado pois interage com os CRAS e demais serviços de assistência, com o propósito de garantir e efetivar os direitos fundamentais da criança e do adolescente. Seguindo essa “linha” da rede o serviço social poderá contar também com o Conselho Municipal dos Direitos da Criança e Adolescente (CMDCA) que é o principal órgão formulador, deliberativo e controlador da política municipal de proteção à criança e ao adolescente.

Ainda dentro dessa rede de cuidado, o Serviço Social pode se articular com a Secretária Municipal de Saúde que, por meio do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) e do



Programa de Saúde na Escola (PSE) podem articular visitas, orientações e encaminhamentos, de forma multiprofissional.

O Serviço Social também deve se articular com a rede de Educação, para que seja garantido o direito à educação e, uma vez inseridos, e convivendo em ambiente escolar, a equipe pedagógica poderá observar o comportamento, identificar fatores de risco e realizar encaminhamento para a rede de apoio.

Esse trabalho em rede com a educação, a saúde e a assistência social tem um papel de suma importância para enfrentamento aos vários tipos de violência e violação de direitos das crianças e adolescentes. Com o apoio dos conselhos paritários e deliberativos, junto com as entidades públicas e privadas de prestação de serviços e os conselhos tutelares esse trabalho vai ganhando forma e se materializando na própria prática, do profissional de Assistência Social.

Em cada âmbito de atendimento, o Serviço Social vai ter sua forma de atuação direcionada segundo os princípios de funcionamento de cada órgão, mas no geral, para a prática de enfrentamento da violência e violação de direitos da criança e do adolescente, O serviço Social irá realizar a acolhida, realização de encaminhamento e orientações às famílias usuárias do serviço no qual ele está atuando.

Ainda dentro da política de atendimento e de enfrentamento à violência o Serviço Social poderá realizar uma escuta diferenciada, procurando identificar as possíveis possibilidades e potencialidades do usuário, buscando assim, uma intervenção adequada e eficaz, na tentativa de sanar a situação de violência. A mediação de grupos também seria um ponto forte nessa atuação, tendo em vista que, como explica Fernandes (2002), na dinâmica grupal que vai se estabelecendo, os profissionais vão se aproximando de aspectos cotidianos dos/as participantes, os quais vão, pouco a pouco, sendo ultrapassados em sua imediatividade. A integração e a comunicação vão configurando um campo de diálogo e de trocas interpessoais. Para Fernandes (2002, p. 46),

Na relação de reciprocidade que vai consolidando os grupos, acontece um fenômeno denominado de “ressonância”, este indica a troca de sentimentos entre as pessoas, o compartilhar emoções comuns. Isto acontece quando a fala de um rebete nos outros e os demais vão interagindo a partir daquele significado exposto por alguém.

Nos grupos, os conteúdos pessoais são compartilhados e, neste momento, existe um momento de identificação que geram vínculos positivos e estabelece um movimento quase que natural para o enfrentamento das diversas situações vividas.

O acompanhamento das vítimas encaminhadas, palestras em escolas e realização de busca ativa também são ferramentas que podem somar no enfrentamento à violência contra crianças e adolescentes, tudo isso associado ao trabalho em rede que vai garantir a minimização dos efeitos maléficos que a violência causa na vida dos indivíduos e na própria sociedade.

O Serviço Social, no trabalho da rede de atenção psicossocial, deve buscar a superação desses desafios para a rede de atendimento e melhoria na qualidade dos serviços oferecidos, com um trabalho construído em conjunto com a equipe. A ação profissional do assistente social na saúde mental não se concretiza somente em uma ação, mais em várias, que devem ser permeadas pela busca da integralidade do atendimento, do desenvolvimento da autonomia dos usuários, da participação popular, na melhoria da qualidade de vida do usuário e da viabilização para a superação de expressões da questão social de forma a garantir os direitos sociais (Inácio; Lima, 2019, p. 84) inclusive no enfrentamento da violação dos direitos no âmbito infanto juvenil.

### **3.2 A atuação do Assistente Social frente à violência contra a criança e o adolescente em sofrimento psíquico**

A atuação na área de Saúde Mental é sempre um desafio para os profissionais de qualquer área e, em especial, o do Serviço Social, uma vez que as doenças mentais se situam em uma área bastante complexa, devido às vulnerabilidades sociais e econômicas que são apresentadas diariamente como demandas dos usuários, como é o caso do próprio modelo psiquiátrico que ainda encontra barreiras deixadas pelos modelos manicomial e pelo próprio preconceito e estigma na sociedade contra as pessoas com transtornos mentais.

No contexto brasileiro, o Serviço Social vem se firmando em várias áreas do conhecimento. Na Saúde Mental, isso ocorreu a partir dos anos 40, o que pode ser vista a partir de disciplinas ligadas à temática higienista, nas primeiras escolas de Serviço Social, em São Paulo e no Rio de Janeiro. Nesses estados, por meio dos movimentos higienistas e pela influência da igreja, o Serviço Social começou a reformular sua base de atuação e assim acrescentou ao currículo escolar a forma de atuação segundo essa visão. Esse conteúdo era empregado de forma complementar e subordinada, abordando um estudo totalmente científico e médico que só foi mudar por volta dos anos de 1970, por meio do Conselho Federal de Educação.

Conforme supracitado, as primeiras instituições a terem assistentes sociais, foram os Centros de Atenção Infantil (COI) e os Centros de Atenção Juvenil (COJ), mas as ações profissionais ocorriam por meio de uma visão assistencialista, acrítica. Nesse período histórico,

a hierarquia dos médicos, em relação ao profissional de Serviço Social, era de subordinação, de fazer subalterno, assistencialista e acrítico (VASCONCELOS, 2002).

A presença contínua do Serviço Social em serviços de saúde mental, no Brasil, e em especial, no Rio de Janeiro, foi iniciada pelo modelo de clínica para crianças e jovens que foram propostas pelo movimento higienista e que influenciaram decisivamente no processo de organização, sistematização e difusão da tradição de Serviço Social clínico, particularmente no âmbito do Serviço Social de casos da escola diagnóstica, de corte psicanalítico (VASCONCELOS, 2000).

Ainda de acordo com Vasconcelos (2000, p. 164),

A clínica teria uma atuação direta no período inicial do desenvolvimento mental Infantil dos primeiros meses aos doze anos.

Segundo prospecto de propaganda da liga Brasileira de higiene mental haveria dois tipos de serviços de higiene mental infantil: individual e coletivos. Os individuais tinham três linhas de prática:

1- exames clínicos de crianças nervosas na sala de consulta do ambulatório da clínica de eufrenia<sup>11</sup>;

2- exames psíquicos e crianças nervosas para diagnóstico, e de crianças normais, para medida de inteligência e estudo de personalidade no laboratório de psicologia da clínica;

3- inquéritos médico-sociais, feitos nas casas das crianças, pelo Serviço Social respectivo.

É importante pontuar que, nos trabalhos coletivos, tratava-se de propaganda dos princípios da higiene mental e de outros aspectos pertinentes ao processo de orientação aos familiares, especialmente à genitora

Na clínica centrada no público infanto-juvenil, as assistentes sociais eram responsáveis pelo estudo do caso, através da família ou da obra social, quando se trata de crianças de instituição (ambiente emocional, econômico, social e histórico da vida da criança) e pela orientação das mães que se faz paralelamente ao tratamento do cliente (VASCONCELOS, 2000, p. 168).

Nos anos de 1970, teve início gradual a substituição dos hospitais psiquiátricos por serviços abertos comunitários, instituições que possibilitem um atendimento humanizado e que reivindicavam uma mudança nas ações dos profissionais que atuavam na saúde mental. Entre essas novas instituições, podemos citar os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), que têm uma proposta de atendimento mais centrado nas necessidades do indivíduo com transtorno mental, trazendo-o para mais perto da sociedade,

---

<sup>11</sup> A eufrenia teria por fim, assegurar a boa formação do psiquismo.

com um atendimento multiprofissional, dentre esses profissionais, o assistente social (VASCONCELOS, 2002).

É com o surgimento da reforma psiquiátrica que o Serviço Social passa a ter uma atuação mais significativa, destacando, sobretudo, a necessidade da discussão pela busca da garantia de direitos das pessoas com transtornos mentais, inclusive, crianças e adolescentes, possibilitando-lhes um atendimento humanizado, numa lógica de ação territorial e no trabalho em equipe.

Do ano de 1990 em diante, o Serviço Social se envolve mais ainda na área de saúde mental, com o objetivo de fortalecer os ideais da Reforma Psiquiátrica. Entretanto, nesse mesmo momento, a Reforma Psiquiátrica passa por dificuldades de dar continuidade às suas propostas, por causa da hegemonia das políticas neoliberais, que incentivava a busca pela medicalização e o tratamento baseado com remédios. Nesse momento, o Estado diminuiu o investimento no setor da saúde mental (BISNETO, 2009).

É no contexto dessa realidade contraditória que está o Serviço Social, que mesmo com o advento das propostas neoliberais, insere-se no processo das relações sociais, tendo por finalidade a construção de uma prática emancipadora, em que o profissional do Serviço Social possa fazer uma crítica da realidade posta, inclusive buscar uma atuação de enfrentamento da questão da violência/violação dos direitos da criança e do adolescente em sofrimento psíquico.

Os profissionais do Serviço Social contribuem para o campo da saúde mental com base no Código de Ética profissional, na Lei de Regulamentação da profissão e nos Parâmetros para atuação de assistente sociais na saúde, mantendo a visão crítica da realidade, formulando e implementando ações que contribuam para a cidadania da criança e adolescente com transtorno mental e de sua família, lutando contra o estigma social e os preconceitos (CFESS, 2013).

Em 2002, o Ministério da Saúde com a Portaria N°336/2002, definiu as modalidades dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), que ficou definido como serviço ambulatorial, com o objetivo de preservar e fortalecer os laços das pessoas consideradas com transtornos mentais em seu território (COSTA, 2017), inclusive com destaque para os Centros de Atenção Psicossocial infantil (CAPSi).

O CAPSi, tem um atendimento exclusivo para crianças e adolescentes consideradas com transtornos mentais graves e persistentes, e para aqueles que fazem uso de crack, álcool e outras drogas. O atendimento é somente diurno e de segunda a sexta. Para que os municípios tenham um CAPSi, ele tem que possuir uma população acima de 70.000 habitantes. O CAPSi atende a uma faixa etária entre zero e dezoito anos, sendo que, aos dezoito anos, o adolescente pode ser encaminhado aos CAPS adultos, e essa transferência é feita levando em consideração alguns

critérios, como a gravidade do caso e o vínculo criado. Entretanto, a idade limite de entrada ao serviço do CAPSi é de dezessete anos e onze meses (BRASIL, 2005).

Em 2004, foi criado, pelo Ministério da Saúde, o Fórum Nacional sobre saúde mental de crianças e adolescentes, que é um espaço de articulação intersetorial e de discussão permanente sobre as políticas para esta área, com representações de usuários e familiares (BRASIL, 2015).

A intervenção do assistente social é junto a equipe interdisciplinar na viabilização dos direitos, no acolhimento, na orientação, nos encaminhamentos e na mediação entre as crianças e adolescentes consideradas com transtornos mentais e seus familiares, contribuindo com a visão social, apresentando suas particularidades enquanto sujeito de direito em desenvolvimento.

De acordo com Vasconcelos (2000), com a atuação voltada para a criança e para o adolescente em sofrimento psíquico, o profissional do Serviço Social, deve analisar a realidade vivenciada pelo usuário e assim identificar, de maneira crítica, as situações de violação que estão presentes naquela situação, e desenvolver uma intervenção que possa articular as demais forças de proteção, como conselho tutelar, instituições voltadas ao atendimento a esse público e a própria família e, com isso trabalhar para o fortalecimento dos vínculos sociais e familiares, identificando e fortalecendo fatores de proteção, o resgate da cidadania e a vivência de hábitos saudáveis.

Diante das infinitas formas de atuação e atribuições em que o assistente social pode exercer -- no contexto de enfrentamento a violência contra crianças e adolescente com transtornos mentais --, é no papel de mediação que esse profissional poderá avançar para solucionar as dificuldades encontradas na busca de tratamento contínuo e na inserção adequada, no meio social. Nessa mediação, o profissional deve manter uma postura ética, comprometida com o bem-estar e a realização de um serviço de qualidade para o indivíduo que procura o serviço.

O assistente social vai participar, nas diversas fases do atendimento ao usuário em sofrimento psíquico, atuando, desde o planejamento e execução de ações de prevenção, às situações de risco do surgimento da doença mental; no acolhimento as famílias e usuários que procuram o atendimento ou que são encaminhados; no diagnóstico das necessidades; e no acompanhamento do tratamento terapêutico até a consolidação da reinserção social do usuário.

Sendo assim, juntamente com uma equipe interdisciplinar, a sua atuação se faz fundamental para que o usuário possa ser contemplado em todas as esferas da garantia do direito.

É importante salientar que com as transformações produzidas pela reforma psiquiátrica dos anos 1980 e o rompimento da visão hospitalocêntrica, a família passa a ter um papel importante para o cuidado dos indivíduos em sofrimento psíquico.

A visão da criança e do adolescente como um indivíduo que está em formação e se formando como sujeito perante a sociedade nos leva a acreditar que eles precisam de um apoio emocional, psicológico e social e, por isso, faz-se necessário o trabalho de restauração e até mesmo de criação, de vínculos familiares, uma vez que a família passa a ser a responsável direta neste apoio. Quando se trabalha com o sofrimento psíquico em crianças e adolescente, o trabalho com a família deve sempre ser o foco principal da intervenção do profissional de assistência social tendo em vista que o sofrimento psíquico pode estar interligado com o próprio contexto familiar em que eles estão inseridos.

As grandes mudanças, trazidas pelas reformas sanitária e psiquiátrica, foram de suma importância, mas, em referência ao sofrimento psíquico entre crianças e adolescentes, ainda existe muito a ser feito, com ênfase num trabalho especializado, por meio de um tratamento de qualidade e focado no ser que está em pleno desenvolvimento é premissa de qualidade de vida para esse público. É de suma importância colocar para funcionar a rede de suporte e assim oferecer um atendimento que garanta a autonomia do indivíduo, frente à sociedade.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir dos pontos apresentados, destaca-se que, por um longo período da história do Brasil, houve uma negligência em relação à infância pobre e às crianças e adolescentes em sofrimento psíquico, uma situação que foi vivenciada no Brasil Colônia. Com o avançar da história do país e a chegada do Brasil Império, mudanças começam a se delinear com relação à saúde mental. Naquele período, novos contextos passam a ser formulados levando ao surgimento de hospitais psiquiátricos de atendimento a pessoas em sofrimento psíquico após o período imperial, no século XIX. Nesse aspecto, destaca-se que o enfoque ainda não se encontrava na criança nem no adolescente, não havendo um atendimento focalizado nesse público. Nesse mesmo século, observa-se o movimento asilar, com enfoque na institucionalização daqueles que vivenciavam problemas mentais, e o afastamento desses indivíduos da sociedade, situação que será criticada e será pauta para lutas futuras na Reforma Psiquiátrica, no contexto brasileiro.

A atuação do Serviço Social no enfrentamento à violência contra crianças e adolescentes em sofrimento psíquico traz em si um resultado significativo uma vez que essa atuação sempre busca levar os sujeitos a refletirem sobre o seu papel na luta contra a violência direcionada a esse público, sobre como eles podem agir diante de cada situação e como encontrar as bases de apoio e a rede de atendimento disponibilizada pela esfera pública.

As intervenções realizadas pelo Serviço Social são capazes de produzir no indivíduo um entendimento dos seus direitos, que passa a dar voz àqueles que, estando a margem da sociedade devido a sua situação econômica e de saúde, passam a pensar e recriar sua realidade por meio das ferramentas de enfrentamento, disponibilizadas pela intervenção profissional.

Diante da realidade social que se encontram várias famílias com crianças ou adolescentes em sofrimento psíquico, faz-se necessário a promoção ainda mais constante de capacitações, nas escolas, órgãos públicos e nas associações, com a temática de enfrentamento a violência e, com isso, promover um espaço de discussão e principalmente de denúncia.

A construção e efetivação de uma rede de atendimento envolvendo todos os que direta ou indiretamente estão associados à atuação com crianças e adolescente também é de suma importância, para melhorar e acompanhar os casos atendidos, e assim, promover um

atendimento eficaz capaz de retirar o usuário da situação de violência e de o colocar como protagonista de sua vida visando o seu bem-estar físico, social e emocional. As ações desenvolvidas para o enfrentamento as violências vivenciadas pelas crianças e pelos adolescentes reafirmam a necessidade da intervenção do Serviço Social, ao mesmo tempo que abre espaço para a construção de saberes que garantam estratégias eficazes para combater as violências no contexto familiar.

Finalizando, podemos dizer que a atuação do Serviço Social, busca garantir o fortalecimento de direitos, que por meio da consolidação de estratégias de mediação interdisciplinar e multisetoriais vai garantir de forma eficaz o enfrentamento aos diversos tipos de violência/violação.



## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, A. C. d. S. (2016). **Desproteção social no âmbito da dinâmica dos serviços do SUAS: Um estudo a partir da realidade cotidiana das famílias atendidas no CREAS**, 2016 Universidade Estadual de Londrina. Centro de Estudos Sociais Aplicados. Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e Política Social. TESE. Disponível em: <<http://www.bibliotecadigital.uel.br/document/?code=vtls000208136>>. Acesso em 09 nov. 2020.

AMARANTE, P. Organizador. **Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Nau Editora: 2003.

ANDRADE, Franklyn Emmanuel Pontes de. **Evolução histórica dos direitos da criança e do adolescente no Brasil**, 2018. In: Jus Brasil. Disponível em: <[https://franklynemmanuelpa.jusbrasil.com.br/artigos/579996775/evolucao-historica-dos\[-direitos-da-crianca-e-do-adolescente-no-brasil\]](https://franklynemmanuelpa.jusbrasil.com.br/artigos/579996775/evolucao-historica-dos[-direitos-da-crianca-e-do-adolescente-no-brasil])>. Acesso em: 07 set. 2020.

AZEVEDO, Ana Lúcia Martins. **Ministério Público do Estado de Pernambuco. Material elaborado pela analista em Serviço Social, com base na portaria MS Nº 3088/11**, atualizado em 03/02/2014. Disponível em: <<http://www.saude.ms.gov.br/index.php?templat=vis&site=116&id-comp=4078&id-reg=182788&voltar=lista&site-reg=116&id-comp-orig=4078>>.

BISNETO, José Augusto. **Serviço Social e saúde mental: uma análise institucional da prática**. 2 ed. São Paulo: Cortez, 2009.

BORGES, Camila Furlanetti. **Políticas de Saúde Mental e sua inserção no SUS: a discussão de convergências e divergências e o resgate de alguns conceitos e valores pertinentes à Reforma Psiquiátrica – 2007** [Dissertação de Mestrado]. Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca – Mestrado em Saúde Pública, 2007.

BOTTI, Nadja Cristiane Lappann-. **Oficinas em Saúde Mental: história e função**. Tese (Doutorado – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Psiquiátrica) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo – 2004.

BRAGA, Cláudia Pellegrini. **A permanência da prática de internação de crianças e adolescentes em instituição psiquiátricas em um cenário de avanços da reforma psiquiátrica: o circuito do controle** [Dissertação]. São Paulo, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, 2015.

BRAGA, Cláudia Pellegrini; D'OLIVEIRA, Ana Flávia Pires Lucas. **Políticas públicas de atenção à saúde mental de crianças e adolescentes: percurso histórico e caminhos de participação** 2016. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, v. 24, n. 2, p. 401-410, Rio de Janeiro, fevereiro de 2019. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v24n2/1678-4561-csc-24-02-0401.pdf>>. Acesso em: 12 jan. 2021.

BRASIL. **Código de Menores: Mello Mattos. Decreto 17.943-A de 12 de outubro de 1927**, p. 1. Disponível em: <[http://ciespi.org.br/media/decre-to\\_17.943%20A\\_12\\_out\\_1927.pdf](http://ciespi.org.br/media/decre-to_17.943%20A_12_out_1927.pdf)>. Acesso em 7 mai. 2021.

BRASIL. **Conferência Nacional de Saúde, 8, Brasília, 1987. I Conferência Nacional de Saúde Mental: relatório final/ 8. Conferência Nacional de Saúde.** – Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1988 43 p. – (Série D. Reuniões e conferências, 5).

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil.** Promulgada em 05 de outubro de 1988. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Constituição.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituição.htm). Acesso em: 04 ago. 2020.

BRASIL. **Lei 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências.** Brasília – DF. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18069.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18069.htm). Acesso em: 14 out. 2020.

BRASIL. **Estatuto da Criança e do Adolescente.** Lei 8.069/90. São Paulo, Atlas, 1991.

BRASIL. **Conferência Nacional de Saúde Mental (2. Brasília: 1992)** Relatório final da 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde, Departamento de Assistência e Promoção à Saúde, Coordenação de Saúde Mental, 1994.

BRASIL. **Sistema Único de Saúde. Conselho Nacional de Saúde – Comissão organizadora da III CNSM. Relatório final da III Conferência Nacional de Saúde Mental.** Brasília, 11 a 15 de dezembro de 2001. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2002, 213 p. ISBN 85-334-0592-8.

BRASIL. **Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Política Nacional de Assistência Social – PNAS.** Brasília – Distrito Federal, 2004.

BRASIL [Ministério da Saúde]. **2004. Portaria Federal nº 1.608, de 03 de agosto de 2004. Constitui Fórum Nacional sobre Saúde Mental de Crianças e Adolescentes.** Diário oficial da União, Brasília, DF, 2004c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil.** Documento apresentado a Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005<sup>a</sup>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil /** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 2. Ed. rev.- Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005. 72p. – (Série B, Textos Básicos em Saúde) ISBN 85-334-0955-8. 1.Saúde Mental. 2. Política de Saúde. 3. Criança. 4. Adolescente. I. Título. II. Série.

BRASIL. **Orientações Técnicas: Centro de Referência de Assistência Social – CRAS/** Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. – 1. ed. – Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, 2009.

BRASIL. **MINISTÉRIO DA SAÚDE. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Temário Oficial. Ementas dos Eixos e Sub-Eixos.** Elaborados pela Comissão Organizadora. Versão preliminar 1. 46p. Fechado em 30 de março de 2010.

BRASIL. [Sistema Único de Saúde]. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Organizadora da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial. **Relatório final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial**, 27 de junho a 01 de julho de 2010. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2010a.

BRASIL. **Orientações Técnicas: Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS).** Secretaria Nacional de Assistência Social. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS), 2011.

BRASIL [Ministério da Saúde]. (2014). Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Fórum Nacional de Saúde Mental infantojuvenil: recomendações de 2005 a 2012.** Brasília: Ed MS, 2014<sup>a</sup>

BRASIL [Ministério da Saúde]. (2014). **Atenção Psicossocial a crianças e adolescentes no SUS: Tecendo redes para garantir direitos/** Ministério da Saúde, Conselho Nacional do Ministério Público. – Ministério da saúde, 2014. 60 p il.

BRASIL, Lei nº 13.431, de 04 de abril de 2017. Estabelece o sistema de garantia de direitos da criança e do adolescente vítima ou testemunha de violência e altera a Lei no 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente). Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03\\_ato2015-2018/2017/lei/L13431.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03_ato2015-2018/2017/lei/L13431.htm)>. Acesso em: 09 de jul.2022.

CAPALBO, Creusa. **Fenomenologia e ciência humanas.** Rio de Janeiro, 1973

CARVALHO, Igho Leonardo do Nascimento, GONDIM, Ana Paula Soares, HOLANDA, Thamyres Thé, ALENCAR, Vanessa Pinheiro. **CAPSi: Avanços e desafios após uma década de funcionamento.** Cadernos Brasileiros de Saúde Mental, ISSN 1984-2147, Florianópolis. v.6, n.14, p.42-60, 2014.

COELHO, Luci Ellen. **O que é ofertado na Proteção Social Básica e na Especial? 2021.** Disponível em: <<https://suasfacil.com.br/protacao-social-basica-protacao-especial/>> Acessado em 20 de jul. 2022.

COSTA, Daniel Carnio. (Juiz de Direito na Comarca de Miguelópolis/SP) - **Estatuto Da Criança e do Adolescente – Teoria da Situação Irregular e Teoria da Proteção Integral: Avanços e Realidade Social.** RDC Nº 8 – nov. Dez/2000 – DOUTRINA.

COSTA, Camila Mol Santos. **Serviço Social e Saúde Mental [manuscrito]: Uma Reflexão sobre o trabalho do Assistente Social em um Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi)/** Camila Mol Santos Costa – 2017.

COUTO, Maria Cristina Ventura, DUARTE, Cristiane S, DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. **A saúde mental infantil na Saúde Pública brasileira: situação atual e desafios.** Rev. Bras. Psiquiatr. v.30 n.4 São Paulo dez. 2008. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1516-44462008000400015>>. Acesso em 13 de maio de 2021.

COUTO, Maria Cristina Ventura, DUARTE, Cristiane S, DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. **Crianças e Adolescentes na agenda Política da Saúde Mental Brasileira: inclusão tardia, desafios atuais. Psicologia Clínica.** Rio de Janeiro. Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. Centro de Teologia e Ciências Humanas. Departamento de Psicologia. V.27.1, 2015.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Código de Ética Profissional do Assistente Social.** Brasília, 2013.

CUSTÓDIO, André Viana. **Direito da Criança e do Adolescente.** Criciúma. UNESC, 2009.

**DECLARAÇÃO DE CARACAS.** Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e Organização Mundial de Saúde, 1990.

DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. (2011). **Saúde Mental e Direitos Humanos: 10 anos da Lei 10.216/2001.** Arquivos Brasileiros de Psicologia, 63(2), 114 -121.

FABRÍCIO, André Luiz da Conceição **A assistência psiquiátrica no contexto das políticas públicas de saúde (1930- 1945)** / André Luiz da Conceição Fabrício. - Rio de Janeiro: s.n. 2009. 137 f.; il. Dissertação (Mestrado em História das Ciências e da Saúde) - Fundação Oswaldo Cruz. Casa de Oswaldo Cruz, 2009.

FARIAS, Angelita da Silva; SOUZA, Gizelda B.; LESSA, Heloisa L; COSTA, Sueli Omena. **Reflexão sobre a dimensão técnica e política da prática profissional do Serviço Social, a partir da perspectiva de intenção de ruptura.** Maceió, 1993. Trabalho de conclusão de curso (graduação em Serviço Social). Universidade Federal de Alagoas.

FERNANDES, I. (2002). **A dialética dos grupos e das relações cotidianas.** In G. T. D. Guimarães (Org.), Aspectos da teoria do cotidiano: Agnes Heller em perspectiva (pp. 37-59). Porto Alegre: EDIPUCRS.

FERNANDES, Priscila Dantas; OLIVEIRA, Kécia Karine S. de. **“Movimento higienista e o atendimento à criança.** Disponível em: <<http://simposioregionalvozesalternativas.files.wordpress.com/2012/11/Priscila-movimento-higienista-e-o-atendimento-c3a0-crianc3a7a.pdf>>. Acesso em 04 de Dez 2020.

FREITAS, Marcos Cezar de. (org.). **História social da infância no Brasil.** 5. ed., rev. e amp São Paulo: Ed. Cortez, 2003.

FONSECA, Sérgio C.; NARITA, Felipe Ziotti. **Os institutos disciplinares, a legislação sobre a minoridade e a formação de setores estatais especializados em assistência a menores em São Paulo (1900 – 1935).** Projeto História, São Paulo, v.66, pp. 290 – 322. Set – Dez. 2019.

GARCIA, Joana; OLIVEIRA, Camila. **Aspectos da des(proteção) de crianças e adolescentes no Brasil uma leitura sobre as demandas dirigidas aos Conselhos Tutelares.** Revista SER Social, Brasília, v. 19, n. 40, p. 146-167, Jan – jun., 2017.

GARCIA, Mariana. **A Constituição Histórica dos Direitos da Criança e do Adolescente: Do Abrigo ao Acolhimento institucional**. Trabalho de Conclusão de Curso em Serviço Social. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2009, 52 p.

INACIO, Mayara W. B; LIMA, Patricia K. N. **Saúde Mental Infante Juvenil no Brasil: Direitos, Políticas Sociais e dispositivos de Atenção Psicossocial**. Trabalho de Conclusão de Curso em Serviço Social. Universidade Federal de Alagoas, Maceió, 2019.

LIMA, Sandra Barros. **O Serviço Social nos Centros de Atenção Psicossocial no Agreste e Sertão alagoano sob a ótica dos usuários**. Maceió[s.e], 2013. Monografia: Universidade Federal de Alagoas.

LISBÔA, Ana Flávia Montenegro. **Serviço Social e Saúde Mental: limites e possibilidades da atuação do Assistente Social no CAPS III Leste** – Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Centro de Ciências Sociais Aplicadas. Departamento de Serviço Social – Natal, RN, 2016.

LOPES, Jacqueline Paulino; FERREIRA, Larissa Monforte. **Breve histórico dos Direitos das crianças e dos adolescentes e as inovações do Estatuto da Criança e do Adolescente – Lei 12.010/09. (2010)**. In: **Revista do curso de Direito da Faculdade de Humanidades e Direito**, v. 7, n. 7, 2010.

LORENZI, Gisella Werneck. **Uma breve história dos Direitos da Criança e do Adolescente no Brasil. 2016.** Disponível em: <<<http://fundacaotelefonica.org.br/promenino/trabalho infantil/noticia/uma-breve-historia-dos-direitos-da-crianca-e-do-adolescente-no-brasil/>>. Acesso em: 17 set. 2020.

MARCÍLIO, Maria Luísa. **A roda dos expostos e a criança abandonada na história do Brasil 1726-1950**. In: FREITAS, Marcos Cezar de. (org.). **História social da infância no Brasil**. 9. ed. rev. e atual. São Paulo: Ed. Cortez, 2016

MARTINS, Áurea. **O Conselho Tutelar e sua importância como agente público no zelo aos direitos infante juvenis**, 2017. Disponível em: <<https://www.oabpr.org.br/artigo-o-conselho-tutelar-e-sua-importancia-como-agente-publico-no-zelo-aos-direitos-infantojjuvenis/>>. Acesso em: 28 out. 2020.

MARTINELLI, Maria Lúcia. **Serviço Social: Identidade e alienação**– 6.ed – São Paulo: Cortez 2000.

MELO, Anastácia Mariana da Costa. **Apontamentos sobre a reforma psiquiátrica no Brasil. Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**. Florianópolis, v.8, n.9, p. 84-95, 2012. Disponível em: <[periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/68692/41361](http://periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/68692/41361)>. Acesso em: 29 jan. 2021.

MINAYO, MCS. **Violência e saúde** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006, 132 p. ISBN 978-85-7541-380-7. Disponível em: <<http://books.scielo.org>> Acesso em: 03 dez. 2020.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Violência e Saúde**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006. 132 p. (Coleção Temas em Saúde).

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE, Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005.

MORAES-FILHO, Iel Marciano; SILVA, João Pinheiro da; MATO, Adriano Figueiredo; BEZERRA, Gilvan Silva; NEGREIROS, Cintia Taumaturgo Fernandes; GUILHERME, Ilhago Santos. **Retrocesso nas políticas nacionais de saúde mental e de álcool e outras drogas no Brasil a partir da nota técnica nº11/2019**. REVISIA. 2019; 8(2): 115-8. Doi: <https://doi.org/10.36239/revisa.v8.n2.p115a118>.

MOREIRA, Cláudia Regina Baukat Silveira. **Século XVIII: os enjeitados – A infância do Brasil**, 2015. Disponível em: <<https://ainfanciadobrasil.com.br/seculo-xviii-os-enjeitados/>>. Acesso em 20 de ago. 2020.

NETTO, José Paulo, 1947 – **Ditadura e Serviço Social: Uma análise do serviço social no Brasil pós – 64**– 15. Ed. – São Paulo: Cortez, 2010.

OLIVEIRA, Maria Eliete de. **A trajetória dos direitos no Estatuto da Criança e do Adolescente no caso brasileiro**, 2017. Disponível em: <<http://www.uniedu.sed.sc.gov.br/wp-content/uploads/2017/10/TCC-Maria-Eliete-de-Oliveira.pdf>>. Acesso em: 09 out. 2020.

PAES, Janiere Portela Leite. **O Código de Menores e o Estatuto da Criança e do Adolescente**. Conteúdo Jurídico, Brasília-DF (2013). Disponível em: <<https://conteudojuridico.com.br/consulta/artigos/35183/o-codigo-de-menores-e-o-estatuto-da-crianca-e-do-adolescente-avancos-e-retrocessos>>. Acesso em: 17 de set 2020.

PAZ, L. N. C. **Enfrentamento da violência sexual infantojuvenil: Um desafio para o assistente social da saúde**. Universidade de Brasília. Brasília. 2018. Disponível em: <[https://bdm.unb.br/bitstream/10483/25749/1/2018\\_LorenaNayraCapuzoDaPaz\\_tcc.pdf](https://bdm.unb.br/bitstream/10483/25749/1/2018_LorenaNayraCapuzoDaPaz_tcc.pdf)>

PEDERSEN, J. R. **Vitimação e vitimização de crianças e adolescentes: expressões da questão social e objeto de trabalho do Serviço Social**. Rev. Textos e Contextos. Porto Alegre. 2009. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/pdf/3215/321527164007.pdf>>

PEDROSA, Leyberson. **Criança e Adolescente, ECA – Linha do tempo sobre os direitos de crianças e adolescentes**. 2015. Disponível em: <[crianca.mppr.mp.br/pagina-2174.html#:~:text=em%201890%20criase%20%2Cdiscernimento%20sobre%20%20delito%20cometido](http://crianca.mppr.mp.br/pagina-2174.html#:~:text=em%201890%20criase%20%2Cdiscernimento%20sobre%20%20delito%20cometido)>. Acesso em: 18 ago. 22

PEREZ, José Roberto Ruz; PASSONE, Eric Ferdinando. **Políticas sociais de atendimento as crianças e aos adolescentes no Brasil**. Cadernos de Pesquisa, v.40, n.140, p. 649-673, maio/ago. 2010.

PIRES, S. B.N; HAIKAWA, N.Y. **O Serviço Social frente a violência**. 2013. Disponível em: <http://www.aems.edu.br/conexao/edicaoanterior/sumario/2013/douwloads/2013/3/82.pdf>

PIROTTA, Kátia Cibelle Machado; BROGGI, Fernanda. **O instituto disciplinar e a discriminação da infância na cidade de São Paulo**. Projeto História: Revista do Programa de

Estudos Pós-Graduação de História. ISSN 2176 -2767 /2016. Disponível em: <<https://revistas.pucsp.br/revph/article/view/26937/19527>>. Acesso em 29 de ago. 2020.

RESENDE, Heitor. **Política de Saúde Mental no Brasil. Uma visão histórica.** In: TUNDIS, Silvério Almeida; COSTA, Nilson Rosário (Org.). **Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil.** Petrópolis: Vozes, 2000. P. 15-74.

RIBEIRO, Joana. **O papel do Sistema de Garantias dos Direitos da Criança e do Adolescentes** – Poder Judiciário de Santa Catarina – 17 de julho de 2020. Disponível em: <<https://www.tjsc.jus.br/web/imprensa/-/juíza-explica-o-papel-do-sistema-de-garantia-do-direito-da-cri...>>. Acesso em: 24 de nov. 2021.

RIBEIRO, Paulo Rennes Marçal. **História da Saúde Mental infantil: A criança brasileira da Colônia a República Velha.** Psicologia em estudo, Maringá, v.11, n.1, p. 29-38, jan./abr. 2006. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/pe/v11n1/v11n1a04.pdf>>. Acesso em 27 de fev.2021.

ROSEMBERG, Fúlvia; MARIANO, Carmem Lúcia Sussel. Tema em destaque – **Estudos sociais sobre a infância e direitos da criança.** Cad. Pesqui. 40 (141). Dez. 2010.

**A convenção internacional sobre os direitos da criança:** debates e tensões. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/cp/a/gvh6j9BxZFWyZzcbSDWpzk/?lang=pt>>. Acesso em 19 de set.2021

SALES, Mione Apolinário. **Política Social, Família e Juventude.** Cap. 3 Política de Direitos de Crianças e adolescentes: entre o litígio e a tentação do consenso. Ed. Cortez, 2003.

SANCHEZ, R. N.; MINAYO, M. C. S. **Violência contra crianças e adolescentes: questão histórica, social e de saúde.** In: LIMA, C. A. (Coord.). **Violência faz mal à saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

SANTOS, Fabricio Barroso. **Trabalho infantil no início da Revolução Industrial, 2009.** Disponível em: <<https://mundoeducacao.uol.com.br/historiageral/trabalho-infantil-no-inicio-da-revolucao-industrial.htm>>. Acesso em 30 de ago. 2020.

SANTOS, B.R., et al. **Desenvolvimento de paradigmas de proteção para crianças e adolescentes brasileiros.** In: ASSIS, S.G., et al., org. **Teoria e prática dos conselhos tutelares e conselhos dos direitos da criança e do adolescente** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; Educação a Distância da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, 2009, pp.19-65. ISBN: 978-85-7541-596-2.

SILVA FILHO, Sebastião Ferreira da. **Produção Didático-pedagógica,** 2013. Disponível em: <[http://www.diaadiaeducacao.pr.gov.br/portals/cadernospde/pdebusca/producoes\\_pde/2013/2013\\_unioeste\\_hist\\_pdp\\_sebastiao\\_ferreira\\_da\\_silva\\_filho.pdf](http://www.diaadiaeducacao.pr.gov.br/portals/cadernospde/pdebusca/producoes_pde/2013/2013_unioeste_hist_pdp_sebastiao_ferreira_da_silva_filho.pdf)>. Acesso em: 01 out. 2020.

SILVA, Lygia Maria Pereira. **Violência doméstica contra a criança e o adolescente.** - Recife: EDUPE, 2002.

SILVA, M. B. **Serviço social frente aos casos de violência contra crianças e adolescentes: trabalho profissional na política de saúde, desafios e conquistas na contemporaneidade.** Universidade Federal de Campina Grande. 2021. Disponível em: <

<http://dspace.sti.ufcg.edu.br:8080/jspui/bitstream/riufcg/20294/1/MATEUS%20BENEVIDES%20DA%20SILVA.pdf>.>

SIMÕES, Carlos. **Curso de direito do serviço social** / Carlos Simões. – 3ª edição revista e atualizada. – São Paulo: Cortez, 2009. – (Biblioteca básica de serviço social; v.3)

SINIBALDI, Barbara. **Saúde Mental infantil e atenção primária: relações possíveis**. Faculdade de Ciências e Letras de Assis -UNESP. Revista de Psicologia da UNESP 12(2), 2013, p. 61-72.

SPOSATI, Aldaíza. **Proteção Social e Seguridade social no Brasil: pautas para o trabalho do assistente social** – Reflexão apresentada originalmente no 6º Seminário Anual de Serviço Social – Editora Cortez. São Paulo, 2013. Serv.Soc.Soc., São Paulo, nº 116, p. 652 – 674; out/dez. 2013.

TRINDADE, Rosa Lucia Predes. **Relatório do projeto de pesquisa da avaliação de organização da rede de atenção em saúde mental no estado de Alagoas** (“/e) Maceió, Agosto de 2007.

UNICEF. **Panorama da violência letal e sexual contra crianças e adolescentes no Brasil**. 2021. Disponível em: < [panorama-violencia-letal-sexual-contra-criancas-adolescentes-no-brasil.pdf](http://panorama-violencia-letal-sexual-contra-criancas-adolescentes-no-brasil.pdf) (unicef.org)> Acessado em: 20 jul. 2022.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. **Breve periodização histórica do processo de reforma psiquiátrica no Brasil recente In: Saúde mental e serviço social: O desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade**. São Paulo: Cortez, 2000

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. **Saúde Mental e Serviço Social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade/** Lúcia Cristina dos Santos Rosa, Ivana Carla Garcia Pereira, José Augusto Bisneto; Eduardo Mourão Vasconcelos (org.). – 2. Ed. – São Paulo: Cortez, 2002.

VIEIRA, M. S. **Rompendo o silêncio: O enfrentamento da violência sexual infanto-juvenil no âmbito dos CREAS tocantinenses**. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Porto Alegre. 2015. Disponível em: < <http://tede2.pucrs.br/tede2/bitstream/tede/6334/2/475285%20Texto%20Completo.pdf>>

ZANIANI, Ednéia José Martins; LUZIO, Cristina Amélia. **A intersetorialidade nas publicações acerca do Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil**. Psicologia em Revista, Belo Horizonte, v.20, n.1, p. 56-77, abr. 2014. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/per/v20n1/v20n1a05.pdf>> Acesso em: 01 de mar. 2021.